



EVALÚA

Ciudad de México

**DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
MENTAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2018-2022**

INFORME FINAL

Araceli Damián González

**Presidenta del Consejo de Evaluación
de la Ciudad de México**



Miguel Calderón Chelius

Myriam Cardozo Brum

Francisco Pamplona Rangel

Teresa Shamah Levy

**Consejeras y Consejeros del Consejo
de Evaluación de la Ciudad de México**



Guillermo Jiménez Melgarejo

**Secretario Ejecutivo del Consejo
de Evaluación de la Ciudad de México**



Guillermo Alan García Capcha

Raúl Orozco Núñez

Equipo de trabajo de la evaluación



Consejo de Evaluación de la Ciudad de México

Ciudad de México, diciembre de 2023

Tabla de contenidos

Siglas y acrónimos	i
Resumen ejecutivo.....	iii
Problemática	iii
Diseño institucional de los servicios.....	v
Gestión de los recursos humanos.....	vii
Caracterización de la atención	viii
Disponibilidad y acceso a medicina psicotrópica	xii
Resultados de la atención	xiv
Introducción	1
Objetivos de evaluación	2
Estructura del informe	2
1. Marco conceptual y experiencias internacionales.....	4
1.1 Salud mental, trastornos y conceptos conexos	4
1.2. Modelos de atención y experiencias internacionales	21
1.2.1. Argentina	21
1.2.3. Brasil	22
1.2.3. Cuba.....	24
2. Antecedentes nacionales.....	26
2.1. Contexto federal 2018-2022	26
2.2. Antecedentes en Ciudad de México	35
3. Metodología.....	45
3.1. Dimensiones de análisis y criterios de evaluación.....	49
4. Evolución del problema público relacionado con la salud mental en la Ciudad de México (2018-2022).....	53
4.1. Suicidios.....	58
4.2. Ansiedad y depresión	63
5. Diseño institucional de los servicios de salud mental, 2018-2022.....	73

5.1. Estructura general	73
5.2. Elementos generales de política.....	81
5.2.1. Legislación.....	81
5.2.2 Planeación gubernamental	85
5.2.3. Rectoría de salud mental y adicciones.....	89
5.3. Programa social Núcleos Urbanos de Bienestar Emocional (NUBE)	93
5.4. Programa de salud mental y adicciones (PSM)	96
6. Recursos de salud mental para población no asegurada	107
6.1. Recursos presupuestales.....	107
6.2. Establecimientos de salud	112
6.3. Personal de salud mental y adicciones	121
6.4. Medicamentos psiquiátricos	132
7. Procesos de atención: utilización de servicios y admisiones.....	139
7.1. Utilización de servicios de salud mental	139
7.2. Admisiones.....	147
7.2.1. Protocolo de ingreso.....	148
7.2.2. Puntos de entrada al servicio	157
8. Procesos de atención: desarrollo de las sesiones y acceso a medicamentos psiquiátricos	165
8.1. Desarrollo de las sesiones	165
8.1.1. Primeras citas.....	165
8.1.2. Pruebas diagnósticas.....	168
8.1.3. Duración de las sesiones.....	169
8.1.4. Escuelas y enfoques terapéuticos	172
8.1.5. Barreras temporales	175
8.1.6. Transporte e infraestructura	179
8.1.7. Atención no presencial durante la pandemia.....	182
8.2. Acceso a medicamentos psiquiátricos	184
8.2.1. Falta de suministro de medicina psiquiátrica	185
8.2.2. Gastos suplementarios para adquirir medicina psicotrópica.....	189

8.2.3. Reconocimiento de cambios positivos por medicamentos.....	191
8.2.4. Combate de resistencias y estigmatización.....	196
9. Resultados de la atención.....	199
9.1. Cobertura en salud mental.....	199
9.2. Indicadores de bienestar subjetivo.....	206
9.3. Adherencia al tratamiento	214
9.3.1. Antecedentes en la experiencia con profesionales de salud mental.....	214
9.3.2. Identificación de cambios positivos.....	216
9.3.3. Beneficios a la luz de adversidades y resiliencia	221
9.4. Identificación y apropiación	225
9.4.1. Reconocimiento de la utilidad de la atención en salud mental	225
9.4.2. Impacto de la atención en el bienestar y apropiación del tratamiento	230
9.4.3. Recomendación del servicio y respuestas a la estigmatización	233
10. Matriz de hallazgos y conclusiones	238
10.1. Matriz de hallazgos	238
10.2. Conclusiones.....	245
Referencias bibliográficas.....	250
Anexos.....	265
Anexo 1. Antecedentes nacionales	265
Antecedentes previos a 2006.....	265
Antecedentes 2006-2018	268
Anexo 2. Contexto federal (2018-2022).....	273
Anexo 3. Estrategias metodológicas.....	278
Anexo 4. Ficha de observación en centros de salud de Ciudad de México	292
Anexo 5. Selección de guías de entrevistas empleadas.....	295
Entrevista con psicólogos del PSM	295
Entrevista con usuarios del PSM	299
Anexo 6. Programas e intervenciones adicionales de la Sedesa que se enfocan en salud mental y adicciones.....	302

Anexo 7. Programas e intervenciones de salud mental en otras instancias.....	304
--	-----

Índice de cuadros

Cuadro 1. Tasa de psiquiatras y psicólogos por cada 100,000 habitantes, países seleccionados	14
Cuadro 2. Barreras de acceso por demanda comportamental a servicios de salud mental para población que tuvo problemas emocionales alguna vez en la vida, Colombia, 2015	16
Cuadro 3. Secciones y aspectos de la evaluación al sistema de salud mental en México	27
Cuadro 4. Diagnóstico operativo de los servicios de salud mental para no derechohabientes en México, por aspecto específico, año 2020.....	32
Cuadro 5. Brechas identificadas en el primer nivel de atención de SM, Ciudad de México, 2014 y 2017	43
Cuadro 6. Criterios de evaluación	50
Cuadro 7. Codificación de personas entrevistadas en torno a los servicios ofrecidos por el PSM	52
Cuadro 8. Prevalencia de los trastornos mentales, población total y sin seguridad social, Ciudad de México, 2018	56
Cuadro 9. Problemática de la población en torno a salud mental según Gobierno de la Ciudad de México, administración 2019-2024.....	57
Cuadro 10. Unidades del ámbito federal que ofrecen consulta externa de salud mental para no derechohabientes, Ciudad de México, 2018-2022.....	77
Cuadro 11. Población atendida por primera vez en materia de salud mental para una selección de instituciones de salud, Ciudad de México, 2018.....	79
Cuadro 12. Selección de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, artículo 91 de la Ley de Salud de la Ciudad de México	84
Cuadro 13. Problemas, objetivos y acciones relacionadas con salud mental en el Programa de gobierno de la Ciudad de México 2019-2024	85
Cuadro 14. Características del Programa NUBE (antes Hospital de las Emociones), 2016-2021	94
Cuadro 15. Número de unidades con profesionales de salud mental y número por especialidad, primer nivel de atención de Sedesa, 2022	104
Cuadro 16. Informe anual por recurso humano seleccionado del servicio de salud mental en centros de salud de Coyoacán, Ciudad de México, 2022.....	106
Cuadro 17. Presupuesto asignado a SSPCDMX y Sedesa, años 2010-2022.....	109
Cuadro 18. Ingresos por aportaciones federales y por servicios de salud en el primer nivel de atención, Ciudad de México, 2015-2022.....	109
Cuadro 19. Tasa de trabajadores de la salud mental por 100,000 habitantes, total y subregiones de las Américas	122

Cuadro 20. Tasa de trabajadores seleccionados de la salud mental por 100,000 habitantes, nacional y Ciudad de México, 2022.....	124
Cuadro 21. Diferencias en el número de psicólogos disponibles en servicios de salud de la Sedesa por zonas de Ciudad de México, 2010-2021 y 2018-2021.....	126
Cuadro 22. Distribución de personal de psicología por tipo de unidad de la Sedesa, zonas de Ciudad de México, 2022	127
Cuadro 23. Distribución de personal de psiquiatría por tipo de unidad de la Sedesa, zonas de Ciudad de México, 2022	128
Cuadro 24. Trabajadores de psicología en SSPCDMX por tipo de contratación, 2022.....	129
Cuadro 25. Porcentaje de surtimiento de receta en el uso de servicios de salud ambulatorios en las últimas dos semanas, total y por uso de establecimientos del IMSS y SSA, 2018.....	132
Cuadro 26. Porcentaje de surtimiento de receta en el uso de servicios de salud ambulatorios en las últimas dos semanas, por todo motivo de atención y por síntomas neurológicos y psiquiátricos, nacional, 2018.....	133
Cuadro 27. Porcentaje de surtimiento de receta en el uso de servicios de salud ambulatorios por toda necesidad de salud y necesidad de salud mental, nacional, 2020 y 2021.....	134
Cuadro 28. Porcentaje de surtimiento de receta en el uso de servicios de salud ambulatorios por toda necesidad de salud y necesidad de salud mental, Ciudad de México, 2020 y 2021 .	134
Cuadro 29. Necesidad de salud mental en los últimos tres meses, por género y grupos de edad, nacional y Ciudad de México, 2020 y 2021, porcentajes	141
Cuadro 30. Institución de salud donde se atendió, por toda necesidad y necesidad de salud mental en los últimos tres meses, nacional y Ciudad de México, 2020, porcentajes.....	144
Cuadro 31. Institución de salud donde se atendió, por toda necesidad y necesidad de salud mental en los últimos tres meses, nacional, 2021, porcentajes	145
Cuadro 32. Motivos principales de elección del lugar donde se atendió por toda necesidad y necesidad de salud mental en los últimos tres meses, nacional, 2020, porcentajes.....	146
Cuadro 33. Número de sesiones de psicología y psiquiatría por usuario en los módulos de salud mental, centros de salud de la Sedesa.....	170
Cuadro 34. Duración de sesiones por usuario en los módulos de salud mental, centros de salud de la Sedesa.....	171
Cuadro 35. Población con problemas de salud mental por condición de seguro de salud, Ciudad de México, 2019	203
Cuadro 36. Cobertura de servicios de salud mental para no derechohabientes, Ciudad de México, 2021, porcentajes.....	204
Cuadro 37. Promedio de satisfacción por aspectos específicos en la población de 18 años y más, por grupos de edad, 2019 y 2021	209

Cuadro 38. Mujeres de 15 años y más que tienen alguna discapacidad o limitación, según condición de violencia en los últimos 12 meses, Ciudad de México, porcentajes	212
Cuadro 39. Hallazgos de la evaluación por valoración de los criterios	238
Cuadro 40. Resultados anuales seleccionados para la estrategia 2.4 de Prosesa, diciembre 2018.....	272
Cuadro 41. Aspectos destacados de la estrategia prioritaria 5.3 en salud mental y adicciones, Prosesa 2019-2024	274
Cuadro 42. Acciones puntuales seleccionadas de la Estrategia Prioritaria 2.6 del Programa Nacional de Desarrollo Social 2021-2024.....	277
Cuadro 43. Actores, objetivos y número de entrevistas, sector salud del Gobierno de la Ciudad de México, 2022	281
Cuadro 44. Criterios de selección para elección de interlocutores (mandos medios, personal y usuarios) involucrados en el Programa de Salud Mental y Adicciones	283
Cuadro 45. Selección de interlocutores sobre el PSM por alcaldías y pobreza NBI 2020.....	284
Cuadro 46. Estructura de la guía de entrevista para dos perfiles de interlocutores en el Programa de Salud Mental y Adicciones.....	285
Cuadro 47. Personas usuarias de los Módulos de Salud Mental entrevistadas	288
Cuadro 48. Etapas, procedimientos y productos para el análisis final de gabinete	290
Cuadro 49. Ejemplo de ficha de observación en centro de salud visitado, 2022	292

Índice de figuras

Figura 1. Evolución en el tiempo de la prevalencia en el campo de la salud mental, efectos y brechas de tratamiento a nivel mundial, 2001-2020	10
Figura 2. Indicadores seleccionados de Enbiare 2021, México y Ciudad de México	13
Figura 3. Objetivos y características de las metas del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2030.....	18
Figura 4. Indicadores de prevalencias de trastornos mentales, México, 2001-2002.....	27
Figura 5. Hallazgos de la evaluación al sistema de salud mental en México.....	28
Figura 6. Distribución de los trastornos mentales según severidad para población sin seguridad social, Ciudad de México, 2018	55
Figura 7. Mortalidad por lesiones autoinfligidas a nivel nacional, años 1979-2020, total y por género.....	58
Figura 8. Tasa de suicidios por cada 100,000 habitantes, nacional y Ciudad de México, 2010-2021.....	59
Figura 9. Mortalidad por lesiones autoinfligidas respecto al total de muertes violentas, nacional y Ciudad de México, 2010-2021, porcentajes.....	60

Figura 11. Prevalencias de pensamiento suicida e intento de suicidio alguna vez en la vida, Ciudad de México, 2018, 2020 y 2021, porcentajes.....	61
Figura 12. Prevalencia en intento de suicidio alguna vez en la vida, Ciudad de México, por género, años 2018 y 2021, porcentajes	62
Figura 13. Prevalencia de sintomatología de ansiedad por género, Ciudad de México 2020-2021, y nacional 2021, porcentajes	64
Figura 14. Prevalencia de sintomatología de ansiedad por nivel socioeconómico, Ciudad de México, 2020-2021, porcentajes	65
Figura 15. Prevalencia de sintomatología de ansiedad, alcaldías de Ciudad de México, 2020-2021, porcentajes	65
Figura 16. Casos nuevos de depresión por cada 100,000 habitantes, Ciudad de México, por género, años 2014-2021	66
Figura 17. Casos de depresión por institución de salud y por género, Ciudad de México, 2018-2021.....	67
Figura 18. Prevalencia de sintomatología de depresión en la última semana, nacional y Ciudad de México, 2018 y 2021, porcentajes	68
Figura 19. Prevalencia de sintomatología de depresión en la última semana por grupos de edad, Ciudad de México, 2018, 2020 y 2021, porcentajes	69
Figura 20. Prevalencia de sintomatología de depresión por nivel socioeconómico, Ciudad de México, 2020, porcentajes.....	70
Figura 21. Prevalencia de sintomatología de depresión por alcaldía, Ciudad de México, 2020, porcentajes.....	71
Figura 22. Características de los niveles de atención médica, Sistema de Salud de la Ciudad de México.....	74
Figura 23. Esquema de los servicios de salud mental disponibles para población sin seguridad social, Ciudad de México, 2022	80
Figura 24. Estructura organizacional del PSM y alcance por nivel.....	98
Figura 25. Acciones del PSM y acciones de coordinación por nivel de intervención.....	100
Figura 26. Porcentaje del gasto público per cápita para la población sin seguridad social en relación con la que cuenta con seguridad social, Ciudad de México, 2003-2021.....	107
Figura 27. Gasto de gobierno estatal y de gobierno federal para población sin seguridad social, Ciudad de México, 2003-2021.....	108
Figura 28. Establecimientos nacionales de salud mental y adicciones para atención primaria de no derechohabientes, por regiones del país y Ciudad de México, 2022	113
Figura 29. Distribución porcentual de establecimientos de salud mental y adicciones para atención primaria de no derechohabientes, regiones del país y Ciudad de México, 2022	114

Figura 30. Consultorios de psicología en CAPA y Cisame, por regiones y Ciudad de México, 2022	115
Figura 31. Número de centros de salud de la Sedesa para primer nivel de atención, por tipo y zona de Ciudad de México, 2012, 2018, 2021	115
Figura 32. Número de clínicas de especialidad de la Sedesa para primer nivel de atención, por jurisdicción sanitaria, Ciudad de México, 2012, 2018, 2021	116
Figura 33. Distribución porcentual entre consultorios generales y especializados en el primer nivel de atención de la Sedesa	117
Figura 34. Número de centros de salud de Sedesa con servicios de salud mental, por tipo de unidad, 2022	117
Figura 35. Porcentaje de unidades de primer nivel de atención de Sedesa con módulos de salud mental, por alcaldías de Ciudad de México, 2022.....	119
Figura 36. Número de unidades CAPA por alcaldías de Ciudad de México, 2022.....	120
Figura 37. Distribución porcentual de personal en unidades de salud mental y adicciones para no asegurados, México, 2022	123
Figura 38. Incremento porcentual de psicólogos en servicios de salud de la Sedesa, en relación con el año base 2010 (2012, 2018, 2021)	125
Figura 39. Porcentaje de surtimiento de receta en el uso de servicios seleccionados de atención por toda necesidad de salud, Ciudad de México, 2020	136
Figura 40. Porcentaje de surtimiento de receta en el uso de servicios seleccionados de atención por toda necesidad de salud, Ciudad de México, 2021	137
Figura 41. Utilización de servicios de salud ambulatorios en los últimos 15 días por síntomas neurológicos y psiquiátricos a nivel nacional, por género y grupos de edad, 2018, porcentajes	140
Figura 42. Concordancia entre esquema de aseguramiento e institución que proporcionó la atención curativa, nacional y Ciudad de México, 2018, porcentajes	142
Figura 43. Concordancia entre esquema de aseguramiento e institución que proporcionó la atención curativa, nacional por síntomas neurológicos y psiquiátricos, 2018, porcentajes .	143
Figura 44. Elementos en el protocolo de ingreso al MSM, centros de salud de Ciudad de México	148
Figura 45. Puntos de entrada a los MSM, centros de salud de Ciudad de México.....	157
Figura 46. Consultas en salud mental por primera vez en el año, primer y segundo nivel de Sedesa, años 2011-2019 y 2021	199
Figura 47. Porcentaje de consultas externas en salud mental y especializada, por primera vez en el año, respecto a consulta general, primer nivel de Sedesa, años 2011-2019 y 2021.....	201
Figura 48. Consulta externa en salud mental, primer nivel de Sedesa, primera vez y subsecuente, años 2011-2019 y 2021, porcentajes	201

Figura 49. Promedio de satisfacción con la vida actual por grupos de edad, nacional y Ciudad de México, 2019 y 2021.....	207
Figura 50. Promedio de satisfacción con la vida actual por género, Ciudad de México, 2019 y 2021.....	208
Figura 51. Promedio de balance anímico por género y grupo de edad, Ciudad de México, 2019 y 2021.....	210

Siglas y acrónimos

CAF: Consultorios adyacentes a farmacias
CAPA: Centros de Atención Primaria en Adicciones
Cecosam: Centros de Salud Mental Comunitaria
CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.
Cisame: Centros Integrales de Salud Mental
Conadic: Comisión Nacional contra las Adicciones
Coneval: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
Consame: Consejo Nacional de Salud Mental
Covid-19: Coronavirus 19
CPCM: Constitución Política de la Ciudad de México
cs: Centro(s) de salud
DGIS: Dirección General de Información en Salud de la SSA
DOF: Diario Oficial de la Federación
Enbiare: Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado
Encovid-CDMX: Encuesta de seguimiento de los efectos del Covid-19 en el bienestar de los hogares de la Ciudad de México
Encubos: Encuesta de Bienestar Objetivo y Subjetivo de la Ciudad de México
ENEP: Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica
Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
Evalúa CDMX: Consejo de Evaluación de la Ciudad de México
Evalúa DF: Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal
GAME: Guía de Gestión Autónoma de la Medicación
GAM: Gustavo A. Madero, alcaldía de la Ciudad de México
HP: Hospital(es) psiquiátrico(s)
IAPA: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México
IDS: Índice de Desarrollo Social
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
Inegi: Instituto Nacional de Estadística y Geografía
Injuve CDMX: Instituto de la Juventud de la Ciudad de México
Insabi: Instituto de Salud para el Bienestar
ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
JS: Jurisdicción(es) sanitaria(s) de la Ciudad de México
LGS: Ley General de la Salud
LSMDF: Ley de Salud Mental del Distrito Federal
mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental
MSM: Módulos de Salud Mental en los centros de salud de la Sedesa
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
NUBE: Programa social Núcleos Urbanos de Bienestar Emocional
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAE: Programas de Acción Específico
PND: Plan Nacional de Desarrollo
PGD-DF: Programa General de Desarrollo del Distrito Federal
Prosesa: Programa Sectorial de Salud
PSM: Programa de Salud Mental y Adicciones
PSS-DF: Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018
Secoi: Red de Servicios Comunitarios Integrados
Sedesa: Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México
Sedeso: Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal
Sepavige: Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género
Sesa: Servicios Estatales de Salud
SM: Salud mental
SSA: Secretaría de Salud Federal
SSPCDMX: Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México
TSM: Trastorno(s) de salud mental

Resumen ejecutivo

El objetivo central del trabajo fue realizar una evaluación de los servicios de salud mental (SM) de la ciudad, con énfasis en la atención de primer nivel, que es ofrecida por los centros de salud de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México (Sedesa), durante el periodo 2018-2022. El enfoque de la evaluación fue mixto: se realizaron estimaciones de prevalencias de problemas de salud mental y de acceso a servicios, a partir de datos procedentes de encuestas nacionales y locales. Asimismo, se recopiló información cualitativa por medio de una etnografía, lo que se complementó con la realización de entrevistas a servidores públicos, profesionales de la SM y personas usuarias de los servicios de salud de la Sedesa. El análisis contrasta toda esta información con la literatura especializada, a partir del uso de 10 criterios de evaluación.

El estado mexicano debe garantizar el derecho a la salud, mediante acciones de promoción, prevención y atención: con atributos universales de accesibilidad, disponibilidad, equidad, efectividad y calidad. Desde hace cuarenta años se han realizado acciones normativas, programáticas y presupuestales que contribuyen a mitigar las brechas en el acceso y en la calidad de la atención, dada la fragmentación del sistema y las reducidas inversiones sanitarias para la población sin seguridad social o seguro de salud. Justamente, la entrega del servicio de salud mental requiere ser analizada en el contexto del sistema de salud y sus interrelaciones con el nivel federal.

Problemática

Sin importar severidad, casi el 20% de la población mexicana tiene algún problema de SM (SSA, 2022b). Esto implica una prevalencia en más de 1.7 millones de capitalinos (760,000 sin seguro de salud); e incluso es de más de 2 millones (800,000 sin seguro) si tomamos en cuenta mediciones basadas en las cifras de balance anímico de la Encuesta de Bienestar Objetivo y Subjetivo de la Ciudad de México (Encubos) de 2019.

Durante el periodo de la pandemia por el Coronavirus 19 (Covid-19) hubo un incremento del comportamiento suicida en el país a partir de la situación pandémica, con mayor prevalencia en hombres (con datos de la Secretaría de Salud Federal - SSA). El año 2020 involucró los valores más altos en 10 años en mortalidad relacionada para los conjuntos etarios de 20 a 59 años en Ciudad de México. Asimismo, creció la conducta vinculada en la ciudad de una forma inédita (ideación e intento suicida alguna vez en la vida), a partir de los 10 años en ambos géneros, entre el 2018 y 2021, analizando los datos disponibles de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut).

También se incrementaron los síntomas de ansiedad y depresión en el 2020 y 2021, con mayor énfasis en mujeres y a menor nivel socioeconómico, en Ciudad de México (con datos de la Encuesta de seguimiento de los efectos del Covid-19–Encovid-CDMX y la Ensanut). La prevalencia de ansiedad fue particularmente alta en el 2020 (seis de cada 10 residentes de 18 años a más reportaron síntomas). En el 2021 hubo un menor reporte de malestares ligados a la depresión que en el 2020, pero con porcentajes más altos que en el 2018. Es decir, no se recuperaron los valores recurrentes antes de la pandemia, como se observó en investigaciones realizadas en otras latitudes.

El impacto de los decesos abruptos, el distanciamiento social y la crisis económica por la pérdida de ingresos fueron factores de riesgo en el exacerbamiento de este malestar anímico generalizado. Implica, a su vez, la necesidad de una política preventiva y comunitaria, en un escenario post-Covid-19, que no se circunscriba a un grupo de edad en específico, sino estableciendo estrategias segmentadas por rango etario, de género y bajo un enfoque territorial.

En el campo de la atención política y sanitaria a los problemas de la salud mental, ocho de cada 10 personas con Trastornos de Salud Mental (TSM) no reciben una atención idónea en América Latina, de acuerdo con la literatura de los últimos 15 años que documenta una brecha de tratamiento en la región (SSA, 2020b). En el caso mexicano y capitalino, por limitaciones en la disposición pertinente de los recursos de salud, ya que tiende a ser ineficaz, ineficiente e inequitativa, según los propios diagnósticos gubernamentales, en línea con la realidad misma del sistema de salud (por ejemplo, SSA, 2020b y Gobierno de la Ciudad de México, 2019). Asimismo, los servicios nacionales de salud mental han recibido cuestionamientos a la garantía de los derechos humanos de los pacientes. Como consecuencia, solo 1.2% de la población nacional que acudía a establecimientos de salud en el 2018 lo hicieron por síntomas psiquiátricos (con datos de Ensanut 2018-2019).

Se requiere un esquema de gobierno donde se incremente la inversión pública, se apueste por la atención primaria y las estrategias preventivas no circunscritas al sector salud. También se demanda el desarrollo de un modelo propio, en cuanto no se cumplen ciertas condiciones que sí aparecen en otros países de la región: la priorización comunitaria de la salud en Cuba, el énfasis brasileño hacia la autonomía y participación activa de los pacientes en el diseño de los servicios de SM, la disposición de leyes y planes específicos, así como el amplio número de trabajadores de la SM en Argentina.

Como contexto actual, hay que anotar el reciente impulso reformista en el nivel federal: política integral de salud mental y adicciones, que no solo involucre al sector salud sino a entes

del ámbito de bienestar, fusión de instituciones para disponer de un único órgano rector (la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones), así como modificaciones varias a la Ley General de Salud (LGS). Esto en el marco de garantizar la atención médica y hospitalaria gratuita con la disposición de un modelo de Atención Primaria de la Salud Integral y el ofrecimiento de servicios para población no derechohabiente, incluyendo la disponibilidad específica de módulos de salud mental y adicciones, mediante una coordinación entre la SSA, el organismo público descentralizado IMSS-Bienestar y las entidades federativas con quienes se suscriba acuerdos de colaboración. El convenio con Ciudad de México fue firmado en junio de 2023.

Diseño institucional de los servicios

A partir del advenimiento de la democracia en Ciudad de México, se observan algunas expresiones relevantes en la prevención y atención de salud mental, aunque sin la construcción de una política decisiva al respecto. Algunos hitos destacados: el esfuerzo orientado a la salud mental comunitaria de la Red de Servicios Comunitarios Integrados (Secoi) (1997-2000), la intención de construir un sistema de atención en materia de salud mental en el Programa General de Desarrollo (PGD) 2007-2012, y la instalación de servicios psicológicos para la prevención y atención de la violencia de género, y de la conducta suicida en población joven. Estas acciones tuvieron una característica clave: la problemática de la SM no solo es un asunto de salud pública sino de desarrollo social.

En el ámbito legal, destaca la publicación de la Ley de Salud Mental para el Distrito Federal (LSMDF) (2011), donde se regulan las bases para garantizar el acceso a los servicios de salud mental en la ciudad, con un enfoque de derechos humanos e incorporando la perspectiva de género. Asimismo, estipula que la garantía del derecho a la SM no solo compete al sector salud, requiriendo una política transversal, con el apoyo de un órgano asesor como el Consejo de Salud Mental, instancia que no fue creada y sostenida finalmente, pese al encargo legal.

Por su parte, en comparación con la Constitución Política local, la vigente Ley de Salud de la Ciudad de México tiene una respuesta más contundente en torno a las problemáticas de salud mental, en cuanto indica que la prevención y atención de la salud mental tendrá carácter prioritario. Sin embargo, en contraste con la abrogada Ley de Salud de 2009 y la LSMDF, no se menciona de forma explícita el fomento y apoyo para la instalación de un Programa de Salud Mental, desde un punto de vista estratégico. Esto es llamativo, pues la Ley sí propone programas en otros frentes preventivos. No obstante, sí recupera la alusión y necesidad de instalar un Consejo de Salud Mental.

En aspectos presupuestales, el sector salud local navega en un contexto de reducidos fondos para la protección de la salud de los capitalinos (gasto público que no excede el 4% del PIB, distante del promedio de 7.6% en países de la OCDE al 2021), en particular para la población sin seguridad social (asignación histórica del gasto menor que la dirigida a la población asegurada, e incluso un menor gasto en el periodo 2019-2021 que en el 2015-2018, con datos de los presupuestos de egresos del Gobierno de la Ciudad). En la distribución del gasto a nivel institucional, la asignación de recursos para los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México (SSPCDMX), organismo sectorizado a la Sedesa (responsable de la operación de los servicios médicos de primer nivel), ha ido en franco descenso desde el año 2010, en términos reales y en relación con la asignación destinada a la Secretaría, en particular en el periodo 2018-2022. Esto puede relacionarse con el proceso en marcha de federalización de los servicios públicos de salud a través del IMSS-Bienestar.

Para la atención médica de la población no derechohabiente hay una dependencia notable en los aportes federales, donde la ciudad solo contribuyó con el rango de 20% a 30% del gasto total entre los años 2003-2020, mientras que el porcentaje histórico más bajo se halló en el 2021 (15%), según datos publicados por la SSA. Esta realidad expone una marcada vulnerabilidad para los residentes que necesitan de los servicios gratuitos de salud con fines preventivos. Así, si los recursos federales para el campo de la salud mental disminuyen, como ocurrió luego de 2018, hay un efecto concreto en la calidad brindada en los módulos de salud mental (MSM) de primer nivel. Ha faltado instrumentación financiera que sostenga la pertinencia y solidez de estos servicios en los centros de salud, como la idea del fideicomiso que aparecía en la LSMDF.

El servicio más importante implementado ha sido la disponibilidad de MSM en los centros de salud de la Sedesa con mayor infraestructura y capacidad de atención. Relevante por los años de continuidad del programa operativo a cargo (atendiendo la mencionada intención programática en el periodo 2007-2012 y los articulados relacionados de la LSMDF) y pertinente porque contribuye a fortalecer la atención primaria de salud mental, recomendación vital en evaluaciones nacionales y por parte de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS). La gestión de los módulos es responsabilidad del Programa de Salud Mental y Adicciones (PSM), uno de los programas de atención médica de SSPCDMX. Dicho programa también coordina el funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) en la ciudad, unidades que tuvieron su origen en una estrategia federal que data del 2010, focalizada en la prevención y atención por consumo de sustancias adictivas, psicoactivas o que ocasionan efectos negativos en las facultades ejecutivas de las personas, que se están reconvirtiendo a Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones para

también brindar atención oportuna a los trastornos mentales comunes, por encargo de la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic).

Los MSM se asumen como unidades especializadas en los centros de salud que brindan acceso a tratamiento en torno a problemas emocionales y conductuales, además de participar en la promoción de la salud mental y la prevención de complicaciones. De un total de 223 unidades de primer nivel, para atención de no derechohabientes al año 2022, 78 contaban con al menos un profesional de SM que permitiera la operación del MSM. La estrategia ha sido que dichos módulos operen en los establecimientos con mayor cobertura poblacional (los T-III y las clínicas de especialidad). Así, 80% de los centros T-III disponen de acciones para la prevención y atención de la SM, lo que contribuye a la accesibilidad dado que dichas unidades T-III tienden a estar ubicados en áreas céntricas o de alto tránsito por alcaldía, favoreciendo la llegada vía transporte público por parte del público usuario.

Por lo demás, SSPCDMX no dispone de indicadores de resultados y metas correspondientes en materia de SM: el programa se maneja con indicadores de gestión, en función a la disponibilidad de recursos (número de módulos, número de psicólogos y psiquiatras por jurisdicción sanitaria o alcaldía) y cumplimiento de estándares normativos-administrativos, antes que en la atención de una demanda real.

Gestión de los recursos humanos

En los servicios capitalinos de primer nivel, para atención de no derechohabientes, hubo un crecimiento pertinente del personal de psicología en la última década, en una tendencia similar con otras profesiones, como enfermería y trabajo social. Se destaca en particular el ascenso entre 2018 y 2021, donde se pasó de 256 a 327 profesionales licenciados (laborando en MSM y CAPA). Pese al déficit general de unidades con MSM en las dos alcaldías más pobladas de Ciudad de México (Iztapalapa y Gustavo A. Madero), se realizaron esfuerzos para compensar la insuficiencia a nivel de profesionales de la psicología.

En el año 2022, el mayor número de personal de psicología trabajó en unidades de la zona central y norponiente de la ciudad (Cuauhtémoc, en particular), más en MSM que en CAPA. La segunda más alta frecuencia en el primer nivel fue en la zona sur y suroriente (88 trabajadores en psicología). Aquí la tendencia se invirtió: más de estos profesionales laborando en los centros CAPA que en los módulos de SM, en especial en Iztapalapa y en Xochimilco, lo que revela un mayor interés en atender la problemática de adicciones en dicha parte de la ciudad. En cuanto el personal de psiquiatra, 37 profesionales médicos estuvieron trabajando en primer nivel, 16 en el segundo. En el primero, se localizaron más en la zona central y norponiente (19),

seguido del eje sur-suroriente (9). La zona nororiente tuvo un número reducido (5) pero la población usuaria podía ser referenciada a un segundo nivel, donde tres psiquiatras actuaban en hospitales generales.

En el contraste con otras entidades federativas, Ciudad de México cuenta con ventajas en el número de trabajadores de la salud mental para atención de no derechohabientes. El problema es la concentración: la atención de SM tiene un mayor número en los ámbitos central y norponiente, aunque el PSM espera una planeación futura donde se incluya el perfil de psicología en todos los centros de salud. Asimismo, es necesario mejorar la suficiencia de psicólogos y psiquiatras especializados en el tratamiento de niños y niñas. Respecto a las condiciones laborales del personal de planta en el primer nivel de Sedesa, se identifican elementos de insatisfacción al coexistir diferentes modalidades de contratación y por la sobrecarga de trabajo administrativo no automatizado. En ese sentido, se mengua la eficacia y eficiencia del servicio, ya que no se puede asegurar la estabilidad del personal, sea a nivel salarios o con el establecimiento de incentivos como los que son dirigidos a otros cuerpos profesionales que también laboran en el primer nivel de salud.

Caracterización de la atención

La insuficiencia general de la oferta pública de servicios de salud produce que seis de cada diez residentes en la ciudad acudan a una institución privada por cualquier necesidad de salud en el 2020 y 2021. Esto se agudiza cuando hay una necesidad de SM de por medio: nueve de cada diez mexicanos sin afiliación iban a establecimientos privados por síntomas psiquiátricos o neurológicos en el 2018, siete de cada diez capitalinos con necesidades de salud mental en el 2020.

En el 2021, más mexicanos fueron a los servicios de SSA y los servicios estatales de salud (Sesa) por necesidad de SM (19.1%) que por cualquier otra necesidad de salud (16.4%), situación que no se replica en el IMSS, con datos de Ensanut 2021. Esto puede deberse a la mayor capacidad de respuesta en atención de SM respecto a otras instituciones de salud. Por ejemplo, contrastando registros institucionales: población atendida por salud mental y por primera vez en Sedesa en el 2018: 52,446; en hospitales psiquiátricos: 31,695; en IMSS por el total de consultas de psicología: 19,420.

En cuanto a los motivos específicos para elegir establecimientos de salud, por cualquier necesidad médica: casi el 30% lo hizo por afiliación en el 2020, seguido de la cercanía (22.4%), costos accesibles (11.6%) y atención rápida (10.9%) (Shamah-Levy, *et al.*, 2021). Es decir, solo tres de cada 10 mexicanos, con necesidades de salud, acudían al servicio al que estaban

afiliados, priorizando otras elecciones relacionadas con una accesibilidad efectiva. Por necesidad de SM, con datos de Ensanut 2020, la repartición de razones varió. La satisfacción por la atención tuvo la mayor frecuencia de respuesta (19.0%), seguido por la elección de unidad con el servicio específico que buscaba (14.6%), afiliación (13.3%) y costos accesibles (12.5%). Es decir, la afiliación a la seguridad social es incluso menos importante que en lo referido a toda necesidad de salud, donde la posibilidad de una mayor satisfacción con el servicio de SM tenía mayor peso.

Caracterizamos el servicio de salud mental en los centros de salud de Ciudad de México para corroborar o contrastar los datos previos. El acceso al servicio en los MSM requiere cumplir con pasos iniciales como el trámite de gratuidad y la primera observación de un médico general, acciones que suelen concretarse con relativa facilidad en las unidades estudiadas. Por lo demás, se observó un cumplimiento pertinente de la política de cero rechazos, donde los pacientes afiliados a otros seguros de salud también pueden atenderse en los centros de salud, aunque sin el acceso gratuito a medicamentos que le corresponde a la población no derechohabiente.

Los puntos de entrada al servicio especializado pueden darse por derivación del personal de salud en el mismo establecimiento, iniciativa directa de las personas usuarias, recomendación de familiares y entorno social, derivación de las escuelas, de otras unidades de salud, de otras instancias de bienestar o por mandatos de ley. En lo que concierne a las escuelas, el reporte de algunos usuarios entrevistados da cuenta de cómo los espacios educativos son espacios claves de socialización para una detección temprana de incomodidades emocionales, lo que implica fortalecer el trabajo coordinado con el sector educativo.

Factores que ayudan en que la población usuaria llegue al servicio: personal médico no especialista en SM que está capacitado en el tema; actividades de promoción de la salud que son realizadas en intramuros y extramuros, incluyendo escuelas de nivel básico; disponibilidad de señalética en puntos estratégicos dentro de los centros de salud, que informen sobre la existencia del MSM. Una barrera crítica en el acceso al servicio: costos adicionales en dinero y tiempo para llegar a un centro de salud o a una unidad médica con servicio de psiquiatría, o con disponibilidad de medicina psicotrópica. El tiempo adicional invertido en estas situaciones hace mella a la oportunidad de recibir tratamiento sin dilación de tiempo.

Para cumplir con el objetivo de la detección oportuna, prevención y tratamiento de los problemas de salud mental en la población usuaria, la atención de psicología y psiquiatría en los centros de salud requiere de estas actividades: diagnóstico o valoración en los términos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, aplicación de pruebas diagnósticas,

establecimiento de un plan de tratamiento y objetivos terapéuticos, entrega de información sobre los objetivos de las sesiones y los derechos del paciente. Respecto a las pruebas diagnósticas, la queja transversal del personal fue la falta de recursos económicos para adquirirlas y capacitar al personal de salud en su aplicación. Así, esta falta es una barrera para la eficacia porque disminuye el acceso a los procedimientos de atención, y para la eficiencia en el servicio, porque extiende la duración del tratamiento con tal de efectuar dichas pruebas.

En lo que concierne a los objetivos terapéuticos, pueden basarse en enfoques o escuelas varias, aunque hay una predominancia de la escuela cognitivo-conductual, en cuanto modelo que permite terapias más breves y soluciones más inmediatas. En ese orden, es adecuado y pertinente que el PSM incorpore como criterio de supervisión la exigencia de base científica en el quehacer de los profesionales de la salud mental, para evitar el uso de abordajes catalogados como alternativos.

Los pacientes de psicología o psiquiatra que mantienen tratamiento en los MSM pueden asistir un promedio de 13 sesiones, donde la duración por cada cita es de 45 minutos aproximadamente, según el personal entrevistado. Este último tiempo fue reconocido como adecuado y eficaz por dicho personal, pues permite contar con 15 minutos adicionales para llenar los formatos exigidos por el PSM y el centro de salud (registro de la consulta, nota de evolución, llenado de la tarjeta de control y seguimiento), en un marco de exigencia de siete consultas al día por profesional, de acuerdo con los indicadores de productividad del PSM. No obstante, la carga administrativa no automatizada, para cumplir con este llenado de formatos y la actualización de los expedientes clínicos, genera desgaste y afecta el uso del tiempo del personal durante su jornada laboral.

Limitaciones reportadas para una adecuada efectividad de los MSM: ausencia de procedimientos o manuales específicos para un primer nivel de salud mental (más allá del empleo habitual de guías generales de práctica clínica o lineamientos técnicos más orientados a unidades hospitalarias), que puede generar obstáculos en la calidad de la atención y la supervisión de la misma, en especial en psicología; restricciones en la suficiencia de recursos básicos como papelería, equipos de telefonía, computo o servicio de Internet; ausencia de medicamentos psicotrópicos en las farmacias de las unidades; profesionales que no atienden a ciertas poblaciones, como la niñez, por falta de especialización. También se observa un perfil de psicología que es diferente al clínico, la Sedesa nos informa que la gestión actual del PSM busca solventar dentro de lo posible las necesidades de capacitación detectadas.

Asimismo, es palpable la necesidad de una mayor disponibilidad de módulos y recursos humanos que atienda la demanda, en especial de psiquiatría, considerando a su vez las

actuales barreras geográficas por la distribución territorial de profesionales: cinco de las seis jurisdicciones sanitarias en la ciudad con menos centros de salud con MSM se localizan en la zona poniente y la zona sur. La vista por alcaldía da cuenta de distribuciones variables (con mayor número en las áreas norponiente y central, salvo el caso de los CAPA), o que no necesariamente responde a criterios poblacionales (Iztapalapa y Gustavo A. Madero). En ese sentido, persiste una desigualdad territorial sanitaria, en cuanto a mayor población, no hay una mayor disponibilidad de centros de salud con servicios de salud mental.

El problema de la disponibilidad conlleva a barreras de oportunidad e ineficiencia. Según el personal entrevistado, la frecuencia ideal para pacientes de primera vez en psicología es una vez por semana; sin embargo, dicho intervalo de tiempo no se respeta en los MSM, aunque se puede hacer excepciones para los casos asignados como urgentes (que involucre ideación suicida, por ejemplo). Por los demás, existen tiempos extensos de espera para las consultas subsecuentes, donde el éxito terapéutico se atrasa. Del lado de los pacientes, ningún entrevistado reportó tener un tiempo de espera entre citas mayor a 2 meses, pero la demora entre citas es universalmente reconocida entre ellos. Pese a este tipo de brechas, la población usuaria puede reportar satisfacción con el servicio, o al menos una tolerancia de las deficiencias, más relacionado con el acceso a tratamiento y relación con el trabajador respectivo de la SM, la posibilidad de acceder a medicamentos gratuitos y la propia percepción de beneficios terapéuticos. Esto lleva a una cierta fidelidad, en particular respecto a los casos que necesitan un proceso de tratamiento más prolongado o los casos donde simplemente no pueden cubrir los costos de una atención médica particular.

Bajo este panorama, el PSM y el personal de los MSM emplean estrategias para lograr objetivos institucionales y terapéuticos: ampliación de horarios en fines de semana y feriados en algunas unidades; uso de la terapia breve, para así tener más disponibilidad de citas de forma más oportuna; diferenciaciones en la asignación de citas, en función de pacientes que necesiten atención más pronta o que se encuentren estables. No obstante, se requieren de soluciones más estructurales, que no solo tengan que ver con la calidad del tratamiento, sino del servicio, como incrementar el número de módulos o de personal empleado, para que el funcionamiento eficaz y eficiente no dependa solo de las estrategias particulares del personal o de jurisdicciones sanitarias específicas. Se reconoce también que la eventual ampliación se enfrenta con restricciones de espacio en los centros de salud, así como el reducido incremento de estas unidades en los últimos 13 años. Actualmente, cuando se abre un nuevo MSM, implica una adaptación previa del espacio, así como el respaldo directivo del respectivo centro de salud.

Durante la contingencia sanitaria por Covid-19, el servicio de salud mental se vio severamente mellado, como sucedió con otros servicios en centros de salud. Se perdió pertinencia en un escenario social que necesitaba de contención, en cuanto se incrementó la conducta suicida, así como la sintomatología depresiva y de ansiedad, en todos los grupos de edad y por género. De modo paulatino, se introdujeron las comunicaciones telefónicas o virtuales como alternativas para sostener la pertinencia y eficacia del servicio, aunque a partir de 2022 se retomó la actividad presencial, dejando atrás dichos modos de comunicación remota. Sin embargo, hay aprendizajes que se requiere tomar en cuenta para eventualmente ampliar la cobertura: se deben considerar las restricciones materiales y sociales de los pacientes, a nivel de privacidad y acceso idóneo a medios de comunicación, para que puedan tener sesiones virtuales de calidad. En ese orden, la población usuaria es la que debe finalmente elegir la alternativa de consulta externa que más le convenga. A su vez, hay que resolver la carga administrativa para el personal. Se puede generar ineficiencia en la medida que se siga manteniendo un orden manual de actividades, sin automatización de los formatos o acceso remoto a expedientes clínicos electrónicos.

Disponibilidad y acceso a medicina psicotrópica

Al 2018 había una menor existencia de medicamentos en la misma unidad de consulta de SSA o Sedesa, que en IMSS e ISSSTE, lo que implicaba que sus usuarios buscaran y adquirieran dichos productos en otro lugar de consulta o instancia (45% de la población usuaria de SSA y Sedesa con receta en Ciudad de México, con datos de Ensanut 2018-2019). En el 2020, solo un mercado 23.7% de estos usuarios accedió a todos los medicamentos en el lugar de consulta y la mitad tuvo que adquirirlos por fuera (49.8%). Estos valores se distancian de las proporciones nacionales respectivas para los servicios de la SSA (62.8% y 22.8%). Pudo deberse a una disminución en el flujo de atención de las unidades médicas capitalinas debido a la pandemia, no obstante, la caída no fue tan pronunciada para los derechohabientes del IMSS.

En el 2021, la situación mejoró levemente para SSA y Sedesa, en su capacidad de proporcionar medicamentos en el mismo lugar de consulta, aunque un relevante 16.4% no accedía a alguno o ningún producto en el mismo lugar de atención.

Con datos de Ensanut 2020, menos usuarios capitalinos, con una necesidad de salud mental, consiguieron todos los medicamentos recetados en la misma unidad de atención que el promedio nacional (38.3% vs. 45.8%), y el doble del promedio nacional simplemente no accedió a ningún fármaco o lo hizo de modo parcial (25.7% vs. 12.8%). Dentro de la infraestructura de SSA y Sedesa, una de cada cuatro personas con receta no pudo acceder a alguno o ninguno de los fármacos requeridos.

En específico, la atención de salud mental para no derechohabientes en primer nivel se vio obstaculizada en este periodo administrativo por severas limitaciones de existencia, suficiencia y disponibilidad de medicamentos psiquiátricos. Dos razones: la reducción de los aportes federales en el campo de la salud mental (más no en el tratamiento de las adicciones), que obstaculizó la suficiencia presupuestal para la adquisición de productos, y los problemas de gestión y abastecimiento de fármacos en centros de salud. Respecto al último aspecto: planeación y seguimiento no automatizado de la medicina requerida por el personal médico, registro de inventarios que no coincide con la disponibilidad real, existencia de productos próximos a vencerse, presentaciones no idóneas o acordes con lo que necesitan los pacientes.

El servicio de salud mental en primer nivel pierde eficacia y oportunidad ante los costos de traslado, búsqueda y adquisición de medicamentos, que son asumidos por los pacientes, ante la ineficacia e ineficiencia del servicio analizado. Asimismo, la población usuaria no derechohabiente no tiene necesariamente la capacidad económica para cubrir dichos costos. Cuando los pacientes, pese a contar con el derecho de recibir medicamentos gratuitos, tienen que comprar los productos, pueden enfrentarse a gastos adicionales variados, que van incluso hasta los \$6,000 pesos mensuales, tomando como referencia los testimonios recabados. El personal médico recurre a estrategias alternativas para mantener la eficacia del servicio: articulación informal de psicólogos y psiquiatras a través de un chat o la prescripción de productos farmacéuticos alternativos.

Las barreras de accesibilidad ponen en una situación de adversidad a los usuarios que cumplieron con el trámite de la gratuidad, y la recuperación de su bienestar va a depender también del apoyo económico de la red familiar o social. Además, el gasto suplementario es factor de potencial abandono del tratamiento y existen riesgos en la calidad de los productos que son adquiridos por fuera del sector público de salud.

A pesar de los problemas cubiertos, las entrevistas revelaron también el reconocimiento de beneficios a partir de la ingesta de medicamentos psicotrópicos y la mejoría en el bienestar de los pacientes. Este escenario es posible siempre y cuando el servicio ofrezca un abordaje multidisciplinario y exista un intercambio horizontal y consentido de ideas e información sobre los problemas de SM, incluyendo los riesgos de la propia medicación a un largo plazo. En ese sentido, cuando los médicos tienen un trato más integral, no solo centrado en la entrega de una receta, la entrega del servicio es mejor apreciado por los pacientes.

Resultados de la atención

Entre los años 2011 y 2019, y 2021, la asistencia de pacientes atendidos por primera vez en el año, en servicios de SM de primer nivel, fluctuó entre los 20,000 y más de 43,000, mientras que la mediana se situó en los 38,854, de acuerdo con datos de la Agenda Estadística de Sedesa. Entre 2019 y 2021 se obtuvieron las cifras más bajas desde 2014. Pese a ello, en la comparación con la frecuencia de consulta general de primer nivel y con la consulta de SM de segundo nivel, la frecuencia de consulta de SM en primer nivel de atención creció en los últimos 10 años.

Tomando como referencia el año 2021, la cobertura de los servicios de SM de la Sedesa fue de 4.8% (primer y segundo nivel) y de los MSM de 4.0%, tomando como referencia la población atendida por primera vez en el año y el número de residentes con un balance anímico negativo (con datos de Encubos 2019). Se encuentra pertinencia en el hecho de que haya una priorización de la atención primaria, no obstante, hay una brecha de tratamiento, en cuanto no se logra que al menos uno de cada 10 no derechohabientes emplee los servicios preventivos de la Secretaría.

En la zona central y norponiente, los rangos de cobertura indican un protagonismo marcado de los servicios en Cuauhtémoc, en línea con la disponibilidad de recursos de salud en esta demarcación. La apuesta de SSPCDMX, y por extensión del PSM, de priorizar esta alcaldía en la instalación de centros de salud, clínicas de especialidad y servicios de salud mental de primer nivel, permite que tres de cada 10 habitantes, que viven, trabajan o circulan por la alcaldía, con un balance anímico negativo, asistan a una atención preventiva.

De forma agregada, el bloque norte y central (Azcapotzalco, Benito Juárez, Coyoacán, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Miguel Hidalgo y Venustiano Carranza) suele contar con las mejores coberturas, que está relacionado con la mayor disposición de recursos. En contraste, estas demarcaciones suelen tener la menor densidad poblacional de personas con balance anímico negativo y sin afiliación a seguros de salud (por debajo de la mediana de 42,527 habitantes), con excepción de Gustavo A. Madero, Coyoacán y Benito Juárez. En otras palabras, los mayores recursos para salud mental en primer nivel se están destinando a los territorios donde hay una menor magnitud del problema.

Las tres peores coberturas de los MSM figuran en el eje sur – suroriente: Xochimilco, Tláhuac e Iztapalapa, mientras que la única demarcación por encima de la mediana es Milpa Alta (6%), siendo a su vez la sexta mejor en el orden por alcaldías. Hay que considerar que la mayor proporción de no derechohabientes en la ciudad está en esta última alcaldía: 60.3% del total de su población, lo que conlleva a una mayor fidelidad en el uso de la infraestructura de Sedesa

(siete de cada diez no derechohabientes acuden por consulta general de primera vez). En ese orden, la elección se replica en una menor escala respecto al uso de los MSM, pese a que no es la alcaldía sureña con más psicólogos y psiquiatras con estos módulos (repartidos mayormente entre Iztapalapa y Tlalpan).

Gustavo A. Madero e Iztapalapa quedan muy rezagadas en la cobertura. La realidad es crítica y una evidencia de falta de pertinencia si se contrasta con el hecho de que son las dos alcaldías con la mayor densidad poblacional con balance anímico negativo y sin seguridad social. Iztapalapa tiene una cobertura pequeña de uno por ciento. Pese a la mayor contratación de profesionales psicólogos en los últimos 10 años, los módulos solo disponen de nueve psicólogos, estando por debajo de la mediana por alcaldía, que es 10. Si se incluyera el número de estos profesionales en CAPA, la suma llegaría a 31 (Iztapalapa tiene el mayor número de psicólogos en dichas unidades considerando cualquier alcaldía, en términos absolutos).

Teniendo presente esta baja cobertura y el escenario social sanitario de 2020-2021, se entiende que la población adulta capitalina mayor de 18 años tuvo una menor satisfacción con la vida actual en el 2021 que en el 2019, contrastando datos de Encubos y la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado 2021. Inegi (2021) también encontró segmentos con menor satisfacción con la vida y menor balance anímico, que vivieron agresión o padecen depresión o ansiedad. De forma relacionada, las mujeres capitalinas con o sin discapacidad sufrieron un porcentaje similar de incidentes de violencia en los últimos 12 meses (46%, según Inegi, 2022b). Sin embargo, la población femenina con discapacidad o limitación relacionada con problemas mentales tuvo un mayor promedio de eventos de violencia en el año (60%). Así, se encuentra aún en la ciudad una realidad persistente donde atravesar opresiones múltiples (desde el género femenino y la discapacidad, por ejemplo) se agrava ante condiciones no favorables de salud mental.

Hay una persistencia de determinantes sociales (en aspectos económicos y sociales) que van en detrimento de la salud mental de la población capitalina, en un contexto donde tanto la fidelidad hacia los servicios públicos de salud como la cobertura misma de los servicios preventivos de salud mental son bajas. En ese sentido, es relevante explorar e identificar actuales efectos directos de la atención en los MSM de centros de salud, desde la percepción de los propios usuarios, en cuanto insumos informativos que puedan enriquecer una eventual y próxima política preventiva de SM en la ciudad.

¿Cómo se construye la satisfacción del servicio y la adherencia al tratamiento en los MSM en pro de una maximización del bienestar de los pacientes? Los profesionales de SM enfatizaron la elaboración de un plan de tratamiento con objetivos terapéuticos orientados a mejorar el

desempeño de las facultades ejecutivas, adaptables en el tiempo; el uso de un formato de consentimiento informado que establece el acuerdo y compromiso entre las partes; la comunicación horizontal que prioriza el bienestar del paciente, explicitando el periodo de tratamiento que será necesario, estableciendo a su vez un espacio seguro y confiable en el marco de la consulta externa.

Encontramos entre ciertos usuarios desconocimiento previo sobre la atención en salud mental y en qué consistía, fenómeno posiblemente generalizado entre la población. Las personas mayores de 25 años tendieron a reportar no haber tenido experiencia previa de sesiones por problemas de SM antes de asistir a los servicios de la Sedesa, a diferencia de los menores de 25. En ese orden, el primer grupo tendió a manifestar estigmas negativos previos sobre la atención psicológica y psiquiátrica, en parte, por el desconocimiento, creencias y prejuicios que se originan en la sociedad acerca de los TSM. A pesar de esto, accedieron a la atención y mayormente detallaron que sí poseían necesidad de la atención. De modo diferenciado, identificamos que las mujeres usuarias enfrentaron adversidades específicas a su identidad de género y que los estereotipos fundados en éste actuaron en desmedro de su bienestar, mientras que los usuarios hombres tuvieron mayor recelo para contar las circunstancias de adversidad que enfrentaron.

Para la misma población usuaria, la impresión que tuvieron en el servicio público fue clave para la adherencia al tratamiento. Los usuarios rescataron en particular la comunicación abierta, la consideración por el paciente de parte del cuerpo médico y psicológico en las unidades de salud, la retroalimentación constante y seguimiento de los compromisos de parte de los profesionales de la SM, la provisión de herramientas emocionales.

Asimismo, los eventuales cambios positivos se pueden establecer en función de reconocer primero los determinantes sociales negativos que permean en las trayectorias de vida de los pacientes, como la violencia, las brechas de género, o las omisiones de cuidado infantil en entornos familiares, comunitarios y gubernamentales. Los pacientes no derechohabientes entrevistados crearon resiliencia ante estos eventos, pero es la atención psicológica y/o psiquiátrica actual que les permite edificar modos más sanos y constructivos, que conllevan a una adherencia eficaz.

Bajo la ruta descrita, personal especializado en el área de psicología y psiquiatría y usuarios entrevistados identificaron la existencia de pacientes que “reconocen cambios positivos en su calidad de vida” (criterio 9 de la presente evaluación), a partir del empleo de los servicios de SM en los centros de salud de la ciudad, en un contexto general de mayor utilización de los servicios privados de salud, conforme se expuso con anterioridad. En particular, la utilidad

percibida por los usuarios que continuaron tratamiento se reconoció por las estrategias y fundamentos del tratamiento psicológico y/o psiquiátrico que fueron adquiridas para lidiar con eventos como la ansiedad, los ataques de pánico o de depresión, las autolesiones y las repercusiones físicas varias; así como por la mejora en sus facultades ejecutivas, vinculadas con el ejercicio de su independencia personal, la confianza en sí mismo y la autorregulación emocional, la gestión de conflictos y reducción de violencia en esferas familiares, escolares y sociales, y la reincorporación a las actividades académicas o laborales.

Pese a ello, puede haber resistencias a una total aceptabilidad del servicio en el camino a un mejor bienestar. Por un lado, provienen de localizar los malestares de salud mental en planos estrictamente personales, negando la influencia familiar en ellos o recurriendo al evitamiento de conflictos, lo cual refuerza la intención de mantener la autoridad de la familia, pese a que puede ser obstáculo incluso del propio bienestar individual. Por otro lado, se relaciona con las deficiencias propias del servicio de salud, como la falta de suministro de medicamentos psiquiátricos, y con las condiciones externas sobre las cuales no incidiría el tratamiento, como la falta de trabajo y la carencia económica.

En el marco de las conclusiones y proceso de emisión de observaciones, se sugiere a las instancias respectivas elaborar un documento rector de planeación sobre la política de salud mental, instaurar el Consejo de Salud Mental de la Ciudad de México, y otorgar un aumento presupuestal para la atención en este campo de la salud. Respecto al trabajo en el primer nivel de atención, se sugiere el incremento de la base de centros de salud con personal de psicología y promotores de salud, formalizar los procedimientos de consulta externa en los MSM, automatizar el registro y surtimiento de medicinas, así como desplegar una estrategia de contención psicológica para el personal de salud en general y de los MSM en particular.

Introducción

El Consejo de Evaluación de la Ciudad de México (Evalúa CDMX) es un organismo constitucional autónomo, técnico, colegiado e imparcial, de carácter especializado en evaluación, con personalidad jurídica y patrimonio propios, autonomía técnica y de gestión, así como capacidad para decidir sobre el ejercicio de su presupuesto, determinar su organización interna y encargado de la evaluación de las políticas, programas y acciones que implementen los entes de la Administración Pública y las Alcaldías. Bajo el fundamento del Artículo 42 de la Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal, así como del Artículo 9 fracción VI del Estatuto Orgánico del Consejo, el Pleno del Comité aprobó, en la III Sesión Ordinaria 2022, el Programa Anual de Evaluaciones Externas 2022, que, entre otras evaluaciones, incluye el “Diagnóstico y evaluación de los servicios de salud mental de la Ciudad de México, 2018-2022”.

La necesidad de realizar una evaluación de los servicios de salud mental en la ciudad surgió de reconocer ciertos elementos de contexto. Por ejemplo, la persistencia de los determinantes sociales que desfavorecen la salud mental (SM), agravados por los efectos de la pandemia por el Coronavirus 19 (Covid-19), considerando además que los trastornos mentales (TSM) abonan en la reproducción de círculos de desigualdad y deterioro de la salud. Asimismo, la literatura documenta el rezago en la prestación de servicios públicos de salud oportunos y accesibles para las personas con problemas de salud mental, no solo como tendencia nacional, sino global. Como respuesta y una de las estrategias a futuro, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a las naciones ampliar la base de la atención primaria, involucrando a personal de salud no especializado en trastornos mentales, como una forma de cerrar las brechas existentes.

En ese marco, priorizamos el análisis sobre cómo se está dando la atención de primer nivel en salud mental para la población capitalina que no cuenta con seguridad social. En específico, realizamos una evaluación a los servicios de salud mental que se ofrece en los centros de salud (CS), que es gestionado por el Programa de Salud Mental y Adicciones (PSM) de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México (SSPCDMX), organismo descentralizado sectorizado a la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad (en adelante, Sedesa). Asimismo, reconocemos la existencia de otros servicios relacionados que ofrece la Sedesa, y que incorporan prevención o atención de la salud mental, desde un punto de vista de complementariedad, en pro de valorar la concreción y posibilidades de la rectoría de salud mental, a cargo de la misma Secretaría (ver sección 5.2.4 Rectoría de salud mental y adicciones).

Dicho esto, la delimitación temporal de la evaluación es entre los años 2018 y 2022, marcados por el hito gubernamental del cambio de administración en el Gobierno de la Ciudad y como periodo donde apareció y se propagó una pandemia.

Objetivos de evaluación

El objetivo central fue realizar una evaluación integral de los servicios de salud mental de Ciudad de México, con énfasis en la atención primaria ofrecida en los centros de salud de la Sedesa¹, con el fin de generar recomendaciones que contribuyan a fortalecer el derecho de la salud mental de la población capitalina.

Los objetivos específicos son:

- i. Realizar un diagnóstico del problema social relacionado con la salud mental de los capitalinos, en particular respecto a la población sin seguridad social.
- ii. Desarrollar una evaluación en los aspectos de diseño institucional, características de los procesos de atención y resultados de los servicios de salud mental de la ciudad, con énfasis en la atención de primer nivel ofrecida por los centros de salud de la Sedesa.
- iii. Recoger y analizar información cualitativa sobre la generación de herramientas psicológicas y/o emocionales en usuarios de los servicios de salud mental que son ofrecidos por la Sedesa.
- iv. Presentar conclusiones y recomendaciones que permitan fortalecer una atención integral en salud mental en la ciudad, a través del sector salud y de programas de atención focalizada de carácter intersectorial.

Estructura del informe

Capítulo 1. Marco conceptual y experiencias internacionales Delimitamos los conceptos empleados en el trabajo, que fueron la base para establecer los criterios de evaluación. Añadimos de forma sucinta experiencias internacionales sobre prácticas gubernamentales para la prevención y atención de salud mental.

¹ En lo que sigue, cuando hablemos de los centros de salud nos vamos a referir a las unidades que son gestionadas por SSPCDMX. No obstante, en el objetivo resaltamos la sectorización a Sedesa.

Capítulo 2. Antecedentes. Narramos los antecedentes normativos y programáticos en torno a los servicios públicos de salud mental en el país y en la ciudad (1997-2018).

Capítulo 3. Metodología. Presentamos el enfoque de evaluación seguido y sus características. Asimismo, señalamos los criterios de valoración.

Capítulo 4. Evolución del problema público relacionado con la salud mental. Mostramos una evolución en el tiempo en torno a las prevalencias de salud mental. Nos centramos principalmente en ansiedad y depresión.

Capítulo 5. Diseño institucional de los servicios de salud mental, 2018-2022. Detallamos aspectos de diseño institucional para los servicios de SM destinados a no derechohabientes, a nivel de legislación, planes de gobierno y rectoría gubernamental. Presentamos el Programa de Salud Mental y Adicciones en primer nivel.

Capítulo 6. Recursos de salud mental para población no asegurada. Realizamos un análisis sobre los recursos destinados a la atención de SM, identificando cambios ocurridos entre 2018 y 2022, a nivel de unidades de atención, personal, medicamentos y suficiencia presupuestal.

Capítulo 7. Procesos de atención: utilización de servicios y admisiones. Reconocemos el contexto de utilización de servicios públicos y privados de SM. Asimismo, comenzamos a caracterizar la atención de salud mental en los centros de salud de la Sedesa.

Capítulo 8. Procesos de atención: desarrollo de las sesiones y acceso a medicamentos psiquiátricos. Describimos y analizamos las trayectorias que realizan los capitalinos para acceder al servicio de salud mental en los centros de salud de la Sedesa. Contrastamos esta información con el cumplimiento de procedimientos en función a las normas establecidas y las opiniones de servidores públicos de la institución, para realizar valoraciones de eficacia y eficiencia, principalmente.

Capítulo 9. Resultados de la atención. Detallamos los resultados del servicio de SM para no derechohabientes, con el uso de los criterios de cobertura, adherencia al tratamiento y utilidad percibida, principalmente, donde los usuarios exponen sobre efectos directos. Informamos sobre cobertura y tendencia en indicadores subjetivos de bienestar.

Capítulo 10. Matriz de hallazgos y conclusiones. A partir de un compendio de hallazgos identificados a lo largo del trabajo, presentamos las conclusiones del mismo.

1. Marco conceptual y experiencias internacionales

1.1 Salud mental, trastornos y conceptos conexos

Concebimos a la **salud** como el estado de total bienestar físico, mental y social, no meramente la ausencia de enfermedad o dolencias (OMS, 2014b). De este modo, es una categoría holística e integral, donde lo corporal y lo mental están integrados. Tal como actualmente la interpretan organizaciones internacionales, la salud posee atributos universales y variables. En ese sentido, su atención es un derecho fundamental de todo ser humano, al considerar esencial para el pleno desarrollo del mismo el acceso a sistemas que la protejan. Es parte también de sus libertades, pues cada persona debe ser libre de ejercer control sobre su salud, en la medida de sus posibilidades. Ello está ligado al concepto de **bienestar**, definido por medio de las posibilidades de realización dentro de una sociedad dada, que se llevarán a cabo según las libertades y circunstancias materiales al alcance (Sen, 1997) y al de **bienestar subjetivo**, que apunta a las buenas condiciones mentales y a las evaluaciones que las mismas personas hacen de su vida, de algún aspecto de su vida o de las reacciones afectivas a sus experiencias, más allá de los indicadores de bienestar objetivo relacionados con racionalidad económica (OCDE, 2013).

Bajo dicha argumentación, podemos abordar la legislación mexicana: el derecho a la protección de la salud se estableció en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en 1983 en su artículo 4º, por lo que es reconocido como una responsabilidad gubernamental. En la reforma de 2011, la Constitución fue reformulada desde una perspectiva de derechos humanos, incrementando el espectro de obligaciones del Estado mexicano en torno a la salud (Lugo Garfias, 2015).

El **malestar** es una “sensación subjetiva por parte de una persona de que su bienestar físico o mental se halla ausente o mermado, de modo que no puede desenvolverse con normalidad en la vida diaria” (Callahan, 2014, pp. 36). Pero esta sensación está atravesada por configuraciones sociales y culturales, en función de determinados contextos históricos y geopolíticos. A este respecto, distintas poblaciones poseen condiciones desiguales de acceso a aquello que precisan para alcanzar el bienestar, exponiéndose a mayores vulnerabilidades y diferentes niveles de exigencia. Ello se reúne bajo el término de **determinantes sociales** como condiciones significativas o factores que impactan la salud (Tarlov, 1996). Así, la distribución desigual de poder y de los ingresos económicos, las diferencias en entornos de vivienda, acceso a seguridad social y a trabajo digno, la interiorización de estereotipos por motivos de género, raza y etnicidad, la inseguridad constante por la marginación social, la violencia

infantil y de género, entre otras realidades, poseen efectos sustanciales en la salud mental pública (OPS, 2012; Patel *et al.*, 2018). En ese marco, el logro del bienestar se somete a interpretaciones heterogéneas, las cuales no necesariamente se enmarcan en un régimen biomédico, sino que involucran dimensiones emocionales, culturales, entre otras. Como afirman Saavedra y Berenzon al hablar del uso de la medicina alternativa para tratar problemas psicológicos en Ciudad de México:

En la población mexicana es común que convivan visiones heterogéneas para explicar la salud y la enfermedad, de tal modo que una persona puede valerse de nociones científicas y al mismo tiempo de concepciones mágico-religiosas para darle sentido a un episodio de malestar (Saavedra y Berenzon, 2013, pp. 538).

Esto nos lleva a la comprensión de la salud mental, puesto que hasta el binarismo entre cuerpo y mente no es unilateralmente compartido. Para la OMS, la **salud mental** se considera como:

Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades y puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2011).

Según la Comisión Lancet sobre Salud Mental Global y Desarrollo Sostenible, la salud mental es “un activo o un recurso que permite estados positivos de bienestar y proporciona la capacidad para que las personas alcancen su máximo potencial”; por lo cual no solamente involucra al desarrollo humano sino “una satisfacción subjetiva con la vida” (Patel *et al.*, 2018, pp. 1562). De tal modo, la salud mental cubre los llamados trastornos mentales y/o emocionales comunes como depresión, y los considerados graves como esquizofrenia (OMS, 2022c; OMS, 2023b).

La Comisión también destaca la importancia de ampliar las aproximaciones para comprender la salud mental, como una forma de reformular su agenda global, a la luz de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Por ejemplo, está la crítica a la relación asimétrica entre doctor y paciente: el bienestar implicaría así la capacidad de agencia para determinar los rumbos para conseguir una mejor **calidad de vida**. Ésta se define como “la percepción de una persona de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones” (Patel *et al.*, 2018, pp. 1562).

La Comisión incluye en su definición de salud mental que ésta permite “hacer frente a los estreses normales de la vida” (Patel *et al.*, 2018, pp. 1562), donde el malestar emocional tiene una función regulatoria. El **estrés** es un concepto muy ligado a esta dimensión de la salud, que

para Fernández Martínez (2009) se ha comprendido de tres maneras: conjunto de estímulos nocivos que generan tensión y/o son percibidas como peligrosas, respuestas psicológicas y fisiológicas frente a un estado de tensión, y proceso donde están los elementos que lo producen junto con las respuestas a los mismos. Valoramos al estrés como un componente que actúa en desmedro del bienestar y, por ende, de la salud mental, cuando es provocado por un determinante social que orilla hacia la precariedad, como una vida laboral sin contrato o basada en relaciones temporales (OPS, 2012). Asimismo, confluye con la comprensión integral de la salud, al ser una respuesta inespecífica del ser humano y que no se restringe a lo psicológico o mental. Aun así, Fernández Martínez señala que “los factores individuales tales como características predisponentes, motivaciones, actitudes y experiencias determinan cómo las personas perciben y valoran las demandas; esta evaluación influye sobre los estilos de afrontamiento, las respuestas emocionales y a largo plazo en los resultados de salud” (Fernández Martínez, 2009, pp. 28).

En ese orden, el estrés puede ser efecto de la **adversidad**, que según la OMS es el conjunto de circunstancias de vida difíciles y que tienen efectos adversos emocionales; entre las que se enumeran pobreza crónica, emergencias humanitarias, crisis económicas, pérdidas familiares, violencia sexual y más. A diferencia del estrés, la adversidad escapa a lo subjetivo para ser una condición objetiva, que a su vez requiere atención a la salud mental pues “puede reducir la capacidad de la persona para responder bien a los problemas comunes. Pueden sentirse incapaces o con falta de confianza para afrontar sus problemas, o posiblemente sus sentimientos de ansiedad o pesar interfieren con su capacidad habitual para afrontar problemas eficazmente” (OMS, 2016, pp. 46).

Entonces, el ejercicio de la libertad individual y la capacidad de agencia para una mejor calidad de vida y bienestar pueden quedar mermados con ciertos determinantes sociales, más aún los de connotación adversa, en un ámbito de desigualdad. En este escenario, no omitimos la mención a la **resiliencia**, en tanto “la capacidad de las personas para adaptarse a la adversidad o el estrés, incluida la capacidad para hacer frente a futuros eventos negativos. La resiliencia también se puede ver a nivel comunitario y (...) contribuye a la proporción relativamente baja de personas en situaciones de emergencia que desarrollan trastornos mentales a largo plazo” (Patel *et al.*, 2018, pp. 1562). Pero no podemos confiar de forma exclusiva en esta potencialidad humana para el combate del sufrimiento por presiones externas. Tomemos como ejemplo el ejercicio de la violencia. Según Sironi, “la violencia ligada a la historia colectiva tiene un mayor impacto en la psicología y psicopatología contemporáneas. Si bien a veces puede forjar destinos excepcionales basados en la resiliencia, con mayor frecuencia genera trastornos psicológicos duraderos, psicopatologías y sociopatologías con graves consecuencias individuales y colectivas” (Sironi, 2006, pp. 14).

Una diferenciación clave debe efectuarse entre salud mental y **desorden o trastorno mental**. Este último reúne “alteraciones del pensamiento, la emoción, el comportamiento y las relaciones con los demás que provocan un sufrimiento sustancial y deterioro funcional en una o más actividades importantes de la vida” (Patel *et al.*, 2018, pp. 1562). Para la Comisión Lancet, salud y desorden mental existen dentro de una continuidad, sin excluirse mutuamente, lo que conlleva a inferir que las políticas involucradas no solo deben atender a las personas con dichos trastornos, sino que tienen que brindar las facilidades y las condiciones para que la población en general pueda disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Las definiciones de salud mental, estrés, adversidad y trastorno mental aluden a nuestra capacidad humana para ser productivos, aportar a la comunidad y alcanzar estados de bienestar (posibles de medir en términos objetivos y subjetivos), siempre bajo la influencia de los determinantes sociales. Una forma de conceptualizar estas capacidades es bajo la categoría de **facultades ejecutivas**, que son las habilidades que nos permiten administrar nuestros pensamientos, emociones y acciones para concretar hechos: desde comer sin supervisión y asearse hasta organizar una reunión con amigos, donde involucramos el control cognitivo de la conducta, el autocontrol y la planificación futura (Mayne, Campbell y Ross, 2018; Ozonoff y Jensen, 1999).

El desorden o trastorno lo podemos analizar también como expresión histórica y social de lo considerado como peligroso, dañino, o simplemente diferente. Payá Torres y Jiménez explican cómo “el incremento de los enfermos mentales responde a momentos históricos y es una manifestación de la sociedad” (Payá Torres y Jiménez, 2010, pp. 33). De acuerdo con los autores, la asignación del desorden mental responde a que “el sujeto toca una verdad profunda que resuena en cada uno de nosotros” que puede llegar a ser tan perturbadora, que se catalogue como un peligro a separar de la sociedad.

En esa dirección, existe abundante producción académica e investigaciones de ciencias sociales sobre la salud mental y el **encierro**. Uno de los autores más citados en ese sentido es Foucault, para quien la articulación del poder y el cuerpo a través de mecanismos disciplinarios que restringen al segundo lo vuelve una herramienta para la instalación de los regímenes del poder al interior del sujeto. De esta manera, el individuo se convierte en un objeto que aprende a producir cambios en sí mismo, donde la represión de aquello considerado inadecuado, anormal y amenazador cancela la singularidad (Foucault, 1990).

En la literatura de psicología social, se han retomado los alcances del encierro dentro de la controversia respecto a su propósito, en tanto que herramienta para la adaptación cultural por medio de la exclusión. De tal modo, se debate sobre su utilidad, o más bien, a quién es útil su

aplicación masiva (Salas Soneira, 2017; Arensburg y Vitores González, 2001). Para Barukel y Stolkiner (2017), es imposible hablar de encierro sin locura: éste la configura a través de la restricción de la libertad como valor neoliberal e individualista, a la vez que sostiene la designación dañina de locura como aquello fuera de lo definido como normalidad estadística, en sociedades contemporáneas que sostienen parámetros corporales y mentales orientados a la producción capitalista y a la racionalidad occidental. Salas Soneira (2017) escudriña en la vigencia del encierro, destacando que son marcos de referencia vigentes los que facilitan su práctica institucional: la importancia dada a la salud y a lo técnico abren el camino a restringir a las personas a diagnósticos clínicos, volviéndolas “objetos” desde una legitimidad incontestable.

Foucault rastreó el surgimiento del manicomio como institución disciplinaria en el racionalismo francés del siglo XVII; pero el alcance del mismo, junto con la formulación de la locura como diagnóstico que contribuyó a someter a la población, encuentra eco en México. En nombre de la modernidad y el progreso, se construyeron hospitales psiquiátricos, donde uno de los principales hitos señalados por la historiografía es el Manicomio General de La Castañeda en Ciudad de México, en operación entre los años 1910 y 1967. El encierro fue practicado sistemáticamente en este tipo de instituciones durante el siglo XX, cortando violentamente la socialización de individuos y segmentos poblacionales particulares. Ciertamente, el examen sobre estos centros requiere ser matizado, estos espacios necesitan ser observados más allá de las ideas de disciplina social (La Castañeda cumplía funciones no solo de control sino terapéuticas y asistenciales), y de forma contextualizada (la creación del Manicomio del Estado de Veracruz respondió a una aspiración de ordenamiento urbano) (Sacristán, 2005).

En este entorno, ser calificado como “enfermo mental” podía estar basado en criterios étnicos, procedencia social y disponibilidad de redes de apoyo. En ese orden, los hospitales psiquiátricos en México han sido destino de personas pobres, de procedencia indígena o sin redes familiares (Reyes-Foster, 2018). Esta realidad se complementa con las formas de asistencia social que se configuraron en Ciudad de México en las primeras décadas del siglo XX, donde la Beneficencia Pública del Distrito Federal ofrecía ayuda focalizada a los pobres urbanos (categorizados como mendigos o indigentes) que estuvieran “incapacitados, física o mentalmente, para trabajar” y que no tuvieran apoyo familiar. En una campaña de erradicación de la mendicidad en 1930, la Beneficencia transfirió a 310 de estas personas a instituciones asistenciales y carcelarias, donde el 10% fue derivado a La Castañeda, siendo el cuarto establecimiento con mayor recepción de mendigos en dicha campaña (Lorenzo, 2018).

Bajo estas bases, hay registro contemporáneo de centros psiquiátricos (públicos o privados) encerrando a pacientes por largos periodos de tiempo, bajo condiciones indignas o sin relaciones de consentimiento, como expone Reyes-Foster (2018) en su análisis de cómo los usuarios lidian con los servicios de un hospital público psiquiátrico en Yucatán o lo reporta Disability Rights International (2015) en su visita a establecimientos de dicho corte en Ciudad de México, Estado de México, Puebla y Oaxaca. Estos patrones no solo atañen al país, la oms incorpora estándares sobre respeto y conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos cuando busca observar y comparar el nivel de avance de las políticas de salud mental en sus Estados miembros. Pamplona analiza el encierro y la atención en los hospitales psiquiátricos en México desde la **violencia institucional**. Ésta la define como “el uso intencional del poder, infligido o permitido por las instituciones públicas del Estado, o instituciones privadas en la prestación de un servicio público, a individuos de grupos sociales vulnerables o en situaciones extraordinarias, que cause sufrimiento, viole los derechos humanos y provoque daños a la salud de esos individuos” (Pamplona 2006, pp. 244). Retomando la noción de estigma de Goffman, sugiere que las acciones relacionadas a salud mental se funden en conocimientos que no perpetúen el internamiento de personas, y así evitar el daño a las identidades y subjetividades de quienes solicitan y emplean servicios vinculados a la misma.

A nivel internacional, la construcción de formas idóneas, responsables y no estigmatizadoras en la atención de personas con problemas de salud mental se fue planteando de forma paulatina en el siglo XX. La tendencia fue la elaboración de apuestas que vayan a contracorriente de la idea de un hospital psiquiátrico como dispositivo primordial de respuesta. Un referente histórico conocido es la Ley Basaglia en la Italia de 1978, con su prohibición de nuevos hospitales de este tipo y, por ende, de internar pacientes, así como asentar servicios desde una lógica territorial y cercana a los ámbitos cotidianos del paciente.

En América Latina, la Declaración de Caracas en 1990 fue el compromiso firmado por los países miembros de la Organización Panamericana de Salud (OPS) para iniciar los esfuerzos de reforma y reestructuración de la atención psiquiátrica en la región, sobre la base del respeto a los derechos humanos y la promoción de los servicios comunitarios. Los ministerios de salud de la región adoptaron los principios de la Declaración en 1997 (OPS, 2001). Así, comienza a dársele cabida al **modelo comunitario**, donde la aspiración es que se proporcione atención de salud mental en el espacio donde la persona circunscribe sus formas cotidianas de vida, a través de centros o ámbitos adaptados de la escuela y el trabajo (atención comunitaria no formal), o mediante la propia estructura de los servicios públicos de salud, siempre en una lógica de cercanía y con el involucramiento de personas no especializadas como los promotores de salud de la localidad (OPS, 2009).

En el presente siglo, la OMS -y por extensión la OPS en América Latina- han sido los principales agentes propulsores y difusores de lineamientos y sistematización de conocimiento experto para que las naciones actúen de forma diligente y pronta en materia de SM. En una lectura de 20 años, su invocación por una correspondiente acción pública parte de reconocer la creciente carga de la enfermedad mental a nivel mundial y de la brecha crítica para su tratamiento (ver cuadro siguiente).

Resaltamos los datos por depresión y ansiedad dado su crecimiento generalizado y preponderancia. En el universo de personas con trastornos mentales, el 39% padece depresión y el 22% de ansiedad, siendo los dos principales diagnósticos en un espectro de condiciones mentales y conductuales variadas. El tercer lugar recae en la esquizofrenia, con 11.7% (OMS, 2022a).

Figura 1. Evolución en el tiempo de la prevalencia en el campo de la salud mental, efectos y brechas de tratamiento a nivel mundial, 2001-2020

Aumento de la prevalencia		Efectos	Brechas de tratamiento
25% de la población adulta pasaba por un trastorno mental en algún momento de la vida a inicios de siglo. Una persona de cada ocho lo vivía en el 2019.	150 millones de personas padecía de depresión en el 2001. 280 millones en el 2019.	Los trastornos mentales contribuyen a elevar la carga de morbilidad y mortalidad.	<ul style="list-style-type: none"> Recursos asignados a la salud mental considerablemente bajos, sin equidad. (2001). Gasto público de menos de 25 centavos de dólar en países de ingresos bajos (2011), mediana de 2% en la región de las Américas (2017). Porcentaje muy elevado de casos no tratados en la mayoría de trastornos mentales (2001). Casos psiquiátricos severos que no recibieron atención en los últimos 12 meses en países en vías de desarrollo: entre 76 a 85% (2007). Gestión ineficiente de recursos, concentración en los hospitales psiquiátricos (2011). Cambio paulatino hacia los servicios comunitarios en las Américas (2017).
Al 2019, los dos principales trastornos en la población mundial: ansiedad (31%), depresión (28.9).	Por un año de pandemia por COVID-19, los casos de trastornos de ansiedad crecieron en 26%, depresión severa en 28%	Al 2001, cuatro de los 10 trastornos que generaban más años con discapacidad estaban relacionados con salud mental. En 2017 los trastornos depresivos eran la principal causa de discapacidad en la región de las Américas. A nivel global eran la segunda causa en el 2019, mientras que los trastornos por ansiedad eran la sexta.	
Cerca de un millón de personas se suicidaba cada año (2001). 20 años después, hay 20 intentos de suicidio por uno exitoso. Una de las principales causas de muerte en personas jóvenes.			

Fuente: elaboración propia, con base en OMS (2001), (2011), (2022a); OPS (2001), (2007), (2018a), (2018b).

La depresión es “un síntoma anímico, aunque también puede ser un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas aunados al bajo estado de ánimo; los típicos síntomas acompañantes son insomnio, falta de apetito, pérdida de peso” (Serrano Barquín et. al, 2013). También pueden manifestarse otros signos conductuales “que afectan significativamente la capacidad del individuo de funcionar” (OMS, 2023a). A su vez, muchas personas con depresión también sufren de ansiedad (OMS, 2016), que puede predisponer al infarto de miocardio y a la diabetes (OMS, 2022b). Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, edición 10ª (CIE-10), comprende ciertos tipos, como el episodio leve, el moderado y el grave con o sin síntomas psicóticos (OPS, 1995). Por su parte, la CIE-11 (última versión, en proceso de adopción por parte de los Estados miembros de la OMS) incluye el trastorno mixto de depresión y ansiedad (OMS, 2023a).

Por lo demás, “los trastornos mentales influyen a menudo en otras enfermedades tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la infección por el VIH/sida, y se ven influidos por ellas, por lo que requieren servicios y medidas de movilización de recursos comunes” (OMS, 2022b, pp. 3). Por este dinamismo en la prevalencia y en la necesidad de atención, se alienta el enfoque de curso de vida en la generación de políticas y medidas de respuesta en torno a la SM (Patel *et al.*, 2018; OMS, 2022b). Este marco lo podemos definir como un “proceso articulado de cambios y experiencias que se extienden a lo largo de la vida”, con momentos, transiciones o eventos decisivos “que alteran la dirección del curso de vida” (SHCP, 2019, pp. 50). Se valora la agencia de las personas para construir sus vidas por decisiones propias, pero también se reconoce que actúan en un contexto histórico, social y geográfico determinado.

Entonces, la mirada por curso de vida incentiva un análisis secuencial e integrado de sus trayectorias, observando de modo concatenado “el recorrido de las vidas individuales, los espacios institucionales disponibles y las condiciones estructurales que enmarcan la participación de las personas como miembros de una sociedad” (SHCP, 2019, pp. 50). En el ámbito de la SM, nos permite apreciar la convergencia de los determinantes sociales con los de tipo biológico, que pueden ocasionar factores de riesgo y sintomatología por etapa de vida: déficit de atención y ansiedad en la infancia, adicción y trastornos del humor en la adolescencia, depresión y ansiedad en la adultez y en la tercera edad, lo que demanda de esfuerzos programáticos longitudinales y complementarios (Patel *et al.*, 2018).

Otro enfoque pertinente de análisis es el de género. La existencia de un sistema de dominación que asigna roles y relaciones, donde se jerarquizan comportamientos e interacciones en función de la polaridad masculino y femenino (Raguz, 2010), traen consigo procesos sociales en torno a los estereotipos, la desigualdad y la violencia de género. En los dos primeros, se asignan valores sociales, económicos y políticos bajo la premisa de que el hombre es la figura

de autoridad, que se materializan en roles adjudicados a las mujeres, como la obligatoriedad de la maternidad y el trabajo doméstico y de crianza no remunerado (Cepal, 2017). Por lo mismo, la materialización de la violencia se concentra en los hombres, y consecuentemente la violencia autoinflingida en su máxima expresión: el suicidio (Híjar Medina, 2006). El tercero refiere a las acciones dañinas contra una persona o un grupo humano en razón de su género; sea su identidad, roles o demás actitudes que se consideren contrarias a los límites impuestos como norma (Eby *et al.*, 1995), cuya expresión más extrema es el feminicidio o el asesinato intencional de niñas y mujeres por razón de género, y que generalmente significan el punto final de múltiples tipos de violencia infringidos contra la misma (ONU Mujeres, 2021).

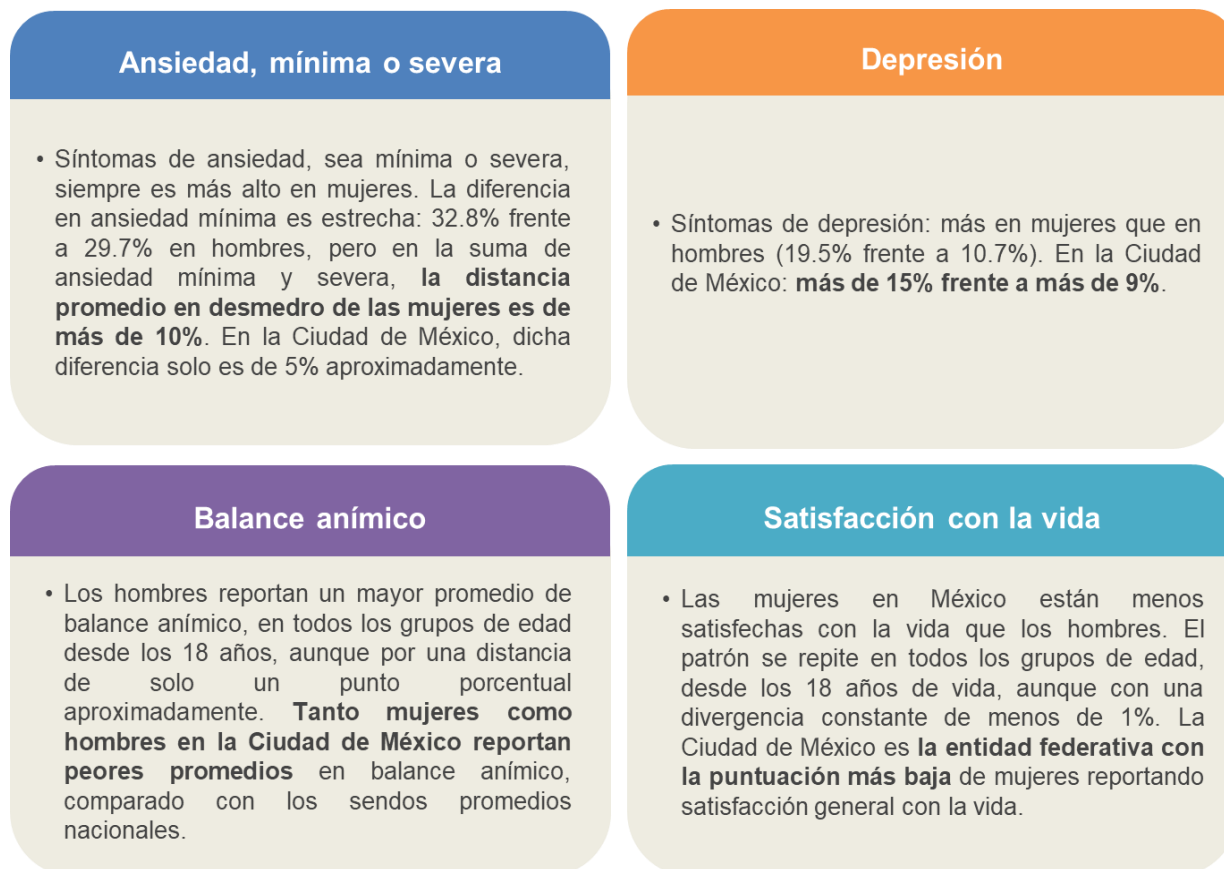
Dentro de las determinantes sociales, cuenta también la vivencia directa e indirecta de violencias y marginaciones, así como la amenaza latente de experimentarlas. En 2022 se reportaron, a nivel nacional, 858 feminicidios, 2,592 mujeres víctimas de homicidios dolosos y 3,513 de homicidios culposos; así como 25615 casos de violencia sexual (Hernández Gómez, 2022). México posee una de las tasas de feminicidios más altas del mundo, que en consecuencia deriva en una constante sensación de inseguridad (Castillejos, 2023). Si a ello añadimos las desapariciones, que llegaron a la cifra histórica agregada de 109,516 personas en 2022, y los homicidios asociados al narcotráfico (23,500 en 2022) (Infobae, 2022, 2023), la calidad de vida de la población está críticamente afectada y las personas viven en México bajo la condición estructural de inestabilidad emocional frente a la zozobra de su supervivencia, donde algunos grupos (niñas, mujeres) están más impedidos que otros de alcanzar su bienestar. Así, es crucial para políticas efectivas en salud pública suplir:

La carencia de un modelo adecuado para la comprensión del papel que juegan los determinantes sociales para favorecer la aparición de las enfermedades psiquiátricas (...), replantear con miradas nuevas la antigua pregunta sobre cómo y por qué se generan las circunstancias que dan lugar a estas inquietantes modalidades de funcionamiento psíquico que hoy etiquetamos como trastornos mentales (Martínez, 2014, pp. 51).

Las realidades relatadas pueden conllevar a problemáticas de salud mental. La proporción de mujeres con algún trastorno mental a nivel mundial es de 54.1% frente al de hombres de 45.9% (OMS, 2022a), mientras que la depresión es dos veces más frecuente en ellas (OPS, 2009). Asimismo, en cuanto existen “múltiples puntos de relación entre la salud mental y la salud reproductiva”, hay exposición de riesgos emocionales en circunstancias de vida como el embarazo, el puerperio, el aborto, la menopausia y la infertilidad (OPS, 2009), agravados de forma acumulativa por la desigualdad social. Como veremos en el capítulo 4, y luego en los resultados del trabajo de campo, las diferencias en prevalencias, condiciones adversas de vida,

bienestar subjetivo y atención efectiva de salud mental, por género, son sistemáticas en México, y particularmente, en la capital. Por ahora, tomemos solo como ejemplo los resultados de la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (Enbiare).

Figura 2. Indicadores seleccionados de Enbiare 2021, México y Ciudad de México



Fuente: elaboración propia, con datos de Inegi (2021).

Un fenómeno ligado al crecimiento presentado del desorden mental es la **adicción**. El 20% de la población mundial, afectado por un trastorno mental en el 2001, tenía trastornos relacionados con el consumo de alcohol o de drogas (OMS, 2001). Al 2007, había tantas personas con problemas de alcoholismo como con depresión mayor en América Latina y el Caribe, y el triple que las personas con ansiedad generalizada (OPS, 2007). El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) lo define como el “consumo frecuente de estupefacientes, a pesar de saber las consecuencias negativas que producen. Entre otras cosas, modifican el funcionamiento del cerebro y su estructura, provocando conductas peligrosas” (2022). Por lo mismo, no involucra únicamente una afectación psicológica, sino física. Según la OMS, la persona adicta experimenta “un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la

sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio” (OMS, 1994, pp. 13). En el mismo documento, la Organización aclara que el término adicción se ha empleado de modo ambiguo y que se prefiere el de **síndrome de dependencia** para referirse a los fenómenos que pueden darse tras el consumo sostenido de una sustancia y con diversos grados de severidad, el cual aparece en la 10ª edición de la CIE (OPS, 1995). En la misma Clasificación, los trastornos por abuso de sustancias son parte de la variedad de trastornos mentales, donde “pueden ser necesarias otras estrategias preventivas” (OMS, 2022b, pp. 1).

Las cifras que mostramos en la figura 1 no son precisas ya que la OMS ha realizado cálculos o se ha apoyado en documentación con información parcial y no exhaustiva por todos sus países miembros. Pero ayudan a reflejar tendencias. Al respecto, y más allá de las invocaciones del organismo internacional en las últimas dos décadas, los recursos siguen siendo insuficientes, y esto también implica a la región de las Américas (OMS 2018a; 2022). El gasto público principal en el continente está dedicado a los hospitales psiquiátricos, no a la salud mental comunitaria o a la atención ambulatoria, ya que absorbe más del 60% del presupuesto total, dando apertura a la oferta privada con altos precios. Por ejemplo, la mediana del número de camas para SM en hospitales generales por 100,000 habitantes era de 2.9, frente a la cifra de 16.7 para los establecimientos psiquiátricos en el año 2017 (OPS, 2018a).

Un elemento crítico de la brecha de tratamiento es la disponibilidad de recursos humanos. Al 2014, más del 45% de la población mundial vivía en un país con menos de un psiquiatra por cada 100,000 personas (OMS, 2014a). En las Américas, hay 1.39 de estos profesionales médicos por cada 100,000 personas, similar al promedio mundial (OPS, 2018a). En particular, en México, se contaba con 4,393 psiquiatras en el año 2016, es decir, 3.68 por cada 100,000 habitantes (Heinze, Chapa y Carmona-Huerta, 2016), número por debajo de la media mundial por países de 4.1 y en la comparación con otros estados de la región.

Cuadro 1. Tasa de psiquiatras y psicólogos por cada 100,000 habitantes, países seleccionados

País	Profesionales de psiquiatría ^{/1}	Profesionales de psicología ^{/2}
Argentina	21.7	286.3
Países OCDE	18.1	40.0
Uruguay	14.1	30.7
Cuba	9.1	30.9
Chile	7.0	5.3
Panamá	4.0	5.2

País	Profesionales de psiquiatría ¹	Profesionales de psicología ²
Costa Rica	3.9	135.2
México	3.7	5.9
Brasil	3.2	13.7
Colombia	1.8	128.3
Región de las Américas	1.4	5.4

Fuente: OCDE (2020b) y Heinze, Chapa y Carmona-Huerta (2016) para la columna de psiquiatras y OCDE y Banco Mundial (2023) para la columna respectiva de psicólogos. En ambos casos, con excepción de la última fila, cuyos valores corresponden a OPS (2018a). Nota: ^{1/} el corte de año por país es 2016 o último año disponible. Berenzon, et al., (2013) y OCDE (2020b) reportaban 1.6 y 0.2, respectivamente, para México, pero incluimos la tasa indicada por Heinze, Chapa y Carmona-Huerta (2016); ^{2/} el corte de año por país es 2020 o último año disponible.

Para el año 2019 había una ligera mayor disponibilidad de psiquiatras en México, se contaban con alrededor de 4,600, es decir, 3.85 por cada 100,000 habitantes, aunque no disponibles a lo largo del territorio nacional. De este conjunto, “1,400 trabajan en el servicio público [el 30%]; 60% de los especialistas se distribuye en Ciudad de México, Estado de México, Jalisco y Nuevo León. Sólo la alcaldía Benito Juárez de Ciudad de México concentra 20% del total” (Toche, 2019).

En el caso de los profesionales de psicología², de acuerdo con la tabla anterior, Argentina, Costa Rica y Colombia se ubican por larga distancia (286.3, 135.2 y 128.3, respectivamente) por encima de la tasa por 100,000 en los países de la OCDE (40.0). Cifras por debajo de esta última tasa, pero cercanas, aparecen en Cuba (30.9) y Uruguay (30.7). Así como en la columna de psiquiatras, la disposición de estos especialistas en México aparece rezagada, pese a un reconocible incremento frente a la tasa de 1.5 que identificaba en su momento Berenzon, *et al.* (2013). En ese sentido, no ha ocurrido aquí el despliegue acontecido en países como Costa Rica y Colombia, donde el alto número de psicólogos compensa en parte su bajo número de médicos psiquiatras.

Al cuarto trimestre de 2022, la remuneración promedio mensual de los profesionales de psicología en el país era de \$10,780, que marca una posición de desventaja frente a los ingresos

² Cabe mencionar que el indicador habla de psicólogos como mención general, no necesariamente se alude a psicólogos clínicos, donde cada país sigue su propia regulación en titulación y acreditaciones para ejercer como tal.

de otras disciplinas de la salud: enfermería (\$11,422) y medicina (\$17,673) (Plataforma Data México con cifras de la Enoe, 2022).

Ciertamente, nos falta más información sobre el accionar de la población mexicana que, aun teniendo la necesidad en SM, opta por no acudir a servicios de salud. La literatura documenta no solo problemas desde la oferta de los servicios, sino por cuestiones actitudinales o de comportamiento. En un estudio en Colombia sobre barreras de acceso, a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental, del total de las personas que refirieron que alguna vez en la vida tuvieron algún problema emocional, el 30% indicó que buscó atención relacionada con salud mental en los últimos 12 meses (González, *et al.*, 2016). Del restante 70% que no buscó servicio de ayuda, solo el 5% aludía a razones cuya responsabilidad recaía en la oferta: tiempos largos de espera para ser atendidos u obtener cita pronta, horarios no compatibles, desgaste por trámites con instituciones de salud, falta de cobertura en el seguro, o baja calidad del servicio. Por su parte, un mayoritario 65% deslizó razones más ligadas al comportamiento personal (demanda comportamental).

Cuadro 2. Barreras de acceso por demanda comportamental a servicios de salud mental para población que tuvo problemas emocionales alguna vez en la vida, Colombia, 2015

Motivos de no búsqueda de atención
Descuido
Pensó que no era necesario consultar
Le dio miedo que le dieran tratamiento
Le preocupó lo que diría la gente si lo vieran en tratamiento
No creyó que lo pudieran ayudar
No confiaba en los médicos o en quienes lo atenderían
No quiso ir
No tenía tiempo
No sabía dónde prestaban ese servicio
No sabía que tenía derecho a este servicio
No tenía dinero para pagar la atención

Fuente: elaboración propia con base en González, *et al.*, 2016

Algunos de estos motivos hacen referencia a factores socioeconómicos o de creencias estigmatizadoras sobre lo que involucra la atención de salud mental. Responder a estas inquietudes complejas, desde la salud pública y el desarrollo social, van más allá de lo que

puede hacer un solo programa desde el sector salud, requiere una estrategia multisectorial bajo un tenor de política.

En suma, la brecha de tratamiento contribuye a un círculo vicioso de deterioro de la salud mental en la población. La falta de acceso al tratamiento, la estigmatización, la eventual pérdida de recursos y oportunidades materiales y sociales conlleva a un mayor debilitamiento de la estabilidad física y emocional. Más incluso si reconocemos la existencia y persistencia de factores sociales y económicos estructurales que generan desigualdad (OMS, 2022a).

Para la construcción de su modelo de respuesta, el organismo internacional ha ido sugiriendo ciertas líneas de acción, plasmados en el Plan de Acción sobre Salud Mental (en lo que sigue Plan de Acción), que fue aprobado por los Estados Miembros. A la primera versión 2013-2020, le ha seguido un documento actualizado en indicadores y con un marco de cobertura temporal más amplio (2013-2030). El Plan de Acción tiene la finalidad de promover el bienestar mental a través del seguimiento del accionar de los Estados miembros, y actualmente lo hace con cuatro principales objetivos. Los listamos en la figura siguiente, junto con algunos atributos identificados en las metas. Más que enunciar las metas fijadas hacia el 2030 nos interesa rescatar algunas características que nos ayuden en la construcción de los criterios de evaluación (ver figura siguiente).

Cabe señalar que los objetivos, las metas y sus características proceden de una trayectoria y conocimiento acumulado del organismo proponiendo acción de gobierno a favor de la SM. Revisamos parte de esa trayectoria a continuación. El objetivo 1 se aboca a los aspectos políticos, programáticos y financieros. La OMS define **política de salud mental** como el documento o declaración oficial de gobierno que presenta un conjunto organizado de valores, principios, objetivos y áreas de acción en pro de mejorar la salud mental de una población (OMS, 2018). Lo diferencia de **plan de salud mental**, que es el planteamiento detallado de acción en la temática, acompañado de plazos y requerimientos de recursos (OMS, 2018). En ambos casos, “pueden ser independientes o integrarse en otras políticas o planes de salud general o discapacidad” (OMS, 2022b, pp. 17). Junto a la legislación especializada, son instrumentos relevantes para el organismo internacional, para que a nivel nacional los servicios de salud mental se puedan reestructurar, con protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas que tienen una afección o un trastorno mental.

Figura 3. Objetivos y características de las metas del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2030

Objetivos	Características por metas
Objetivo 1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental	<ul style="list-style-type: none"> 1.1. Políticas o planes de salud mental elaborados, actualizados, y alineados a los instrumentos internacionales de derechos humanos. 1.2. Leyes de salud mental elaboradas, actualizadas, alineadas a los instrumentos internacionales de derechos humanos.
Objetivo 2. Proporcionar servicios de asistencia social y de salud mental integrales, integrados y adaptables en entornos comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> 2.1. Aumento de la cobertura de servicios de salud mental. 2.2. Incremento en la disponibilidad de centros de salud mental comunitarios, que sean ambulatorios u hospitalarios. 2.3. Integración de la salud mental en la atención primaria, con variedad en los servicios.
Objetivo 3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental	<ul style="list-style-type: none"> 3.1. Funcionamiento de al menos dos programas multisectoriales de promoción y prevención de salud mental. 3.2. Disminución de la tasa de suicidios por cada 100,000 habitantes. 3.3. Sistema de preparación en salud mental y apoyo psicosocial para hacer frente a emergencias, disponible y en operación.
Objetivo 4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental	<ul style="list-style-type: none"> 4.1. Conjunto básico de indicadores medidos de forma periódica y sistemática. 4.2. Promoción de la investigación sobre la salud mental.

Fuente: OMS (2022b)

Los datos informan que más países cuentan con políticas de esta índole, a diferencia de 10 años atrás. El 60% de países contaban con una al 2011, aunque en la región de las Américas solo se localizaban en 18 de 32 (OMS, 2011). Para el grupo de naciones con planes de salud mental, el 82% lo habían aprobado o revisado en el 2005 o de forma posterior (en el continente americano el porcentaje fue de 71%). El 80% contaban con plazos de implementación, aunque solo 55% señalaba de forma clara la provisión de fondos para dicha implementación (OMS, 2011).

Para el año 2017, el número de países con políticas o planes había aumentado en el continente americano (82%), donde el 65% de este subconjunto lo habían actualizado en los últimos cinco

años (OMS, 2018). No obstante, la estipulación de recursos de implementación, a nivel económico o de recursos humanos, se mantenía en un porcentaje más bajo (55% en el promedio global, 52% en las Américas) (OMS, 2018).

Con todo, este ascenso programático es positivo, considerando la dificultad de elaborar políticas relacionadas, por la diversidad de conceptualizaciones sobre salud mental (vertiente psiquiátrica vs. psicológica, vertiente institucionalizada, comunitaria o privada), la falta de voluntad política que se conjuga con la fragmentación de los sistemas de salud en América Latina (o la voluntad política y reformista que choca con esa misma fragmentación), y la falta de apoyo social por la estigmatización que recae en las personas con TSM (Parales-Quenza, Urrego-Mendoza, Herazo-Acevedo, 2018).

El Plan de Acción específica que en un sistema federal el indicador relacionado de políticas o planes también puede cuantificar los documentos relacionados en los estados o provincias. Lo mismo ocurre para la meta en torno a la existencia de leyes de salud mental (OMS, 2022b), lo que nos da pie para considerarlo como criterio de análisis en nuestra evaluación integral.

El rezago en la redacción explícita de recursos financieros forma parte de la brecha de tratamiento. A lo ya indicado en la figura 1 (falta de inversión, concentración de gasto público en hospitales psiquiátricos), están las dificultades en la articulación de la información presupuestal. Así en América Latina y el Caribe, “no siempre se determina con claridad el presupuesto dedicado a la salud mental” (OPS, 2009). En el Plan de Acción se redacta que un medio de verificación para la meta mundial 1.1 (sobre los países elaborando o actualizando sus políticas o planes) es la evaluación del estado de la ejecución, que comprende no solo el seguimiento de indicadores, sino la valoración en la estimación y asignación de recursos financieros (OMS, 2022b). La aspiración es que en esta asignación cuente con un aumento presupuestal concreto para la salud mental, aunque a diferencia de lo que ocurre en la disponibilidad de políticas y legislación, hay velocidades distintas. En los últimos 20 años, se cuenta con una mayor apropiación programática de los países en torno al campo de la salud mental, pero el gasto público sigue siendo exiguo (OMS, 2022a).

El objetivo 2 retoma un principio prioritario para la OMS, a saber, el modelo comunitario, en particular para la meta 2.2. La proposición recurrente ha sido: los esquemas de atención de esta índole están avanzando en el mundo, y es la apuesta necesaria para desterrar el modelo hegemónico del hospital psiquiátrico, involucrando a las familias de los usuarios y la participación social (véase, por ejemplo, OPS, 2001). A la par, en pro de la eficacia y eficiencia, se requiere la complementariedad y disponibilidad oportuna de la atención primaria y

hospitalaria, con alternativas de servicios psiquiátricos e intervenciones psicosociales³, bajo un entorno multidisciplinario, más incluso considerando el avance técnico para la disposición de productos farmacéuticos (OMS, 2016).

Por atención primaria entendemos: asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y Gobierno puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo (Ley de Salud de la Ciudad de México, artículo 6, fracción X).

En esa dirección, la brecha de tratamiento y la posibilidad de una cobertura efectiva se supera con servicios integrales, integrados y adaptables. Integrales en cuanto se engrana la asistencia social con la atención de salud mental, ligada al abordaje por enfermedades específicas (como las no infecciosas y las no transmisibles), por grupo etario y bajo un enfoque de género. En suma, integrables y adaptables.

Esto demanda también de estrategias multisectoriales para la prevención y promoción de la salud mental, junto con líneas programáticas específicas para poblaciones con mayor riesgo de vulnerabilidad (mujeres, niños, adultos mayores), ámbitos del objetivo 3 del Plan de Acción. La promoción busca incidir sobre las condiciones individuales y sociales que permitan fomentar un bienestar integral, lo que requiere de mejorar las condiciones sociales y económicas generales. La prevención involucra una movilización de recursos para impedir, reducir o contener la aparición de trastornos mentales (OPS, 2009).

La meta 3.2 del Plan exhorta a revertir la tendencia global respecto al incremento de suicidios. La OMS define el suicidio como “un acto deliberado por el que un sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal” (2006), y es concebido desde una perspectiva compleja, en la cual intervienen y se combinan distintas causas y dimensiones dentro de la vida de las personas, que al relacionarse comienzan a generar serios problemas en la salud mental, orillando a situaciones extremas que terminan por solucionarse con una única solución: la muerte autoinfligida. Asimismo, el enfoque pertinente aquí no es solo la observación del acto final, sino del proceso conductual, que involucra la ideación y el intento (Borges, *et al.*, 2010), y teniendo esto presente, incluimos indicadores relacionados en el capítulo 4.

³ La intervención psicosocial emplea métodos psicológicos o sociales para el tratamiento y rehabilitación de un trastorno mental, o la reducción sustancial de un estrés o angustia psicosocial (OMS, 2011, pp. 48)

El Plan de Acción adiciona la consideración de un grupo vulnerable más en la actualización de sus metas. La meta 3.3 habla de la necesidad de disponer de un sistema de preparación en salud mental y apoyo psicosocial para hacer frente a emergencias y desastres, precisando que este tipo de servicios deberían ser elementos “integrales y transversales” en una respuesta de salud pública ante emergencias. Esto se liga con elementos ya comentados: la lógica multisectorial y los servicios integrales y complementarios, lo que nos lleva a presentar el reto de la gestión pública relacionada con la salud mental: los esfuerzos programáticos y de implementación son complejos y demandan de innovación, en un entorno político y presupuestario que no apuesta del todo a la atención de este problema público, sumado a un contexto institucional de desarticulación de los sistemas nacionales de salud, que es una de las características recurrentes en América Latina. En la siguiente sección, nos detenemos en las innovaciones emprendidas en algunos países de la región, principalmente sobre el modelo comunitario.

1.2. Modelos de atención y experiencias internacionales

En un contexto histórico, señalamos de forma breve las alternativas públicas para dejar atrás el hospital psiquiátrico como institución exclusiva de la salud mental, priorizando ejemplos y alternativas de intervención procedentes de América Latina.

1.2.1. Argentina

En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 fue promulgada en 2010 y reglamentada en 2013, siendo apoyada por la OPS y fruto del trabajo entre diversas áreas gubernamentales con la sociedad civil. Como tal, en consonancia con los aspectos promovidos por la OMS y su instancia en la región, su objetivo es “abordar a la salud mental a través de acciones que incluyen el fortalecimiento de los servicios de salud mental en el primer nivel de atención, la rectoría de salud mental, la inclusión social, la promoción y prevención, y la transformación de prácticas, entre otras” (OPS, 2021). Asimismo, la Ley parte de estas premisas: asegurar la salud mental de la ciudadanía es una expresión de sus derechos humanos, en especial del derecho a la protección de su salud y del goce de derechos de personas afectadas negativamente por la misma. Por ello, “la implementación de la ley requiere de un cambio en la forma de ver, pensar y abordar al padecimiento mental, es decir, de un cambio de paradigma en la concepción de Salud Mental” (Cáceres, Granja y Percovich, 2017, pp. 5), dialogando con lo que expusimos previamente sobre el encierro, la violencia institucional y la necesidad de recurrir a la doctrina de derechos humanos para el tratamiento mental.

Al contener dentro de la legislación la presunción de capacidad de toda la población, quienes requieran atención en servicios públicos de salud mental debe proveérseles información y tratamientos que respeten su autonomía y su toma de decisiones. De dicho modo, la Ley sostiene que “el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial” (Ley 26.657, Art. 9), donde el padecimiento mental es un estado mutable y, por lo tanto, que no es fundamento para la estigmatización de quienes lo sufren. La Ley y su implementación han priorizado la evaluación precisa y profesional de casos individuales como condición para la receta de medicamentos, donde “la primera opción terapéutica debe ser el acompañamiento y los cuidados especiales” (Cáceres, Granja y Percovich, 2017, pp. 38); así como toma a la internación como un recurso restrictivo extremo que se lleva a cabo “cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (Ley 26.657, Art. 14). Es decir, se establecen límites a la internación, más no su descarte.

La Ley está orientada hacia la ayuda dentro y fuera del sistema gubernamental de salud, valorizando la inserción en comunidad, la provisión de recursos materiales y oportunidades laborales como sistemas de apoyos necesarios una vez concluido el periodo de internación (Cáceres, Granja y Percovich, 2018). Frente a la contingencia sanitaria del Covid-19, el Ministerio de Salud de la Nación presentó el Plan Nacional de Salud Mental en el 2021, afirmando que ésta era una necesidad apremiante y compartida. La Ministra de Salud de Argentina, Carla Vizzotti, declaró que el plan, en línea con la Ley, es una herramienta “para poder transformar el sistema de atención de salud mental hacia un sistema en base comunitaria, promover la atención de la salud mental en el primer nivel de atención y asegurar la inclusión social de las personas con padecimiento mental en la comunidad” (OPS, 2021). Como vimos en el cuadro 1, Argentina es uno de los países que disponen de más psicólogos y psiquiatras en el mundo, y esto puede influir en el éxito de las estrategias involucradas en dicho plan.

1.2.3. Brasil

Brasil posee una experiencia particular, pues adoptó la Guía de Gestión Autónoma de la Medicación (GAME), cuyos orígenes se encuentran en Canadá en la década de los noventa, en respuesta a la patologización y medicalización de la salud mental. Ésta fue elaborada por movimientos sociales críticos de los mismos, conformados por académicos, usuarios y trabajadores de dichos servicios. De tal modo, “la GAME constituyó un posicionamiento estratégico en el área de la salud que aboga por la autonomía -individual y colectiva- y la participación activa de los usuarios” (Caron y Feuerwerker, 2019, pp. 16). La Guía fue traducida

posteriormente al portugués entre 2009 y 2014, mediante una asociación establecida entre Brasil y Canadá que se enfocó en producir “una versión de los contenidos adaptada culturalmente a la realidad social brasileña y a las necesidades sentidas por las personas usuarias de los servicios de salud mental en dicho contexto” (Serrano-Miguel, Silveira y Palombini, 2016, pp. 159). La Guía es un instrumento de reivindicación y de negociación entre quienes proveen y reciben atención de salud mental, reiterando su derecho al consentimiento informado y al conocimiento pleno.

La versión brasileña de la Guía se aplicó en los Centros de Atención Psicosocial, un servicio especializado en salud mental instituido en 1992 y que ofrece atención intermedia que se encuentra entre lo ambulatorio y la internación. A lo largo de diez años, la investigación y la implementación de la Guía conllevó a innovaciones en la atención, como prácticas de cuidado compartidas entre trabajadores, usuarios y académicos, en línea con la orientación comunitaria en la atención primaria (Caron y Feuerwerker, 2019). Así, se siguieron las prescripciones de generar espacios de conversación y de retroalimentación sobre la medicación sugerida, el recuento de historias específicas de vida que aporten para conducir el tratamiento y para la valoración de dichas experiencias. Por lo tanto, uno de los principios clave de la guía y de su aplicación en los centros de atención mencionados fue el empleo de un lenguaje común y libre de tecnicismos (Serrano-Miguel, Silveira y Palombini, 2016).

En línea con lo anterior, los grupos en los que se efectúa la GAME son de 10 a 15 personas, con uno o dos mediadores y con materiales de lectura que despierten reflexiones referidas a las preocupaciones de quienes participan en ellas. Como tal, la guía no propugna un modelo único sino una estrategia de espacios de expresión, y del respeto de la dignidad y derechos de los usuarios de estos servicios. Por lo mismo, el servicio en los centros de atención es una estrategia democrática y ciudadana, donde la participación multivocal es clave y cuyos resultados se deben a la cocreación y a la cogestión entre personal de salud y “pacientes” (Palombini y Barrio, 2021). Según Prado y Medeiros (2019), dicho personal identifica a los familiares como actores importantes y responsables de continuar el tratamiento fuera de la institución pública de salud, como un compromiso ético. No obstante, por lo general quienes se atienden en las unidades de atención son personas de menores recursos económicos y los familiares que los acompañan son mayormente mujeres, por lo que la promoción de una salud comunitaria se aproxima a convertirse en un trabajo de cuidado adicional, regido por relaciones de género y de clase social. Aun así, ésta es una experiencia latinoamericana que coloca al usuario como experto, y que posibilita la autonomía dentro de encuentros turbulentos y legitimadores que descartan la dependencia y la infantilización (Serrano-Miguel, Silveira y Palombini, 2016).

1.2.3. Cuba

Cuba es el caso más antiguo en la región donde se instituyeron medidas en salud fuera de la lógica del encierro y de la medicalización. Para empezar, la misma Revolución cubana fue un parteaguas en el abordaje de salud, pasando a la priorización de la atención de las personas dentro de sus colectividades. Esto tuvo como consecuencia que se formulara una psiquiatría social donde se considera que el sujeto es un producto social, donde la salud y la enfermedad mental están socialmente determinadas: “no puede concebirse la salud mental al margen de la sociedad” (Peña Galván *et. al*, 2007, pp. 3). Por lo mismo, los servicios y programas cubanos se caracterizaron cada vez más por estar volcados a lo colectivo y alejarse de lo únicamente individual: en la década de los sesenta se crean policlínicos integrales, que en 1975 se renombran como comunitarios. En 1984 aparecen las figuras de médico y enfermero de familia para llegar a la cobertura asistencial, y en 1995 se aprueba la Carta de La Habana. Ésta contiene “la Plataforma Programática para el desarrollo de alternativas de atención comunitaria que incluyen no solo el tratamiento y rehabilitación del enfermo en su medio, sino actividades destinadas a la promoción y prevención de salud (Peña Galván *et. al*, 2014, pp. 94).

Bajo el Subsistema de Salud Mental, desde 1996 se reorientó la psiquiatría hacia la atención primaria dentro del marco de los centros comunitarios de salud mental: éstos se encuentran en localidades para proveer atención, así como servicios de promoción y prevención de salud. Dicho encaminamiento pasó por admitir un modelo comunitario e intersectorial, colaborando con organizaciones locales y disminuyendo de paso el foco y los recursos a la hospitalización. Desde hace casi tres décadas, se reformuló la atención de salud mental para colocarla dentro del cuadro de salud integral, sin separarla; en consecuencia, en estos centros se ofrecen además exámenes de vista y dentales, y en los policlínicos referidos laboran enfermero, internista, pediatra, ginecólogo obstetra, estadístico y psicólogo bajo la dirección del médico de familia. Asimismo, se entiende a los familiares como “coterapeutas”, incidiendo en la rehabilitación y el cuidado de los pacientes (Corry, 2013).

Sobre el tratamiento de adicciones, se proponen esquemas grupales y/o individuales, cuyos abordajes pueden variar pues cada municipio tiene la posibilidad de adaptar sus servicios de salud mental. El consumo de tabaco y de alcohol es prevalente en el país, donde alrededor de los 20 años de edad se registra que 16% de la carga de trastornos mentales y neurológicos es por consumo de sustancias (OPS, 2020). Además, la historia de Cuba está fuertemente ligada a la producción de tabaco y ron, y la aceptación generalizada de su consumo es difícil de contrariar. A ello hay que sumar la complicación de obtener medicamentos patentados en Estados Unidos y la dificultad extendida de acceder a medicina. Con ello, el país ha optado por

desarrollo de medicamentos activos y la integración de medicina natural y tradicional, que incluye la homeopatía, la terapia floral, el tai chi, el yoga y la acupresión auricular (Corry, 2013).

Estos casos revelan la variedad de las trayectorias. Cuba asumió reformas en la década del 90, pero asentados en un modelo colectivo de la salud que ya tenía medidas de cuidados hacia la salud mental. En Brasil se radicalizan los preceptos de la oms referidos a la autonomía y voluntad de los pacientes en las decisiones de tratamiento mental, donde la aspiración es que la relación médico-paciente sea horizontal, en un marco de diálogo democrático. Mientras que Argentina ha puesto en marcha una ley y un plan estratégico en los últimos 12 años, insertándose en la oleada programática que expusimos en la sección I.1, en cuanto las políticas y planes nacionales de salud mental en el continente americano habían aumentado en los últimos años. Asimismo, en los tres ejemplos aparecen elementos recurrentes a nivel estratégico que van en línea con lo que ya señalamos: el respeto irrestricto a los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, la capacidad y agencia de quienes necesitan intervención psicosocial o psiquiátrica, la importancia del apoyo familiar y de la comunidad, así como la necesidad de una respuesta intersectorial e interdisciplinaria. Pasamos a ver el caso mexicano y sus retos particulares.

2. Antecedentes nacionales

2.1. Contexto federal 2018-2022

Las políticas de salud mental, así como la disposición de servicios relacionados de promoción, prevención y atención, no solo deben tener como población objetivo a las personas con TSM, sino que contribuyen a mejorar las condiciones para que la población en general pueda disfrutar del más alto nivel posible de salud. En ese sentido, hay una deuda histórica en México respecto a la población con problemáticas mentales: a partir de un enfoque psiquiátrico que se mantuvo como hegemónico, los hospitales psiquiátricos (HP) han sido cuestionados por las formas de prestación de servicios públicos de clínica y asilo, donde se ha causado sufrimiento en una dinámica de violencia institucional.

La búsqueda de la protección universal de salud tuvo un hito relevante en 1983 con el añadido constitucional del derecho a la protección de la salud de toda persona y la publicación de la ley reglamentaria en 1984, la Ley General de Salud (LGS). Ambos instrumentos legales fueron una respuesta a la realidad institucional de la segmentación de la sanidad, al disponer de un sistema público-privado y una seguridad social definida por la condición laboral.

Los antecedentes federales revisados, al año 2018, dieron cuenta de una baja vocación del sector salud para proponer indicadores de resultados a nivel de cambio en las personas con TSM leves, moderados o graves (reducción de tasas de morbilidad y mortalidad). En adición, encontramos una falta de consolidación del aspecto social en las políticas de salud mental, al menos hasta 2018. Por ejemplo, los programas sectoriales de desarrollo social, de 2007 y 2013, no hicieron alusión a algún componente que incluya la protección mental de las personas bajo vulnerabilidad social. Para una revisión en detalle, ver anexo 1.

De forma diagnóstica, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) mostró que casi tres personas de cada 10 mexicanos presentaron alguno de los 23 TSM que son listados en la CIE-10 alguna vez en su vida. El 13.9% lo expresó como síntoma en los últimos 12 meses. Adicionalmente, aparecían diferencias por género y se reportó una brecha de tratamiento marcada, en cuanto solo una persona de cada 10 recibió atención médica por TSM.

Figura 4. Indicadores de prevalencias de trastornos mentales, México, 2001-2002



Fuente: elaboración con base en Medina-Mora *et.al.* (2003)

A su vez, entre 2009 a 2011 se evaluó el sistema de salud mental en México, empleando el instrumento diseñado por la oms (Berenzon *et al.*, 2013), por encargo del Secretario de Salud y el Consejo Nacional de Salud. Se utilizaron indicadores que son relevantes e idóneos para el organismo internacional, conforme vimos en el capítulo 1, que se tradujeron en seis secciones del instrumento de recolección.

Cuadro 3. Secciones y aspectos de la evaluación al sistema de salud mental en México

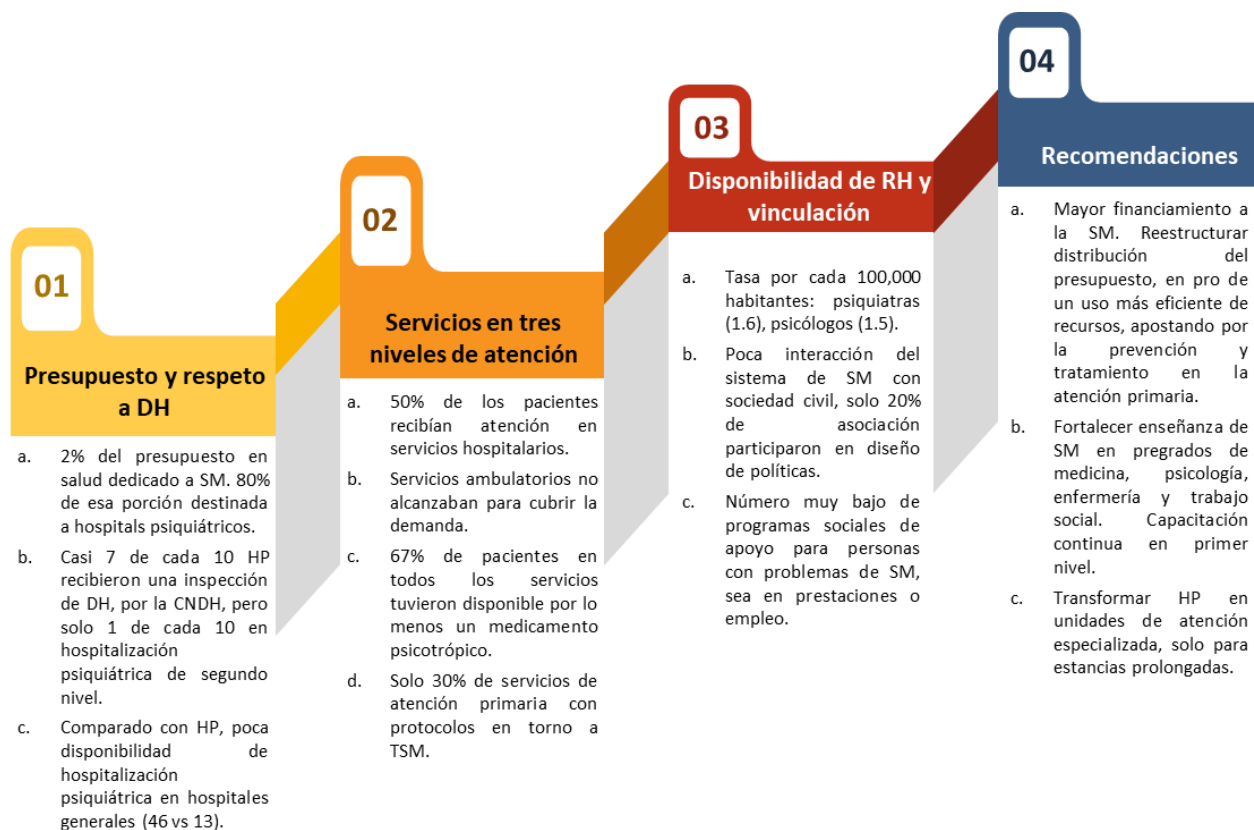
Secciones	Aspectos por sección
1. Política y marco legislativo	Disponibilidad de políticas, planes, leyes y presupuesto en torno a SM.
2. Servicios de salud mental	En tres niveles, en los planos de la atención ambulatoria y hospitalaria. Sobre la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos e intervenciones psicosociales
3. Salud mental en la atención primaria	Formación de médicos sobre SM, vinculación con los servicios de SM. Interacción con profesionales dedicados a las medicinas tradicionales.
4. Disponibilidad de recursos humanos especializados	Personal que trabaja en los servicios y procesos de formación.

5. Educación sanitaria y vínculo con otros sectores	Existencia de campañas educativas y sensibilización en SM. Vinculación con sectores educativo, laboral o judicial.
6. Monitoreo y evaluación	Cómo se recopila información en establecimientos de salud. La extensión de la investigación local en SM

Fuente: elaboración propia con base en Berenzon *et al.*, 2013

Se identificó que solo el 2% del presupuesto del sector salud se destinaba a la SM, y de esa porción, el 80% era dirigido a HP. Los servicios ambulatorios no alcanzaban para cubrir la demanda, y solo el 30% de servicios de atención primaria contaban con protocolos en torno a los TSM. Entre las recomendaciones, se invocaba a un mayor financiamiento a la SM, reestructurar la distribución del presupuesto y apostar de modo estratégico por la prevención y tratamiento en la atención primaria.

Figura 5. Hallazgos de la evaluación al sistema de salud mental en México



Fuente: elaboración propia con base en Berenzon *et al.*, 2013

Presentamos a continuación la posición programática del actual gobierno federal. Se está diferenciando de anteriores administraciones en cuanto propone una política nacional de salud mental y adicciones, que involucre no solo al sector salud, sino a entes del ámbito de bienestar. Asimismo, el Congreso de la Unión ha realizado una reforma amplia y significativa a la LGS, justamente en el apartado de SM. Caracterizamos estos giros ya que nos interesa contrastar y dar contexto a los avances de diseño de política a nivel de Ciudad de México.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 presentó una estructura de principios rectores y ejes para el logro de metas. El eje de política social plantea como objetivo que al 2024 la población de México esté viviendo en un entorno de bienestar. En términos de salud pública, dicho bienestar se traduce en garantizar que los habitantes reciban “atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos” (Presidencia de la República, 2019, pp. 45), enunciando a su vez la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (Insabi), como ente que asegure el acceso a servicios de salud a todas las personas no afiliadas al IMSS o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). No había mención explícita a la SM, pero sí a las adicciones, en cuanto se requiere una estrategia de prevención y tratamiento no prohibicionista, como respuesta desde la salud pública a los problemas de violencia e inseguridad que afronta el país.

No obstante, se declaró la extinción del Insabi en un decreto de reforma a la LGS, publicado el 29 de mayo de 2023, pasando sus atribuciones a IMSS-Bienestar, intervención federal administrada por el IMSS. Este programa se ha enfocado en ofrecer servicios de primer y segundo nivel de atención a la población sin afiliación a la seguridad social, siendo un referente de atención en localidades semiurbanas, rurales y con dispersión de población. Ahora, como organismo público descentralizado, comparte funciones con la Secretaría de Salud, desde un punto de vista operativo, en lo que respecta a la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social, en el marco del Sistema de Salud para el Bienestar. Es decir, el objetivo mencionado del PND, sobre el acceso universal para la población no derechohabiente, se canaliza ahora a través de la colaboración entre SSA e IMSS-Bienestar, en conjunto con las entidades federativas con quienes se suscriba acuerdos de colaboración. El convenio con Ciudad de México fue suscrito en junio de 2023 (IMSS, 2023).

En el anexo 2 se puede encontrar información adicional sobre otros instrumentos federales relevantes de planeación: el Programa Sectorial de Salud (Prosesa) 2020-2024 y el Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Mental y Adicciones 2020-2024 (SSA, 2022a). El primero propone una estrategia prioritaria basada en un modelo dual de respuesta en torno a las

problemáticas de SM y adicciones, aunque sin un sustento diagnóstico suficiente (solo se diagnostica respecto a las adicciones). Una debilidad de esta estrategia es que no cuenta con una Meta para el bienestar o indicador dentro del objetivo prioritario correspondiente⁴. Los indicadores en este objetivo se relacionan con otras estrategias y miden la razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, prevalencia de obesidad en niños, pero no hay una medición concluyente sobre la prevención del suicidio, la accesibilidad de los servicios de SM, el control de las adicciones o alguna otra mejora de salud mental en la población. Asimismo, el seguimiento a la estrategia se orienta hacia la prevención o atención de adicciones.

El detalle programático federal de la estrategia aparece en el segundo documento, con tres unidades responsables para su diseño e implementación: el Consejo Nacional de Salud Mental (Consame), Servicios de Atención Psiquiátrica y la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic). El objetivo del instrumento es presentar la política nacional en ambas materias, considerando que “el actual gobierno federal ha puesto a la salud mental y las adicciones en la agenda de la política pública” (SSA, 2020b, pp. 4).

Como brazos operativos de la política, el PAE habla de dos programas prioritarios: la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones y el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. Respecto al segundo, se asume la conducción de la política nacional en materia de prevención de la conducta suicida y del suicidio (misión), y se espera una política clara y homogénea en las 32 entidades federativas para reducir la tasa anual de suicidio (visión). Se señalan algunos componentes (vigilancia epidemiológica, intervención, capacitación e investigación) y actividades para el despliegue del programa.

Cabe mencionar que una de las acciones puntuales del objetivo 1 del PAE es “integrar en un solo organismo a las instituciones de salud mental y adicciones para la reorganización de los servicios” (acción puntual 1.1.2). A lo largo del documento, se enfatiza y justifica dicha aspiración, donde la esperada fusión de Consame, Conadic y Servicios de Atención Psiquiátrica en una nueva unidad administrativa dentro de la Subsecretaría de Salud Pública permita consolidar una única instancia rectora en la materia, que permita reestructura y ampliar los servicios de SM y adicciones (SSA, 2022a). Justamente, en 2019 se suscribió un convenio interinstitucional entre estas unidades, para la implementación de estrategias conjuntas en los tres niveles de atención médica. En este documento se alimentó la justificación de la fusión

⁴A diferencia de las pautas establecidas en la Ley de Planeación, los programas derivados del PND 2019-2024 (sean sectoriales, institucionales, regionales o especiales) incluyeron elementos propios de formulación, con una nomenclatura específica y siguiendo una estructura en cascada, según los lineamientos emitidos por SHCP (2019): objetivos prioritarios, estrategias prioritarias, acciones puntuales, metas o parámetros para el bienestar.

ya que se requiere de “coordinación conjunta para pasar de un modelo biomédico a un modelo de atención primaria de salud integral con un enfoque comunitario, y así garantizar el acceso de la población a servicios integrales”.

El cambio y fusión formal se plasmó en mayo de 2023, con el Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como un organismo administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, para hacer efectivo “el derecho a la prevención, control y atención de la salud mental y adicciones a la población mexicana, por medio de un modelo comunitario con enfoque de atención primaria a la salud integral con respeto a los derechos humanos, a la interculturalidad y a la perspectiva de género” (DOF, 29/05/2023).

A nivel de indicadores estratégicos del PAE (meta para el bienestar) aparece la intención de disminuir la tasa de mortalidad de suicidio. Apreciamos de forma positiva que se incluya un indicador de esta envergadura, ya que no aparecía en la planeación de la anterior administración. En ese sentido, se recupera el indicador 3.4.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (tasa de mortalidad por suicidio).

Antes de pasar a exponer sobre los cambios legislativos, retomamos el aspecto de diagnóstico. El diagnóstico operativo de Salud Mental y Adicciones, promovido por la SSA y con información integrada por Servicios de Atención Psiquiátrica, apunta a integrar y consolidar datos actualizados sobre los “principales componentes de operación” en los servicios de SM y adicciones para establecimientos que formen parte de la SSA y los Servicios Estatales de Salud (Sesa), destinados a brindar atención a población sin seguridad social. En esa dirección, en el documento se reconoce un vacío en el seguimiento sistemático de este tipo de información, donde el diagnóstico operativo es tomado como “un primer esfuerzo de esta naturaleza”, que contribuya al diseño y evaluación de políticas relacionadas, a nivel estatal y nacional (SSA, 2020b). Como pauta metodológica, se elaboraron fichas diagnósticas a ser entregadas por los niveles estatales, los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), los Centros Integrales de Salud Mental (Cisame) y los hospitales psiquiátricos. Asimismo, en la presentación de datos, las entidades federativas son agrupadas en cuatro, de acuerdo con lineamientos del Consejo Nacional de Salud. Ciudad de México se incluye en la categoría Región Centro, junto otros siete Estados. Respecto a la periodicidad en la actualización de información, el diagnóstico se ha replicado una vez, en el 2022, dos años después del primer ejercicio (SSA, 2022b).

En términos generales, en el diagnóstico se reconoce la baja oferta nacional de servicios de salud mental, y que es insuficiente e ineficaz la redistribución de recursos humanos.

Cuadro 4. Diagnóstico operativo de los servicios de salud mental para no derechohabientes en México, por aspecto específico, año 2020

Aspecto específico	Detalle	Observación
Prevalencia	<p>Con base en un estudio, se estima la magnitud en la prevalencia de trastornos mentales y adicciones: el 19.9% de la población nacional, si se toman en cuenta los trastornos leves, moderados y graves. Dentro de este conjunto, los casos graves llegan a casi el 5%.</p> <p>Se enumeran los principales tipos de casos: depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de pánico y obsesivo compulsivo. Se sostiene que la brecha de atención es de 80% aproximadamente.</p>	<p>Las afirmaciones sobre los tipos de caso más frecuentes y la brecha de atención se sustentan en un documento técnico del 2013, que recopila investigaciones relacionadas en la región.</p>
Unidades médicas	<p>No hay suficientes establecimientos en los servicios de salud de la SSA y los Sesa: los servicios de SM solo aparecen en el 2.8% de los centros de primer nivel de atención además de su ineficiente distribución (la mayor cantidad de consultorios médicos y de psicología en Cisame se concentran en la región centro).</p>	<p>El porcentaje de 2.8 solo contabiliza el número de CAPA y Cisame frente al total de establecimientos de primer nivel de atención médica en el país. No contabiliza los consultorios de SM dentro de centros de salud de atención general, disponibles en entidades como Ciudad de México.</p>
Recursos humanos	<p>Los servicios de SM solo disponen del 2.9% de los trabajadores de salud, 1.8% de los médicos especialistas y 6.5% de las enfermeras. No está adecuadamente distribuido por criterio geográfico y por tipo de profesional (más enfermeras o trabajadores sociales que el promedio en América Latina, frente a una respectiva menor proporción de psicólogos y psiquiatras).</p>	<p>Los porcentajes indicados solo contabilizan el número de recursos humanos en CAPA, Cisame y hospitales psiquiátricos frente al total del personal en establecimientos de la SSA y los Sesa. No se contabiliza al personal de psicología y psiquiatría que puede laborar en consultorios de centros de salud de atención general u hospitales generales.</p>
Oferta de servicios	<p>Del total de consultas externas otorgadas por el sector salud (SSA y los Sesa), solo el 1.4% está relacionado con salud mental y adicciones.</p> <p>Los principales centros de atención: los hospitales psiquiátricos, antes que los hospitales generales y los centros de primer nivel en salud mental.</p>	<p>El porcentaje indicado solo contabiliza el número de consultas externas en CAPA, Cisame y hospitales psiquiátricos frente al total de consultas externas en establecimientos de la SSA y los Sesa. No se contabilizan las consultas que se pueden dar en consultorios de centros de salud de atención general u hospitales generales.</p>

Fuente: SSA, 2020b

Una de las conclusiones del diagnóstico es que se ha mantenido el modelo basado en el hospital psiquiátrico. No obstante, como indicamos en la columna observaciones del cuadro anterior, aún falta exhaustividad en documentar la atención de SM a nivel de consulta externa no solo en establecimientos especializados como los CAPA o Cisame. Más adelante, en el capítulo 6 (sobre recursos de salud mental), buscamos esa precisión en la disponibilidad de servicios relacionados de la Sedesa.

La sección de recomendaciones del diagnóstico operativo resalta tanto la débil rectoría que ha existido en salud mental y adicciones, como su falta de priorización en la agenda política pública. El documento sugiere la fusión orgánica y operativa de los CAPA y Cisame, bajo un modelo integral de SM (redactado antes de la fusión concreta que ya mencionamos), la elaboración de un manual operativo estandarizado y el reconocimiento de la experiencia exitosa en entidades federativas. También exhorta la selección estratégica de centros de salud, hospitales generales y hospitales pediátricos, para implementar servicios de SM. No lo dice de forma explícita, pero en este punto también se podría aprovechar la experiencia de algunos servicios estatales, como los de Ciudad de México.

Otras dos recomendaciones relevantes: la necesidad de un incremento gradual del gasto e inversión (presupuesto) hacia la atención comunitaria dentro de la atención primaria de la salud, y el establecimiento de mecanismos de coordinación con las instituciones de seguridad social para la atención continua de personas con TSM y adicciones.

Como parte de lo acontecido en el periodo, también señalamos los giros legales y normativos. La LGS ha sufrido varios cambios no solo en el tema que nos ocupa, sino en las formas de protección para la población sin cobertura gratuita de servicios de salud. Enumeramos a continuación, de modo general y seleccionado, las modificaciones en el año 2019.

Sobre los servicios básicos, como parte del derecho a la protección de la salud, se realizaron mayores delimitaciones sobre lo que implica la atención médica integral (artículo 27, fracción III): ya se establecía que involucraba las dimensiones de prevención, curación, actividades paliativas y de rehabilitación, pero se añadía que “la atención médica integrada de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos, psíquicos y sociales de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta”. En esta adicción se incorpora la mención de la categoría determinantes, que no estaba antes en la LGS y constituye una actualización pertinente en línea con la literatura especializada sobre políticas de prevención y en particular sobre prevención en SM, si nos atenemos a lo sugerido en el

Informe Lancet: los esfuerzos de política deben ser holísticos, considerando la convergencia de los determinantes sociales y biológicos, y con un enfoque longitudinal de curso de vida.

Cabe mencionar que la promoción no solo se enmarcaría en la prevención, sino que también es un proceso autónomo que va por fuera de la atención médica, como se señalaba desde las disposiciones originales de la LGS, en el título séptimo, referido justamente a promoción de la salud. El artículo 110 señala que esta promoción es para crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población, y en el artículo 112 se delimita una de sus dimensiones: la educación para la salud. La fracción III habla de orientar y capacitar a la población en varios temas, incluido salud mental. Hubiera sido pertinente y consistente que la mención a los determinantes de la salud también se actualizara en este título de la ley, cosa que no ocurrió. De forma complementaria mencionamos que la SSA puede promover acciones de coordinación con otras dependencias y entidades de la administración pública federal para abordar conjuntamente los determinantes sociales de la salud, a partir de una fracción añadida en el artículo que enumera las atribuciones de la Secretaría (DOF, 30 de noviembre de 2018). En ese sentido, consideramos que este es un respaldo normativo a la confección de programas especiales de bienestar que incluyen estrategias compartidas de salud (mental), como vimos en páginas previas.

Dada la cantidad de adiciones y modificaciones sobre salud mental en la LGS (publicado en el DOF en mayo del 2022), es la reforma legislativa federal más importante en el tema. No solo por su extensión (el capítulo VII aumenta en número de palabras prácticamente al doble) sino por los énfasis priorizados: las características detalladas del consentimiento informado, como conformación expresa de una persona para la realización de un diagnóstico o tratamiento de salud; el reconocimiento explícito de que toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, y que la salud mental y la prevención de las adicciones tendrán carácter prioritario dentro de las políticas de salud.

De acuerdo con lo expuesto, desde un punto de vista institucional, programático y legal, hay una intención general de posicionar un modelo integral de atención primaria en el sistema de salud en esta administración. Esto trae consigo que la salud mental (y las adicciones) tenga ahora un abordaje prioritario, que no esté solo basado en los momentos curativos o de asistencia directa, sino en el campo de la prevención y la educación, vinculando de forma más estrecha a instituciones sociales. Existen algunas inconsistencias sobre la organización programática de esta reforma en SM y adicciones (ver anexo 2), y ciertamente no ha formado parte de esta revisión general los aspectos presupuestarios y operativos, para corroborar la congruencia de lo que se pretende cambiar en el sistema de salud. En todo caso, este apartado

nos va a ayudar a contextualizar algunas características actuales del sistema de salud mental en la ciudad para personas sin seguridad social.

2.2. Antecedentes en Ciudad de México

A partir de la incorporación de las jefaturas de gobierno, entre los años 1997 y 2018, las autoridades de la ciudad han tenido algunas expresiones de interés para promover y brindar atención a la cuestión de la salud mental de la población. Procedemos con una enumeración sucinta con base en la revisión de documentos oficiales de planeación y literatura relacionada. También incorporamos las innovaciones legales que fueron promovidas por la Asamblea Legislativa.

Primero, señalar un antecedente epidemiológico, y con base en una encuesta de hogares de 1995 (con primeros resultados publicados en 1999). La prevalencia de trastornos mentales en la ciudad era de 28.7%, siendo los predominantes los relacionados con el consumo de alcohol y los trastornos depresivos. Los desórdenes por abuso de sustancias eran más comunes en hombres y los trastornos psiquiátricos más frecuentes en mujeres. El número de casos con depresión mayor era dos veces más alto en mujeres que en hombres, y del total con ese trastorno, solo dos de cada cinco de los capitalinos acudían a consulta especializada. En el marco de la encuesta, la mitad de los niños y adolescentes, de los cuales se obtuvo información, tenía al menos un síntoma psiquiátrico, y solo el 13% de ese subconjunto accedía a ayuda especializada (60% con psicólogos, 28% con médicos generales, 9% con psiquiatras) (Caraveo, Colmenares y Saldívar, 1999, citado en Medina-Mora, 2003 y OMS, 2005; Caraveo, Colmenares y Martínez, 2002).

En la etapa de transición democrática, la Red de Servicios Comunitarios Integrados (Secoi) incluyó un esfuerzo orientado a la salud mental comunitaria. Se fue construyendo entre los años 1997 y 2000, a través de la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, donde:

“se buscó hilvanar una red social territorial para multiplicar y desarrollar modelos y esquemas de atención que fueran acordes a las características de cada barrio o colonia, para prevenir y atender los problemas psicosociales que se habían agudizado en las últimas décadas en nuestra ciudad (...) con el Secoi buscábamos reconstruir el tejido social tan severamente dañado, y crear espacios de esperanza tanto a nivel comunitario, como familiar e individual. (Ordaz, 2007, s/p).

No en vano el documento marco de la Política Social del Gobierno de ese entonces, tenía como una de sus vertientes de trabajo: “Desarrollo de programas de prevención, con énfasis en el

apoyo familiar, redes sociales y salud mental comunitaria”. En general, dicha administración concebía como uno de los principales problemas públicos el detrimento de los servicios públicos (López, Medina y Blanco, 2011). En ese contexto, el Secoi fue un instrumento para la oferta de espacios que promovieran el contacto social, con enfoque preventivo y de construcción de ciudadanía (Ordaz, 2007). Operó en las zonas más precarizadas de la ciudad: “Para 1997 se tenía el registro de 877 AGEB con marginación muy alta, alta y media, lo que equivalía a 3.7 millones de habitantes” (Ordaz, 2007, s/p), lo que llevó luego a ser apreciado más como una experiencia local, que se dio principalmente en las delegaciones de Iztapalapa y Coyoacán (Cardozo, Mundo y Yanes, 2012).

El Secoi estaba estructurado en tres niveles: contacto, atención básica y atención especializada. En el primero, funcionaba el Programa de Educación para la Salud Familiar, con educadoras de la salud y trabajadoras sociales que realizaron visitas domiciliarias para identificar “problemáticas psicosociales como alcoholismo, violencia familiar, discapacidad, abandono, depresión” (Ordaz, 2007, s/p) y así elaborar diagnósticos situacionales por familia. Hubo un esquema de continuidad en las visitas, priorizando a “los hogares más marginados” y para cuando se detectaban problemas psicosociales, hubo derivaciones hacia los otros dos niveles de la red. Las visitas se realizaron entre finales de 1998 a inicios del 2000 a más de 600,000 hogares, involucrando hasta más de 3,000 personas trabajando para el programa.

El nivel de atención básica disponía de modelos para los servicios de salud mental comunitaria, deporte y recreación, y cultura y educación. Se formaron equipos especializados para cada tipo de servicios (se planteó un proceso continuo de formación de facilitadores y promotores comunitarios captando a representantes de organizaciones sociales locales) y éstos eran ofrecidos dentro de la infraestructura social pública de las 16 Delegaciones, recuperándose incluso espacios públicos que estaban siendo usufructuados por intereses privados (Canto, 2020). El primer modelo comprendía:

“... técnicas y orientación para la solución y prevención de conflictos sociales, así como para mejorar la convivencia intrafamiliar, intergeneracional y comunitaria, promoviendo la comunicación y solidaridad entre las personas. El enfoque se dirigió más hacia la colectividad que al individuo, ya que los problemas de afecto, depresión, soledad, pérdida de autoestima y angustia, entre otros, derivan por lo general de situaciones de conflicto familiar y social, y pueden enfrentarse mejor en forma grupal con personas afectadas por problemáticas similares” (Ordaz, 2007, s/p)

Los modelos eran formulados en la entonces Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal (Sedeso), que estaba abierta a recibir aporte sistematizado de organizaciones sociales.

También capacitaban al personal promotor comunitario y evaluaban los resultados. Quienes decidían qué modelos y servicios adaptar localmente eran las 16 Delegaciones. En general, hubo problemas de coordinación entre la dirección general de la Secretaría, creada para velar por la red, y las áreas de desarrollo social de las delegaciones, esto en un contexto más amplio de instituciones recién emergiendo y que aún debían pasar por un proceso de consolidación y estabilidad en sus mecanismos (Ordaz, 2007; Cardozo, Mundo y Yanes, 2012), lo que nos hace inferir dificultades severas en la dinámica de decidir qué servicios instalar en los barrios. No tenemos mayor información sobre este aspecto de operación.

En el nivel de atención especializada se buscaba mejorar atención, instalaciones y realizar capacitación en 26 hospitales de la ciudad, centros toxicológicos e infraestructura de asistencia social. Esto con el fin de que los casos derivados de los dos primeros niveles (“personas que estaban en situación de crisis, exclusión, abandono o enfermedad, que necesitaban tratamiento fuera de sus hogares”), tuvieran una mejor calidad de atención. Ortiz (2007), que formó parte de la implementación del Secoi, habla de que la relación con la red de unidades médicas y centros de asistencia fue muy difícil “y pese a los avances el esfuerzo resultó insuficiente”. Nos faltan datos sobre cuáles eran los principales problemas con estas instituciones, pero se destaca la intención de política de ofrecer asistencia social y atención especializada en SM a personas en condición de precarización. De forma global, y resumiendo el conjunto de la estrategia, a la par que su contexto social, Fernández, Flores y Ruiz Velasco indican sobre el Secoi:

“Destaca la aparición de nuevas vulnerabilidades sociales, la necesidad de abordajes comunitarios y la insuficiencia de la atención psiquiátrica centrada en la enfermedad (...), intentaba promover la salud colectiva y los vínculos interinstitucionales (...). Sin embargo, a pesar de la voluntad política mostrada, los obstáculos presentados llevaron a la interrupción de la experiencia” (2017, pp. 126-127).

No hubo una evaluación a esta intervención, la administración entrante lo cerró de forma intempestiva (Canto, 2020) y por lo tanto hay una ausencia de información más detallada de su legado. Para Ortiz, “fue un acierto el incorporar los temas psicosociales y psicoemocionales de la población como un asunto de política pública de desarrollo social” (2007, s/p), y es relevante anotar que “la primera propuesta de izquierda en materia de desarrollo social en el DF” (Mundo, 2010, pp. 3) estuvo intrincadamente relacionada con prevenir y atender problemas de SM, lo que nos da un primer parámetro para comparar lo ocurrido en posteriores administraciones, principalmente en el periodo que ocupa a la evaluación, 2018-2022.

Pasando al siguiente gobierno, en el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal (PGD-DF) 2000-2006 no solo no hay alusión alguna a Secoi, sino que no aparecen menciones referidas a los términos salud mental o problemas psicosociales. La única vez que se menciona alguna referencia relacionada es en la temática de seguridad pública y justicia penal, sección modernización de reclusorios, cuando se habla de un próximo programa especial de fortalecimiento familiar y de prevención a la delincuencia:

“grupos de trabajadores sociales, psicólogos y maestros recorrerán las colonias más pobres de la ciudad y visitarán las casas detectando problemas de desempleo, desintegración familiar, alcoholismo y drogadicción. Se estará en contacto con los jóvenes y sus familias para otorgar becas y facilitarles el acceso al trabajo, a la educación, al deporte, a la recreación y la cultura” (PGD-DF 2000-2006, pp. 51).

Esta intervención iba a operar de un modo similar a una de las líneas de trabajo de Secoi, aunque sin mencionar a la red y encasillada como respuesta a un problema de seguridad ciudadana.

En el apartado de salud, y en pro de la universalidad de servicios, aparte de enunciar que “se construirán gradualmente centros de salud y hospitales en las zonas donde vive la gente más pobre” (pp.134), se apostó por el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos. Creado en 2001, dicho programa apuntó a garantizar la universalidad en el derecho a la protección de la salud para la población residente en la ciudad que no contaba con seguridad social laboral, sin exigencias o condiciones adicionales.

Para ese entonces, como vimos, ya existía evidencia sobre la brecha de tratamiento en SM que existía en la ciudad, y que era más amplia para el caso de niñas, niños y adolescentes. En el marco de las revisiones y reflexiones sobre las políticas encauzadas en este periodo, la misma Sedeso reconocía que la SM al 2006 no había “adquirido el rango que merece en la formulación de las políticas sociales”, dado el rezago existente en la ciudad para atender “el conjunto de psico-patologías que nos invaden”, y que ameritan intervenciones gubernamentales “dentro de una política social a favor de la integración y la cohesión social” (Sedeso, 2006, pp. 244-245).

En esa dirección, la SM tiene una mayor visibilidad en los documentos programáticos del periodo 2007-2012. El PGD-DF 2007-2012 contaba con la siguiente línea de política en el campo de la salud: “se avanzará hacia la construcción de un sistema de atención en materia de salud mental”, a la par que se daba continuidad a “la disponibilidad de medicamentos gratuitos a la población sin seguridad social” (PGD-DF 2007-2012, pp. 34-35). Mientras, el Programa de Desarrollo Social relacionado del mismo período tenía como objetivo general lograr que la política social sea “universal, integral, transversal, participativa y territorializada que permita

avanzar en el goce efectivo de los derechos [...] para abatir la desigualdad [...]”. Tuvo dos objetivos específicos de nuestro interés:

Atender los temas emergentes de política social con alto impacto en la calidad de vida familiar y comunitaria, como lo son las adicciones y la salud mental;

Fortalecer, desde una perspectiva de derechos e inclusión social, las políticas y programas de asistencia social dirigidas a las personas abandonadas, en situación de calle, con enfermedades terminales o con problemas de adicciones o padecimientos psiquiátricos (PDS-DF, 2007-2012).

Luego, en la línea programática 1, “Ejercicio de los derechos sociales, combate a la desigualdad y la pobreza”, se lista como parte de las principales acciones la construcción de un sistema de atención en materia de salud mental. No hay mayor elaboración de lo que comprende el término salud mental desde una perspectiva de diagnóstico, pero al formar parte de la línea 1 se infiere que los problemas relacionados con SM son también problemas de desigualdad y de pobreza. Visto así, la SM recupera presencia en una política social luego de la omisión programática del término 2000-2006, y además es un elemento diferenciador respecto al PDS federal 2007-2012, que no contenía nada significativo respecto al tema. No obstante, hay una incongruencia clara dado que las principales 50 metas de la política social, que aparece en el mismo PDS 2007-2012, no incluyen una meta específica sobre el mencionado sistema de salud mental.

La aspiración de un sistema de atención en SM es retomada por la entonces Secretaría de Salud del DF. Encontramos información histórica que data del primer trimestre del 2009⁵, donde se indica que la Dirección de Salud Mental y Adicciones “pondrá en marcha el Programa de Salud Mental que tiene como finalidad la prevención y promoción de la salud en sus diversos niveles de atención”, con servicios relacionados a implementarse en centros de salud y los hospitales materno infantil, bajo un enfoque “desde el inicio de la vida” (Secretaría de Salud del DF, 2009).

Dicho programa se formaliza con dos instrumentos legislativos. Primero, con la Ley de Salud del Distrito Federal (17 de septiembre de 2009), que luego fue abrogada y sustituida por la Ley de Salud de la Ciudad de México (9 de agosto de 2021). La norma de 2009 declaraba que “La prevención y atención de la salud mental tiene carácter prioritario y se basará en el conocimiento de los factores que la afectan, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales...” (artículo 90), en una

⁵La información fue identificada no a través de las actuales páginas web de la Sedesa, sino mediante el sistema de archivamiento de web.archive.org

redacción similar a lo que aparecía en la LGS. Asimismo, en un inciso del artículo 63, incorporado en el 2011, informaba que “El gobierno, en coordinación con las autoridades competentes, fomentará y apoyará [...] III. La creación de programas de atención médica a la salud mental, incluyendo, entre otros, programas especializados de apoyo psicológico para víctimas de violencia intrafamiliar y abuso infantil, de prevención de los problemas de salud pública relacionados con el acoso laboral y la violencia e intimidación en el ámbito escolar que incorpore la atención correspondiente a la víctima, agresor y observadores”, que permite inferir que la SM se estaba concibiendo como un esfuerzo transversal entre sectores de gobierno.

Segundo, la Ley de Salud Mental para el Distrito Federal (LSMDF) (23 de febrero de 2011) regula las bases para garantizar el acceso a los servicios de salud mental en la ciudad, con un enfoque de derechos humanos e incorporando la perspectiva de género. El derecho a la salud mental se define como el “derecho de toda persona al bienestar psíquico, identidad, dignidad, respeto y un tratamiento integral con el propósito de una óptima integración social, para lo cual el Gobierno tiene la obligación de planear, organizar, operar y supervisar el funcionamiento de los servicios a los que se refiere la presente Ley” (artículo 5, fracción IV). Luego se dice que este derecho es garantizado de modo obligado por “el gobierno, las dependencias e instituciones públicas, sociales y privadas, en el ámbito de sus respectivas competencias [...] mediante una política transversal, con respeto a los derechos humanos y con un enfoque de género” (artículo 3). Es decir, la garantía del derecho no solo compete al sector salud.

Más allá de los aspectos vinculados a SM, el sector salud local tenía ciertas características en ese entonces, que fue objeto de preocupación por parte del Evalúa CDMX, que en ese momento se llamaba Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal (Evalúa DF). El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos había reducido su importancia frente al Seguro Popular, perdiendo con ellos atributos de universalidad y garantía en el derecho a la protección de la salud, pues el segundo exigía condiciones de cumplimiento para que la población objetivo acceda a los beneficios de un paquete limitado de intervenciones médicas, considerando al ciudadano (sin seguridad social) como un mero consumidor de un seguro médico. Además, la política de salud mantenía un enfoque curativo, manteniendo una deuda concerniente a esquemas estratégicos de prevención para poblaciones que atravesaban condiciones particulares de vulnerabilidad, incluyendo desigualdades territoriales (López, Medina y Blanco, 2011; Cardozo, Mundo, Yanes, 2012).

De forma más puntual, por evaluaciones y estudios del Evalúa DF, se identificó en su momento que el PSNMMG no contemplaba estrategias específicas por grupos de edad, género o patologías relacionadas con la pobreza (desnutrición, infecciones respiratorias agudas,

diarreas, mortalidad materna). Además, se distinguió -en los años 2007 y 2008- un comportamiento errático en las estrategias de compras de medicamentos, lo que impactaba en el abasto oportuno y suficiente en la red de salud local (Evalúa DF, 2009). Asimismo, la evaluación a los servicios de salud materno-infantil del Gobierno del Distrito Federal (2006-2010) reconocía una buena calificación de dichos servicios de parte de las usuarias y de los prestadores, pero también una calidad afectada por la sobredemanda y las limitaciones en los recursos materiales, la sobrecarga de trabajo en el personal médico y auxiliar, y el abasto insuficiente y demorado de medicamentos (Iguñiz, *et al.*, 2011). Ecos de este tipo de hallazgos lo vamos a encontrar en los capítulos evaluativos del presente informe.

A diferencia del programa anterior, en el PGD-DF 2013-2018 no se añadió un objetivo que sea una respuesta a las problemáticas de la salud mental. Únicamente dentro de las líneas de acción se estableció la necesidad de “Diseñar y realizar acciones de atención y prevención de la salud mental de las mujeres”. Con esta única redacción anterior se enviaba un mensaje erróneo acerca del tema. Si bien la atención del problema de SM para las mujeres capitalinas era pertinente (como población que registra mayor frecuencia de trastornos depresivos frente a los hombres, por ejemplo), leyendo este PGD parecería que solo este grupo requería dicha atención, y no se contemplaba a otros grupos sociales o etarios, considerando, por ejemplo, la brecha de tratamiento en la niñez y adolescencia.

De forma concordante, no encontramos mención sobre SM en el Programa Sectorial de Desarrollo Social con Equidad e Inclusión 2013-2018. Solo dentro de las áreas de oportunidad en el tema “Discriminación y Derechos Humanos” se añadió la mención al acceso a los servicios de salud. Asimismo, es importante señalar que en la administración 2013-2018 se aprobó el Programa Sectorial de Salud (PSS-DF). Aquí, desde un punto de vista diagnóstico, se reconoce el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Como causas se hace énfasis al envejecimiento de la población, en conjunto con “la falta de actividad física, la nutrición inadecuada, la práctica de relaciones sexuales inseguras, el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas” (PSS-DF, pp. 13). Como parte de la enumeración de “efectos se agrupa a la adicción a drogas y alteraciones a la salud mental”. También se señala la prevalencia de obesidad en la población infantil y adolescente, por causas de “origen metabólico o psicológico” (PSS-DF, pp. 11).

Luego, para justificar las acciones de atención de salud por criterio de género, se cita un informe de la OMS y los propios resultados de la ENEP para referir la incidencia mayor de trastornos de ansiedad y depresión en mujeres. Asimismo, el documento hace la precisión que Sedesa atiende más problemas de salud pública que lo estipulado en el PGD-DF, y enumera una serie de programas, incluyendo el de salud mental. En efecto, el PSM ya estaba en

funcionamiento, aunque se opta por no incluir alguna acción prioritaria o meta relacionada en el documento, con intenciones de universalidad.

Lo que indican estos puntos resaltados del PSS-DF es el papel relegado que le fue otorgado tanto a la brecha de tratamiento existente como a las acciones propositivas en SM. Aparece como mención en la sección diagnóstica, pero solo para relacionarlo con las problemáticas de adicción y las afecciones en mujeres, no se intercepta con el primer objetivo 1 sobre atención de enfermedades crónicas-degenerativas, ni con el 4 (abordaje de adicciones), cuando guardan relación, mientras que solo aparece para atender a una población vulnerable específica y campo delimitado: mujeres, en el ámbito sexualidad y reproducción. Esto es un marco de programa débil en su papel garantista de derechos sociales universales y protección de la salud, priorizando la focalización en ciertas poblaciones.

Visto así, al menos en términos programáticos, en la administración 2013-2018 no se vio a la salud mental como un componente a ser abordado de manera prioritaria, como sí se infiere de los documentos de la gestión 2007-2012. La SM es un aspecto que deja de ser abordado en el PGD-DF y el PDS-DF, y en el PSS-DF solo es visto de una manera residual.

Con todo, en un examen a nivel de servicios, ha existido una infraestructura relevante, pero vinculada a problemáticas específicas: la contención de la violencia de género y del comportamiento suicida en la población joven. Respecto a lo segundo, el Instituto de la Juventud de la Ciudad (Injuve CDMX), en el marco de sus atribuciones como la instancia rectora de la política pública dirigida a las personas jóvenes, creó un modelo de política preventiva que terminó siendo conocido como el “Hospital de las Emociones”, y en la presente administración operó como un programa social (ver capítulo 5).

Cerramos este apartado con algunas recomendaciones identificadas en la literatura en los últimos 12 años, tanto para el plano nacional como el capitalino. En el campo de la política y legislación, se necesita de una política integrada de SM, con una vertiente de política o programa social y con lineamientos claros de garantía a los derechos humanos de los pacientes (Martell, 2016; Madrigal de León, 2016). Las reformas recientes en el nivel federal, expuestas con anterioridad, van en esa dirección. Esta necesidad de integración también se requiere en Ciudad de México (Berenzon, Saavedra y Galván, 2018). Respecto a la brecha presupuestal, Madrigal de León (2016) insiste en la necesidad de un incremento, en línea con lo ya expresado por Berenzon, *et al.* (2013). Esto involucra un uso más racional de los recursos, en pro de la cobertura universal para toda persona que tenga una necesidad de atención en salud mental, y de un modo integral, en los tres niveles de atención.

Yendo más en detalle sobre lo que ocurre en Ciudad de México en el primer nivel de atención, se citan dos estudios. La ventaja de estos hallazgos es que se basan en información cualitativa construida en dos momentos distintos del programa, 2014 y 2017.

Cuadro 5. Brechas identificadas en el primer nivel de atención de SM, Ciudad de México, 2014 y 2017

Dimensión	Brecha
1. Gobierno y coordinación	a. Autoridades no juzgan como prioritario la SM, ergo menos recursos dedicados.
	b. Decisiones verticales, más de una instancia que instruye acciones
	c. Interacción de múltiples programas, conlleva a un exceso en el llenado de información y formatos
	d. Comunicación insuficiente e inadecuada
2. Comunicación en líneas de subordinación	e. Decisiones verticales, comunicación insuficiente e inadecuada entre niveles administrativos
3. Calidad del servicio	f. En una encuesta como parte del estudio publicado en el 2018, 89% de los usuarios de los módulos de salud mental de los centros de salud (MSM) reportaron que la atención fue buena.
4. Accesibilidad económica	g. Ante ausencia de medicamentos gratuitos, dificultades de los usuarios por acceder a medicamentos psicotrópicos.
5. Difusión del servicio	h. En una encuesta como parte del estudio publicado en el 2018, 50% de los usuarios encuestados reportaron que desconocían de la existencia de los MSM en los centros de salud.

Fuente: elaboración propia con base en Saavedra, Berenzon y Galván, 2015; Berenzon, Saavedra y Galván, 2018.

En ese sentido, fortalecer la red primaria es una prioridad: comparativamente, la ciudad se posiciona mejor que otros estados, ya que cuenta con un esquema de programación de actividades de prevención, detección y atención psicológica y psiquiátrica (Madrigal de León, 2016), pero su programa para el nivel primario no ha obtenido los resultados esperados dado el presupuesto insuficiente, además que los profesionales de la salud manifiestan incomodidad por los recortes presupuestales que repercuten en la disponibilidad de recursos humanos y medicamentos (Berenzon, Saavedra y Galván, 2018). En ese contexto, un aspecto preocupante que resaltamos en el capítulo 6, para una adecuada política relacionada y diseño de servicios en la capital, es la persistencia de una baja disposición de fondos para la atención

primaria y preventiva de la salud mental, sujeto a los vaivenes de la inyección presupuestal federal.

De acuerdo con lo visto en este capítulo, la programación local en el recorrido 1997-2018 tuvo algunas intenciones y decisiones relevantes en la prevención y atención de salud mental, aunque sin la construcción de una política decisiva al respecto. En la parte legal, es un hito la publicación de la LSMDF, que dio pie a la operativización del PSM en el primer nivel de atención.

3. Metodología

La evaluación es “un proceso integral y sistemático que permite conocer, explicar y valorar el diseño, la formulación, la implementación, la operación, los resultados, e impacto” de las intervenciones de la Administración Pública y de las Alcaldías (Ley de Evaluación de la Ciudad de México, 2021, artículo 4). Respecto a la selección de la intervención o conjunto de intervenciones, seguimos a Guber en su delimitación de campo de investigación, que se descompone en las dimensiones espaciales, temporales y conceptuales del referente empírico (Guber, 2005). El punto de partida fue el estudio de las acciones gubernamentales en la ciudad que responden a la prevalencia de problemas de salud mental en los habitantes y residentes, incluyendo las acciones ligadas a superar su brecha de tratamiento (dimensión espacial), que hayan ocurrido entre los años 2018 y 2022 (temporal). La delimitación conceptual se basó en reconocer que el análisis tomó en cuenta una visión más compleja de salud que solo la antonimia a la enfermedad, donde ésta y “desorden” mental coexisten como categorías continuas y no excluyentes, como se argumentó en el capítulo 1.

A partir de aquí realizamos precisiones. El campo espacial fue bastante amplio, porque iba desde la definición de políticas y programas (articulados o no) de parte de las autoridades sanitarias o sociales, la confección de normas relacionadas, la coordinación operativa de los servicios públicos, la regulación de la actuación privada y profesional, hasta la interacción concreta de servidores con las personas interesadas o afectadas por temas o problemas de índole emocional, a través de pláticas de sensibilización, labores de promoción, dinámicas de detección o relaciones concretas mediadas por enfoques psiquiátricos o psicosociales. Por la gestión de recursos de esta evaluación nos atuvimos solo a las respuestas públicas del Sistema Público de Salud en la Ciudad de México para con las personas sin seguridad social y/o laboral, en conjunto con las respuestas programáticas que hayan aparecido por fuera y en coordinación con dicho sistema en cuestión.

En el primer grupo, los actores principales fueron Sedesa, SSPCDMX y las personas sin seguros de salud que acuden o se relacionan con los servicios preventivos y médicos ofrecidos por las instituciones en cuestión. Ahora bien, siguiendo la línea de las diversas recomendaciones de política pública en SM, que expusimos en el marco conceptual, la prioridad fue la observación en el nivel primario, que es el espacio que más requiere ensanchar su base de cobertura y disponibilidad de servicios en aras de prevenir y contener los TSM. El proceso puntual de análisis fue la atención en los módulos de salud mental de los centros de salud, la relación de los usuarios con los profesionales especialistas, aunque también pudimos mencionar las acciones de coordinación en torno a los procesos de promoción y prevención. En el vínculo del personal en el área de psicología y psiquiatría con los pacientes, no observamos las estrategias

psiquiátricas o psicosociales que se llevan a cabo, sino el diseño, operación y aseguramiento de la entrega del servicio, incluyendo la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos, bajo las atribuciones y funciones reguladas por la administración pública local.

El segundo fue un grupo más difuso y en ese sentido hay un carácter exploratorio para aportar con una identificación de actores que debieran formar parte de una política de salud mental en la ciudad, empresa que aún no se ha realizado en un sentido amplio y concreto. Para esto hacemos un mapeo de actores e incluimos una caracterización general, cuando se habla sobre rectoría de salud mental y adicciones (ver capítulo 5).

Con el campo temporal tomamos dos hitos de referencias, uno político-administrativo y otro a nivel de presiones en las condiciones sociales y sanitarias: el cambio en la Jefatura de Gobierno y los efectos de la pandemia por Covid-19. Si de por sí las nuevas medidas de salud pública y bienestar del gobierno entrante debían apuntar a la concreción de la universalidad de servicios, respondiendo de modo pertinente al perfil demográfico y epidemiológico de la población, el cambio de condiciones por la pandemia demandaba de modificaciones más rápidas, tanto estructurales como coyunturales. Este escenario ameritó indagar en qué ocurrió, porque puede ser una bisagra para terminar de reconocer la importancia de la SM, no solo en términos discursivos sino financieros, considerando la lentitud de los gobiernos en México, y a nivel global, de dar una respuesta urgente y prioritaria a la prevención y atención de los TSM.

La pretensión fue realizar una evaluación integral. La Real Academia Española define integral como lo “que comprende todos los elementos o aspectos de algo” (s.f., definición 1). Ese algo para nosotros es, uno, las acciones de atención del problema público ya señalado y, dos, los procesos involucrados para llevar a cabo las intervenciones: diseño, implementación e impacto de la política, programa o servicios de salud mental. La delimitación del segundo aspecto lo retomamos en la siguiente sección sobre los criterios de valoración. Por ahora nos centramos en el primero.

Las acciones de atención sean estratégicas u operacionales, no son unívocas, homogéneas o exclusivas de algún sector administrativo en particular, más allá de la rectoría de la Sedesa⁶. Podemos debatir la falta de una política y presupuestos comprensivos, pero las respuestas en la práctica ya atienden un problema en sus dimensiones de urgencia (siguiendo los casos citados, jóvenes con ideación suicida, mujeres sufriendo las repercusiones de haber sufrido

⁶ NUBE, como una consejería para la prevención de problemas emocionales en las personas jóvenes, operó como programa social en Injuve CDMX, las agencias del Ministerio Público ofrecen apoyo psicológico a víctimas de violencia de género, por citar dos ejemplos.

violencia de algún tipo), más allá de que sus distintas formas organizativas y de concepción conllevan a retos desde un punto de vista evaluativo.

En esa dirección, la integralidad se emparenta con la transversalidad, que es un concepto que ayuda a gestionar la complejidad al articular disciplinas y áreas donde se trabajan problemáticas en común, que responden a necesidades humanas multifacéticas y bajo una dinámica de cambio (Bedoya Correa, Gómez Acevedo y Ríos Galeano, 2018; Bustelo 2001).

En el contexto que nos ocupamos, la transversalidad forma parte de un compendio de exhortaciones de la literatura sobre cómo cerrar la brecha de tratamiento en SM, y aparecía también con frecuencia en el trabajo de campo que realizamos. “Somos transversales” resume una forma de mirar la atención del problema público de la SM, donde no basta que exista un programa, sino que tiene que ser transversal o, al menos, sus principios de abordaje estén presentes en otros ejes de la salud y en las políticas educativas y sociales. Esto demanda respuestas creativas para producir metodologías y canalizar perspectivas y contenidos, además de convencer e involucrar (Bedoya Correa, Gómez Acevedo y Ríos Galeano, 2018). Asimismo, en nuestro campo de análisis hay que considerar las limitaciones del enfoque biomédico y la necesidad de prevenir y atender los TSM bajo el paraguas de sus determinantes sociales y biológicos. Demanda de apertura en la comunicación y una vocación por la pluralidad, que es vital en las posibilidades de políticas en torno a la SM, porque el modelo comunitario habla de cercanía y de trazado de soluciones en conjunto con la comunidad y sus variantes (familia, barrio, vecindad).

En otras palabras, hablamos del ejercicio de la igualdad sustantiva, entendida ésta como un principio que permite la igualdad de hecho en las oportunidades, condiciones y resultados para con los grupos de atención prioritaria que enfrentan las dinámicas de la desigualdad estructural, que obstaculizan el pleno ejercicio de sus derechos⁷. Realizable en cuanto contemos con políticas equitativas, que aseguren un trato imparcial sin que haya relaciones materiales y simbólicas de poder (o determinantes sociales en la terminología de salud pública) que establezcan diferenciaciones de facto y/o impositivas, con el añadido de medidas de nivelación para los grupos en condición de desigualdad de modo histórico o reiterado.

⁷ Definición basada en la que aparece en las *Directrices para incorporar en la planeación para el desarrollo el enfoque de igualdad de género, interculturalidad, no discriminación e inclusión* (SHCP, 2019), con ajustes, ya que la definición planteada en esas directrices enfatiza a los grupos sociales discriminados. Se toma en cuenta también la definición de la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la Ciudad de México, aunque es menos descriptiva a la optada (“Es el acceso al mismo trato y oportunidades de todas las personas, para el reconocimiento, goce y ejercicio de sus derechos”, artículo 4, fracción XXVI).

Lo que nos vuelve al punto de justificar por qué priorizamos la investigación sobre el nivel primario de atención para no derechohabientes: se evalúa un ámbito de la atención que ha tenido los números menos favorables de gasto público (en comparación con la atención psiquiátrica especializada), no solo en México sino en el mundo, dirigida a un público objetivo que ha recibido el trato gubernamental menos favorable en sanidad desde una posición histórica: los cimientos de la universalidad se pensaron para los trabajadores del ámbito formal, la liberalización de los mercados amplió los principios de la subrogación y participación privada, y los servicios de salud mental han estado atravesados por cuestionamientos a la garantía de los derechos humanos de los pacientes.

Esto no quiere decir que no seamos integrales en mirar otros elementos de intervención, como la rectoría de salud mental de parte de la Sedesa y los servicios ambulatorios que también ofrece el segundo nivel de atención en la ciudad, pero los alcances y profundidad analítica fueron distintos, como veremos al señalar los criterios de evaluación. A su vez, no dejamos de considerar que la observación es sobre un sistema fragmentado, con otros subsistemas también ofreciendo servicios médicos de SM en la ciudad como territorio, incluyendo IMSS e ISSSTE. No fue nuestra intención realizar valoraciones en este sentido de integralidad, por lo intrincado que sería identificar y analizar acciones a distintas escalas, y que de por sí no guardan necesariamente una articulación formal, intencionada y estratégica como política pública, pero sí pudimos resaltar ciertas puntualizaciones comparativas, como presentamos en el capítulo 5.

El enfoque de la evaluación fue mixto. Por un lado, se realizó un análisis de estimaciones de prevalencias de problemas de salud mental, con el empleo de datos procedentes de encuestas nacionales y locales. Por otro, Evalúa CDMX diseñó un procedimiento que aliente el encuentro no solo con la literatura especializada sobre atención de salud mental en centros de salud de la ciudad, sino con los servidores públicos, profesionales de la SM y personas usuarias que se ocupan o acuden a los servicios relacionados, que ofrecen las mencionadas unidades médicas. Así, se identificaron experiencias y contextos particulares en torno a la atención clínica de salud mental en los centros de salud destinados a población que no cuenta con seguridad social, para identificar cómo se da la acción de gobierno, qué funciona, qué tensiones ocurren y qué condiciones propician el éxito terapéutico de las intervenciones, desde un punto de vista de políticas públicas, dentro del sistema de salud pública de la ciudad. Se explotó una de las fortalezas de los estudios cualitativos, en cuanto su capacidad para identificar procesos sociales que vinculan causas con efectos (Coneval, s.f.).

3.1. Dimensiones de análisis y criterios de evaluación

Realizamos una evaluación integral para observar varios procesos dentro de la oferta del servicio de salud mental en los centros de salud de la Sedesa. No usamos el término de política de SM en cuanto no hay una política propiamente dicha en la ciudad, que cumpla con elementos de coherencia, integralidad y efectividad, y que no sea solo asumido por el sector salud. Pero sí hay algunos elementos disponibles que serían la infraestructura base para una eventual política: una ley específica, un programa en el nivel de primer nivel de atención médica, servicios de consulta externa en la red de hospitales, indicadores que rinden cuentas ante el nivel federal, relaciones con el sector educación en dinámicas de prevención de la salud, población sin seguridad social que se beneficia de los servicios.

Por procesos en este contexto nos referimos a la cadena de acciones que se generan con la respuesta gubernamental al problema público, sea el análisis y definición del problema, la propuesta de atención, el estudio del contexto sobre el cual opera dicha propuesta, la coordinación de actores, la cobertura efectiva y calidad de los servicios, lo que en términos sencillos se agrupa en diagnóstico, diseño, procesos y resultados (Bustelo, 2001)

Hicimos una selección no exhaustiva de criterios con base en estos procesos, que nos permitió una gestión efectiva de los recursos que tuvimos disponibles para realizar la evaluación, pero respetando la prioridad de elementos de análisis que es de interés para el seguimiento internacional de los avances en la materia (en particular, las orientaciones de OMS, 2022b). Incluso vamos más allá de dichos elementos: el trabajo de campo y el análisis interpretativo no partieron con los criterios de evaluación ya definidos en su totalidad de antemano. Fuimos al campo con una base mínima de ellos, basada en la literatura citada en el capítulo 1, pero lo que se lista en el cuadro siguiente se alimentó también del intercambio de información que tuvimos en las visitas a los centros de salud y dependencias, es decir, con la percepción de diversos actores: psicólogos, psiquiatras, usuarios y mandos medios.

De forma concordante con el objetivo específico 2, buscamos obtener información sobre la manera actual de brindar servicios de atención en salud mental por parte de la Sedesa. En ese orden, para los fines de la evaluación y sus tiempos de desarrollo y conclusión, se consideró pertinente profundizar en el PSM de los SSPCDMX.

Cuadro 6. Criterios de evaluación

Criterios	Definición
Diseño	
1. Pertinencia	Grado en que los objetivos y el diseño de la intervención responden a las necesidades y prioridades de la población beneficiaria
2. Coherencia	La compatibilidad interna y externa de la intervención con otras acciones de gobierno, en un sector o institución.
Operación	
3. Disponibilidad	Existencia y suficiencia de recursos (infraestructura, personal, medicamentos, presupuesto) para hacer efectivo el servicio de atención médica.
4. Oportunidad	El acceso a los servicios de atención médica cuando se requieren y solicitan sin dilación de tiempo por razones administrativas, económicas, ni de disponibilidad de espacios, recursos.
5. Accesibilidad	Existencia o no de barreras económicas, geográficas, administrativas, culturales, ambientales y de cualquier naturaleza que impiden, limitan o restringen, el acceso a los servicios.
6. Eficacia	Grado en el que la intervención ha logrado, o se espera que logre sus objetivos y metas.
7. Eficiencia	Grado en el que la intervención produce, o es probable que produzca, resultados con el mínimo uso de recursos.
Resultados	
8. Cobertura	Población atendida sobre el total de la población potencial que tiene una necesidad de atención relacionada con salud mental.
9. Adherencia al tratamiento	Los usuarios siguen las indicaciones de los especialistas de la salud mental. Se gesta con una ética médica y/o profesional que promueve el intercambio horizontal y consentido de información e ideas acerca de las problemáticas de salud mental de los mismos usuarios.
10. Utilidad percibida	Los usuarios reconocen la utilidad del servicio público de salud mental en los centros de salud de la capital, superan una visión de estigmatización de las personas con TSM cuando es el caso, y/o se vuelven promotores de la SM en la práctica, en cuanto recomiendan el uso del servicio público a su entorno comunitario.

Fuente: elaboración propia, con base en literatura especializada, referida en el capítulo 1, e información del trabajo de campo realizado. Adicionalmente, se tomó en cuenta Evalúa DF (2011), OCDE (2021) y la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

En la práctica, la evaluación integral, aplicando todos los criterios señalados, es respecto a los servicios que ofrece el PSM. La Sedesa cuenta con otros programas que también ofrecen servicios de SM, pero en estos casos el análisis se restringió al criterio 2 de coherencia, ya que

en el trabajo de campo se reportaron problemas de coordinación ante la falta de una única unidad rectora sobre SM en la Secretaría (ver sección Rectoría de salud mental y adicciones en capítulo 5).

El cuadro anterior de criterios amerita comentarios. No se consideró directamente el criterio calidad del servicio, sino que sus atributos se consideran a lo largo de los criterios. Los componentes claves de la calidad son seis: eficacia, eficiencia, seguridad, atención centrada en el paciente, oportunidad y acceso (en opinión de Saturno Hernández, 2015), donde cinco de ellos, con excepción de seguridad, son considerados en el trabajo. Además, en la medida de que la calidad es cualitativa, se incorporan criterios que toman en consideración aspectos subjetivos de satisfacción, de parte del personal de los módulos de salud mental en centros de salud y el público usuario de los servicios, a través de los criterios de adherencia al tratamiento y utilidad percibida. Entendemos la adherencia como la medida en la cual el comportamiento del individuo atendido en un servicio de salud se corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica. Si hay adherencia continua en el periodo de tiempo indicado para continuar recibiendo atención médica, sirve para valorar la permanencia a tratamiento (OMS, 2003).

Respeto al empleo del término resultados: éste es una nomenclatura paraguas en la literatura de evaluación que puede referir al producto o servicio entregado como a los efectos atribuibles a dicha entrega. Dentro de estos efectos, hay diferenciaciones entre efecto directo e impacto. El primero apunta al “conjunto de resultados a corto y mediano plazo probables o logrados” (OCDE, 2002, pp. 28), mientras que el impacto agrupa “efectos de largo plazo positivos y negativos” (OCDE, 2002, pp. 24).

En nuestro caso, nos situamos en el campo de los efectos directos. Apuntamos a la construcción de información cualitativa que describa los procesos sociales que ocurren en el marco de la atención en salud mental, resaltando potenciales vínculos causales y/o contributivos relacionados con la intervención, a nivel del sujeto que pasó por estos servicios. Ciertamente, no podremos ser concluyentes en las inferencias de atribución a este nivel, dado que en el trabajo no se emplearon técnicas de análisis contrafactual, como la selección aleatoria de unidades de observación, o técnicas de corte psicosocial, pero sí apuntamos a una reducción de la incertidumbre sobre cómo los usuarios han conseguido condiciones de vida más cercanas al bienestar. En ese sentido, entregamos elementos informativos para una evaluación cualitativa de impacto, donde se pueda involucrar a grupos de control: personas con problemas de salud mental, sin seguridad social, y demás características similares (ej. pobreza), que no hayan pasado por los módulos en los centros de salud.

Para el recojo de información utilizamos estrategias como la etnografía (en las visitas a centros de salud), la muestra cualitativa (para la selección variada de informantes, siguiendo criterios analíticos y territoriales), la entrevista enfocada (31 en total) y lineamientos para el procesamiento y análisis de información de campo. El reporte y señalamiento de hallazgos a partir de las declaraciones de las personas entrevistadas aparecen en los capítulos evaluativos: cuando corresponda, procedemos a seleccionar y citar extractos, siempre con un código asignado a cada participante, por razones de confidencialidad.

Cuadro 7. Codificación de personas entrevistadas en torno a los servicios ofrecidos por el PSM

Código por categoría de actor	Actor identificado	Número de entrevistas
A	Coordinación central del Programa de Salud Mental y Adicciones	1
C	Coordinación del Programa de Salud Mental y Adicciones en jurisdicción sanitaria	2
D	Psicólogos que laboran en módulos del programa en centros de salud T-II y T-III	6
E	Psiquiatras que laboran en módulos del programa en centros de salud T-II y T-III	2
F	Pacientes atendidos en módulos del programa en centros de salud T-II y T-III	12

Fuente: elaboración propia

Asimismo, describimos y exponemos los hallazgos contrastando los comentarios de personal de salud mental y las personas usuarias, en pro de la triangulación. Por personas usuarias, nos referimos a quienes han acudido o acuden a dichos módulos, por un periodo de tiempo.

En suma, seguimos una serie de reglas y pautas en pro de la validez y rigurosidad de la evaluación. De esta forma nos aseguramos de hacer una investigación rigurosa (en cuanto se siguieron reglas de acción definidas para el trabajo de campo y de gabinete), con sustento (procedente del conocimiento acumulado y la pluralidad de actores protagonistas) y siguiendo pautas para contar con la mayor diversidad de casos en campo, practicando la triangulación, a nivel de métodos y fuentes, como sugiere Stake (1998). La exposición de estas estrategias, así como el tipo de fuente de información consultada, se puede revisar en el anexo 3.

4. Evolución del problema público relacionado con la salud mental en la Ciudad de México (2018-2022)

En este capítulo observamos particularidades contemporáneas en la Ciudad de México, en torno a la problemática de salud mental (periodo 2018-2022 principalmente).

Al hablar de prevalencia, exponemos estimaciones puntuales calculadas a partir del empleo de encuestas nacionales o locales. En función de la disponibilidad de datos, desagregamos por género, grupos de edad y alcaldías (o jurisdicciones sanitarias, en una lectura organizativa de los servicios de salud). En este último caso, para facilidad expositiva, podemos agrupar las demarcaciones por referencia espacial en cuatro categorías: zona central y norponiente, nororiente, poniente y zona sur y suroriente⁸. Tenemos presente que la primera y última categoría en realidad agrupan a dos bloques territoriales cada una, pero las presentamos de forma conjunta por sus compatibilidades (actuales e históricas) en función de las métricas del Índice de Desarrollo Social (IDS) de Evalúa CDMX.

Aquí hacemos una precisión. Durante la mayor parte del capítulo, salvo que indiquemos lo contrario, cuando hablamos sobre ansiedad, depresión o indicadores de bienestar subjetivo, nos referimos a los síntomas de forma inespecífica, que la población auto reporta en encuestas no especializadas en identificar trastornos mentales siguiendo criterios o estándares psiquiátricos, aunque pueden seguir algún tipo de instrumentación normalizada de signos, como es el caso de la sintomatología depresiva en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut). Nos resulta relevante incluir estos datos porque ofrecen tendencias y magnitudes que sí pueden ameritar una respuesta de política pública. Esto es debido a la falta de estadística nacional actualizada en salud mental, como exponemos más adelante.

La precisión adicional por hacer es respecto al campo de las adicciones. Reconociendo la comorbilidad del consumo no controlado de drogas con otros TSM, y el incremento de su mismo consumo a nivel país y a nivel Ciudad de México, de acuerdo con los registros de la Encuesta Nacional de Adicciones⁹, no añadimos exposición detallada sobre el tema en este

⁸ Las demarcaciones se organizan del siguiente modo: zona central y norponiente (Azcapotzalco, Benito Juárez, Coyoacán, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo), nororiente (Gustavo A. Madero, Iztacalco, Venustiano Carranza), poniente (Álvaro Obregón, Cuajimalpa, La Magdalena Contreras), Sur y suroriente (Iztapalapa, Milpa Alta, Tláhuac, Tlalpan, Xochimilco).

⁹ Mientras que 5% de la población nacional entre 12 y 65 años habían probado alguna droga alguna vez en su vida en 2002, esta proporción fue de 10.3% en 2016. Lo mismo sucedía en el caso del consumo de drogas ilegales, el registro pasó de 4.6% a 9.9% (con datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2017).

capítulo. Considerando que la atención de SM en el primer nivel de la Sedesa segmenta servicios por tipo de población con afección (población en general con malestares emocionales hacia los módulos de salud mental en centros de salud, población con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas hacia los CAPA) y que la evaluación se ocupó principalmente del primer servicio, optamos por hacer también un recorte de presentación de datos en este apartado.

Un primer indicador necesario es el número de personas que atraviesa alguna condición de salud mental. Desde una posición epidemiológica, representativa y con el uso de instrumentos de medición que respondan a taxonomías internacionales de enfermedades y riesgos de la salud, no hay información actualizada a nivel nacional. Contamos con la referencia de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, cuyo levantamiento de campo fue realizado hace más de 20 años. En concreto, se identificó que el 13.9% de la población nacional tuvo algún trastorno mental en los últimos 12 meses, mientras que en la categoría Áreas Metropolitanas (que incluía a Ciudad de México, Guadalajara y Nuevo León), la distribución tenía casi un idéntico alcance (13.5%) (Medina-Mora *et.al.*, 2003).

De forma previa, vimos que SSA ha realizado un diagnóstico operativo para un reconocimiento actual de los recursos que disponen para la atención de SM. El documento incluyó información sobre estimación de la prevalencia, donde se presentan cifras basadas en estudios que sistematizan datos epidemiológicos a nivel de América Latina y el Caribe. El cálculo es que 19.9% de la población en la región sufre alguna condición de SM, pero con diferencias en la severidad: leve (40.5%), moderada (33.9%) y grave (25.7%).

A partir de estos datos, la Secretaría de Salud federal construyó su población potencial¹⁰: “tomando en consideración la población total de México, se esperaría que 24.8 millones de personas presentaría algún trastorno mental del país al año” (SSA, 2020b, pp. 9). De igual modo, delimitó su población objetivo, que sería el 19.9% de la población nacional no derechohabiente de la seguridad social: 13.5 millones de personas.

Las cifras se asientan en proyecciones poblacionales al 2018, a partir del uso de los cubos dinámicos, basados en conteos del Consejo Nacional de Población, que ofrece el Sistema de información de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la SSA. En ese sentido,

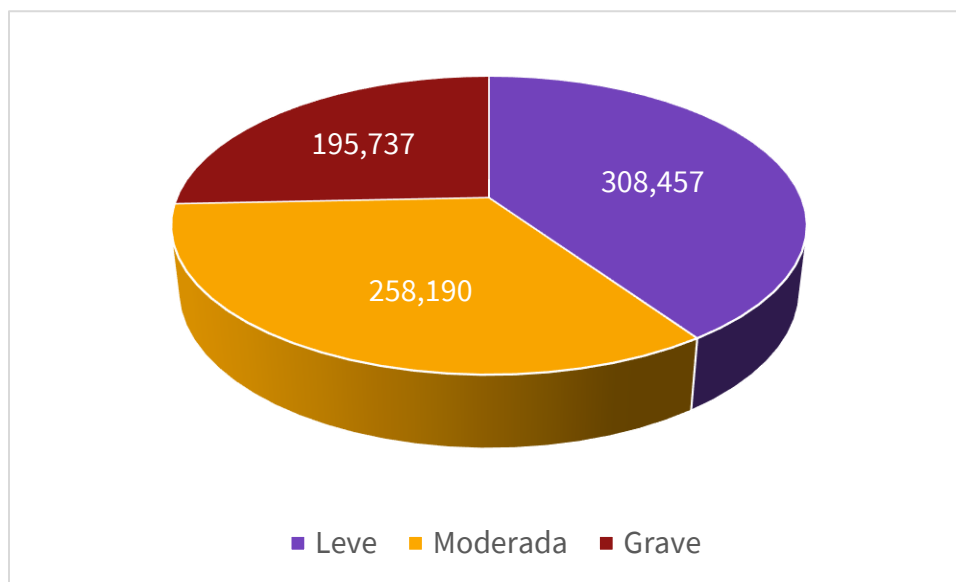
En el caso de Ciudad de México, el consumo de alcohol y tabaco registró una prevalencia de 37% y 29% en 2016, cifras superiores a la media nacional.

¹⁰ Cabe aclarar que el documento no usa de forma explícita los términos población potencial y población objetivo.

usando el mismo cálculo de 19.9%, identificamos que la población potencial en la capital fue de 1,748,840 habitantes.

Además, si casi cinco millones de capitalinos (56.4%) contaban con derechohabiencia en el año de la referencia, y más de 3.8 millones no tenían este tipo de acceso (43.6%), entonces 761,622 personas en la ciudad no disponían de algún tipo de seguro de salud para una respuesta médica o psicosocial de alguna condición mental acontecida en los últimos 12 meses. En una equivalencia por severidad, la figura siguiente muestra la distribución para personas sin seguridad social.

Figura 6. Distribución de los trastornos mentales según severidad para población sin seguridad social, Ciudad de México, 2018



Fuente: elaboración propia, con base en SSA (2020b)

Otra forma de apreciar subconjuntos de ese total de 19.9% en la ciudad es por tipo de prevalencia de TSM. De acuerdo con estudios epidemiológicos (referidos en SSA, 2020b), las tasas en México indican una mayor incidencia de depresión (5.3%), trastorno por consumo de alcohol (3.3%) y trastorno obsesivo compulsivo (2.5%). Si cuantificamos en números absolutos los respectivos porcentajes, podemos visualizar un estimado de personas en total y en el grupo de quienes no cuentan con algún tipo de seguridad social.

Cuadro 8. Prevalencia de los trastornos mentales, población total y sin seguridad social, Ciudad de México, 2018

TSM	Prevalencia (%)	Población sin derechohabiencia con al menos un TSM	Población total con al menos un TSM
Depresión	5.3	202,844	465,771
Otros trastornos	4.9	187,535	430,619
Trastorno por consumo de alcohol	3.3	126,299	290,009
Trastorno obsesivo compulsivo	2.5	95,681	219,704
Trastorno bipolar	1.0	38,272	87,881
Esquizofrenia	0.9	34,445	79,093
Trastorno por consumo de sustancias	0.9	34,445	79,093
Trastorno de pánico	0.8	30,618	70,305
Trastorno de estrés	0.3	11,482	26,364
Total	19.9	761,622	1,748,840

Fuente: elaboración propia con datos de SSA (2020b)

Estos datos nos dan una referencia inicial sobre las cuantificaciones prevalentes en la capital. No obstante, no somos categóricos en afirmar que la cifra de 761,622 es la población objetivo para los servicios de SM en la atención primaria. Hay que tomar en cuenta que estos servicios pueden recibir a residentes con seguridad social (más adelante hablamos sobre motivos de elección de unidades de salud), población procedente de la Zona Metropolitana del Valle de México, o personas que no necesariamente cumplen con los síntomas psiquiátricos de los trastornos en cuestión, acudiendo a los servicios por agobios coyunturales o buscando consejería. Por ende, el conjunto de personas que pueden acudir es más amplio. En el capítulo 9 presentamos un parámetro proxy adicional, para la estimación de la cobertura de los servicios de salud mental de la Sedesa, con el uso de promedios de estados anímicos positivos y negativos, en el marco de la Encuesta de Bienestar Objetivo y Subjetivo de la Ciudad de México (Encubos) 2019.

Revisando elementos de diagnóstico en documentos de planeación de la administración 2019-2024, el cuadro siguiente resume los problemas significativos de salud y salud mental¹¹.

Cuadro 9. Problemática de la población en torno a salud mental según Gobierno de la Ciudad de México, administración 2019-2024

Problemática de la población	Fuente
1. Envejecimiento poblacional, en particular en las zonas nororiente y central	Programa de gobierno 2019-2024
2. Tendencia ascendente en la mortalidad del grupo de personas en edad productiva (15 a 49 años)	Programa anual de trabajo 2019 de Sedesa
3. Estilos de vida poco saludables	Programa anual de trabajo 2019 de Sedesa
4. Coexistencia de patologías por enfermedades crónico-degenerativas y causas infecciosas.	Programa anual de trabajo 2019 de Sedesa
5. Lesiones autoinfligidas intencionalmente aparece como parte de las primeras 20 causas de mortalidad	Programa anual de trabajo 2019 de Sedesa
6. Prevalencia de depresión, trastornos de la conducta, y trastornos por consumo de alcohol y sustancias psicoactivas	Programa de gobierno 2019-2024 Programa anual de trabajo 2019 de Sedesa PSM 2019
7. Población en condición de vulnerabilidad y riesgos a la salud por patrones territoriales de desigualdad y segregación	Programa de gobierno 2019-2024
8. Más del 40% de la población capitalina sin seguridad social. El rango de edad de 15 a 29 años de edad es el grupo con mayor población sin derechohabiencia.	Programa anual de trabajo 2019 de Sedesa

Fuente: elaboración propia con base en Gobierno de la Ciudad de México (2019), Sedesa (2019), SSPCDMX (2019b).

Se observa que el gobierno entrante reconoció tendencias demográficas y condiciones sociales que pueden influir en la salud de la población. También resaltó la magnitud de los suicidios y la prevalencia de los trastornos mentales. Incluso este último punto tiene una mayor frecuencia de aparición en documentos. Por ejemplo, con base en el Índice de Desarrollo Social desarrollado por Evalúa CDMX al 2015, en el Programa de Gobierno 2019-2024 se reconocen diferencias territoriales a nivel de prevalencias: zonas suroriente y nororiente con carencias sociales y con “perfiles de morbilidad biológicos y psicosociales”, incluyendo

¹¹ Principales fuentes: Programa de Gobierno de la Ciudad de México 2019-2024 (Gobierno de la Ciudad de México, 2019), Programa Anual de Trabajo de la Secretaría de Salud 2019 (Sedesa, 2019), documento de planeación operativa del Programa de Salud Mental en el primer nivel de atención (SSPCDMX, 2019b).

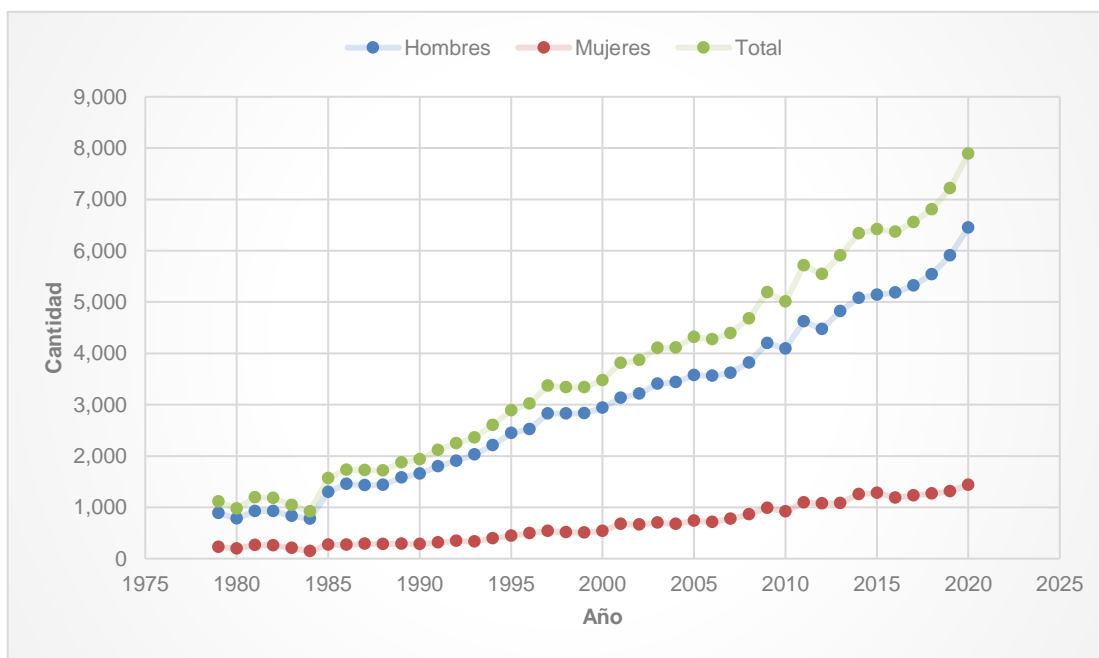
diagnósticos no solo de infecciones respiratorias e intestinales persistentes, sino de enfermedades como la depresión, las adicciones y una alta ocurrencia de lesiones accidentales e intencionales (Gobierno de la Ciudad de México, 2019, pp. 65).

Con esto presente, a continuación, hacemos una elaboración más detallada sobre ciertas condiciones de salud mental en la población capitalina.

4.1. Suicidios

Hay un ascenso de las lesiones autoinfligidas intencionalmente dentro de los cuadros de mortalidad en el país, con una predominancia masculina (ver cuadro siguiente). Borges *et al.* (2010) ya había mostrado esta tendencia histórica: entre 1970 a 2007 el suicidio aumentó 275%, observando tasas por 100,000 habitantes, e Inegi (2022) reportó que el valor absoluto creció tres veces entre 1994 y 2021.

Figura 7. Mortalidad por lesiones autoinfligidas a nivel nacional, años 1979-2020, total y por género

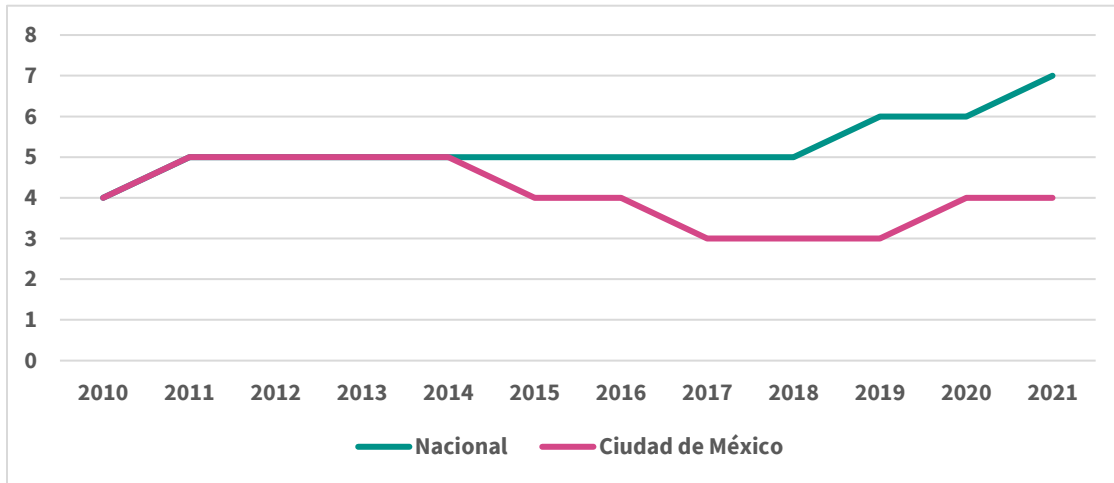


Fuente: elaboración propia con datos del Sistema de Información de la DGIS

Este ritmo incremental no es tan marcado para Ciudad de México, sino que se presenta como un vaivén variable. Más allá del relativo aumento en los primeros años de la década pasada, se observaba una disminución entre los años 2015 y 2019, por cada 100,000 habitantes. A partir

de 2020, hubo un nuevo crecimiento, aunque no comparable con la tasa nacional, que al 2021 subió casi el doble en comparación con el 2010.

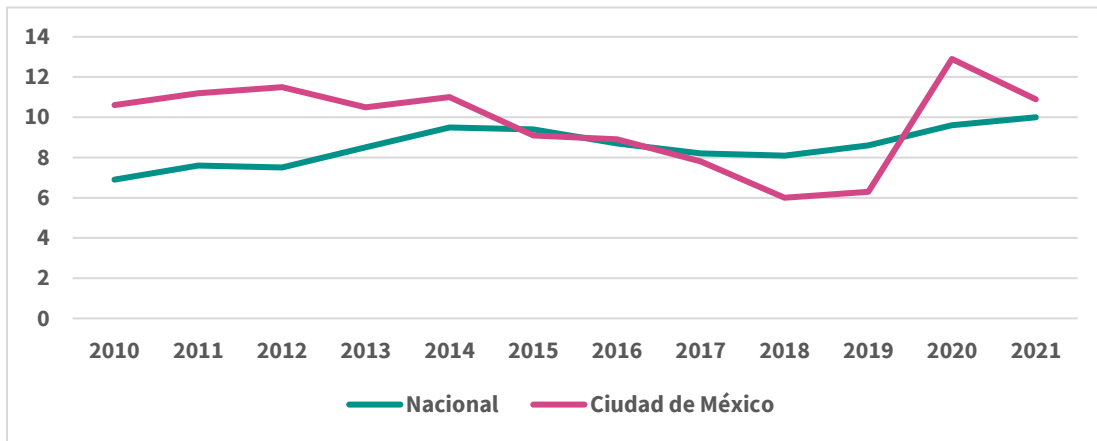
Figura 8. Tasa de suicidios por cada 100,000 habitantes, nacional y Ciudad de México, 2010-2021



Fuente: elaboración propia con datos del Catálogo Nacional de Indicadores del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

Por su parte, el porcentaje de muertes violentas en la ciudad era superior a la proporción nacional en los primeros años de la década pasada, pero la tendencia se revirtió entre 2015-2019. Luego, hubo un incremento importante en el 2020: se superó el porcentaje nacional (que fue de 9.6%) y se alcanzó un pico máximo en el rango de años 2010-2021 (12.9%). En el 2021 se retornó a valores de hace una década.

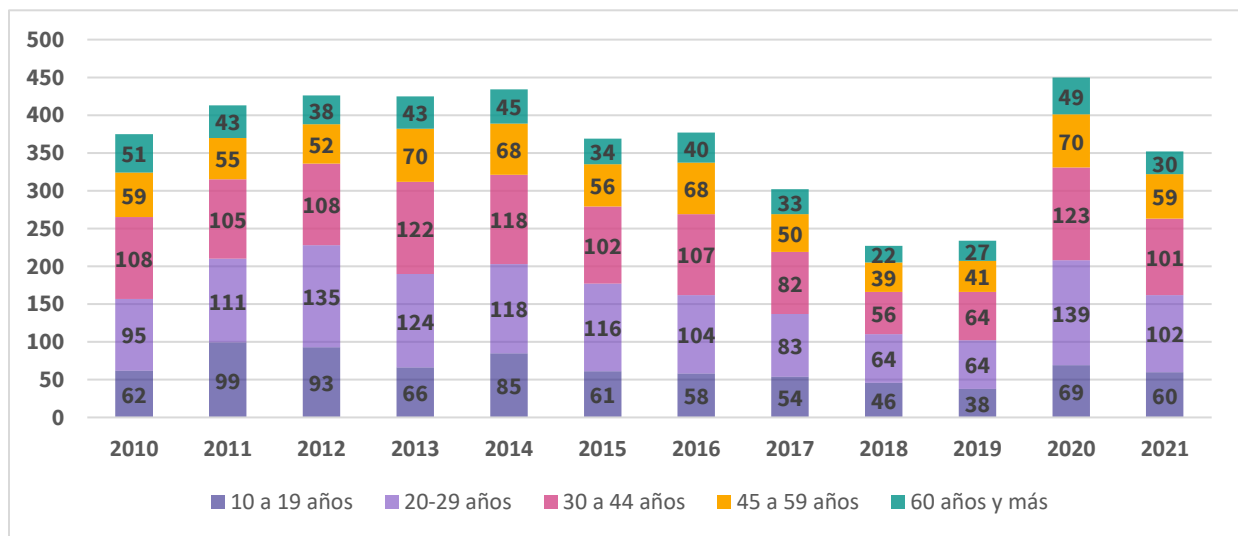
Figura 9. Mortalidad por lesiones autoinfligidas respecto al total de muertes violentas, nacional y Ciudad de México, 2010-2021, porcentajes



Fuente: elaboración propia con datos de Inegi. Estadísticas de defunciones registradas.

Desde una perspectiva de grupos de edad, el mayor número de suicidios recayó entre los 20 a 29 años, seguido por el rango de los 30 a 44, de modo similar al plano nacional, lo que demanda de una priorización de esta población en las estrategias de prevención al suicidio. Asimismo, el repunte ya citado del 2020 involucró los valores más altos en 10 años para los conjuntos etarios de 20 a 29, 30 a 44 y 45 a 59 años, así como el segundo más alto para el grupo de adultos mayores. De forma histórica, las franjas etarias con más incidencia en este tipo de lesiones fueron los hombres de 15 a 34 años y de 65 años a más (Borges *et al.*, 2010).

Figura 10. Mortalidad por lesiones autoinfligidas y por grupos de edad, Ciudad de México, 2010-2021

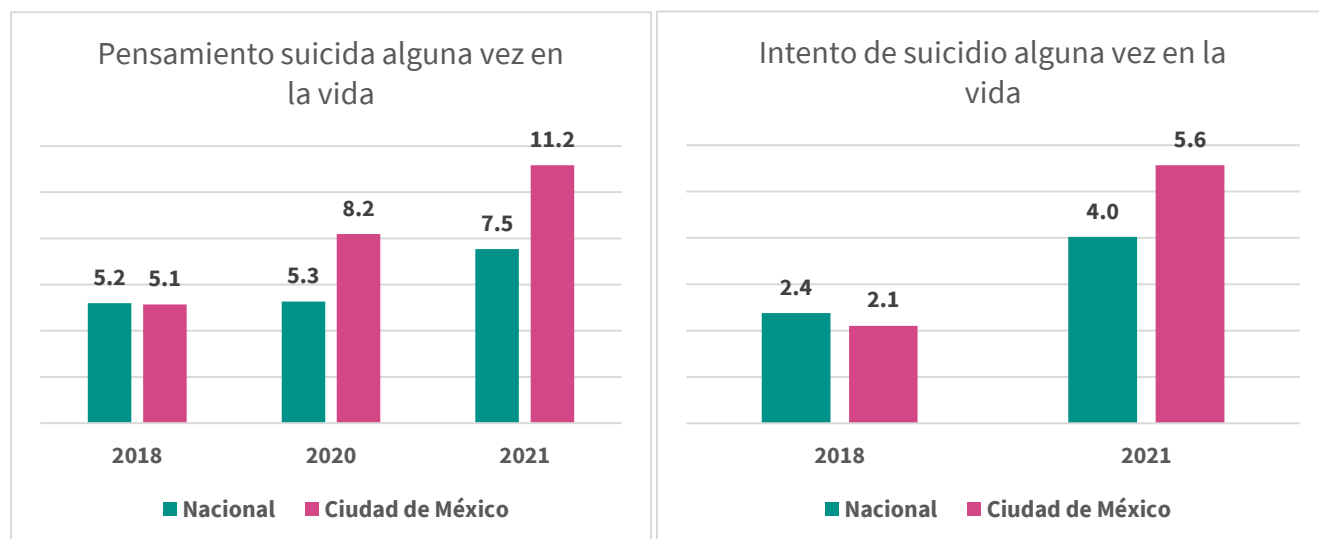


Fuente: elaboración propia con estadísticas de defunciones registradas de Inegi (2022).

El aumento de la magnitud del problema coincidió con el inicio y etapa de consolidación de la pandemia provocada por el virus SARS-COV-2. Ciudad de México recuperó números elevados de hace una década, siguiendo una tendencia consistente respecto a lo que ocurrió a nivel nacional e internacional. El impacto de los decesos abruptos, el distanciamiento social y la crisis económica por la pérdida de ingresos fueron factores de riesgo en el exacerbamiento de los suicidios y los intentos de suicidios (Farooq, et. al., 2021).

El contexto pandémico abrió una grieta preocupante no solo desde los decesos, sino desde un enfoque de comportamiento suicida. Para población mayor de 10 años de edad, las proporciones nacionales eran ligeramente superiores a las cifras capitalinas en 2018. Al 2021, los valores en la capital excedieron el promedio nacional.

Figura 11. Prevalencias de pensamiento suicida e intento de suicidio alguna vez en la vida, Ciudad de México, 2018, 2020 y 2021, porcentajes



Fuente: elaboración propia con datos de Ensanut 2018-2019, Ensanut Continua 2020 y Ensanut Continua 2021

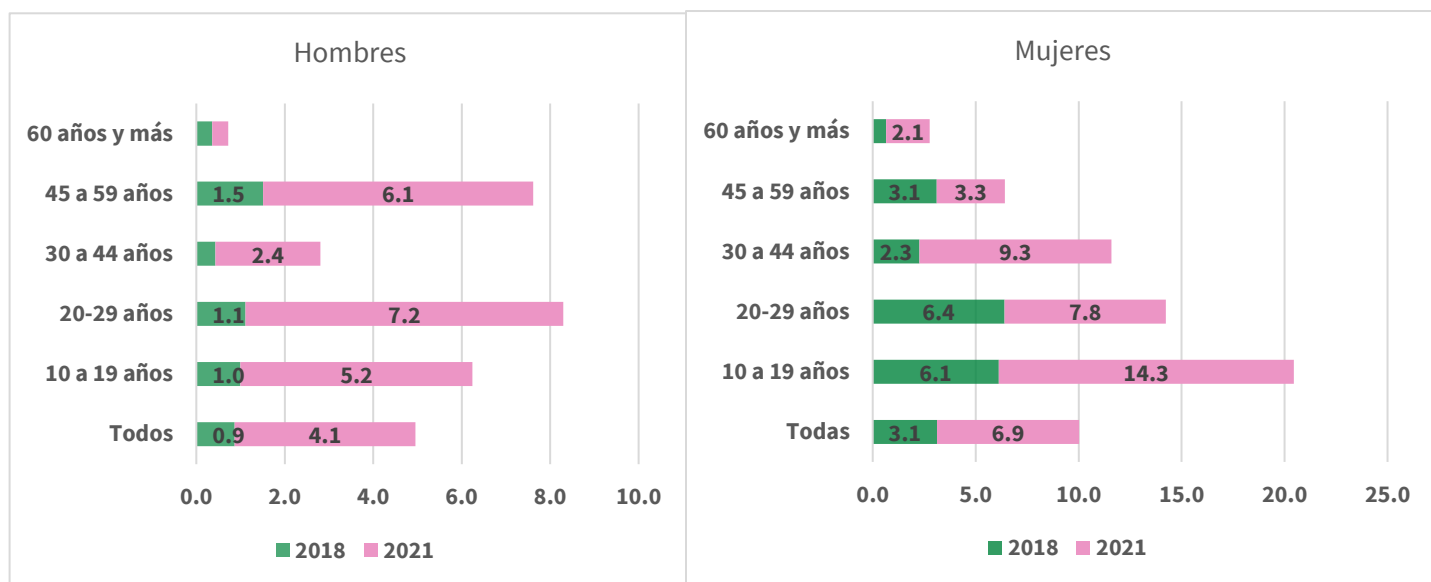
Estas incidencias al alza fueron más pronunciadas en población femenina, a diferencia de lo que sucede en los indicadores de suicidio, que se presenta más en los hombres. Ello es coherente con estereotipos de género, donde lo femenino es asumido como más emocional y vulnerable por ser menos “racional” y, por consecuencia, es descalificado frente a la masculinidad (Bárceñas Barajas, 2021). Por lo mismo, hay mayor tolerancia social para la exteriorización de problemas de salud mental entre mujeres, al contrario de los hombres, que tienden a revelar dichos malestares cuando están en un punto álgido, después de acciones

dañinas a sí mismos y a otros. Con todo, las prevalencias también crecieron para la población masculina, como veremos a continuación.

Respecto a ideación suicida alguna vez en la vida, en el 2021 las mujeres capitalinas de prácticamente todos los grupos de edad superaron al menos 1.2 veces el promedio porcentual para dicho sexo en el 2018, en especial entre 20 a 29 y entre 45 a 59 años. También es remarcable notar que, en el caso de los hombres, se presentó un aumento en casi todos los grupos de edad, salvo a partir de los 60 años.

En cuanto el intento de suicidio alguna vez en la vida, todos los valores por grupos de edad y por género ascendieron entre el 2018 y 2021 en la ciudad. La proporción entre hombres subió más de cuatro veces entre los 10 a 59 años, y entre mujeres más de tres veces en los rangos etarios de 10-19 y 30 a 44 años. Esto revela que una política preventiva y comunitaria, en un escenario post-Covid-19, no debe circunscribirse a un grupo de edad en específico, sino establecer estrategias segmentadas por rango etario y género.

Figura 12. Prevalencia en intento de suicidio alguna vez en la vida, Ciudad de México, por género, años 2018 y 2021, porcentajes



Fuente: elaboración propia con datos de Ensanut 2018-2019 y Ensanut Continua 2021

En suma, los datos informan de una mayor tendencia del comportamiento suicida a partir de la situación pandémica. La magnitud incluso se posiciona por encima del promedio nacional, que puede ser uno de los efectos de haber sido el estado con mayor número de decesos durante la emergencia sanitaria. También se podría considerar como hipótesis que en la

capital hay mayor sensibilidad, conciencia y apertura para reportar sobre salud mental en una encuesta, mientras que en otros estados sigue siendo un tema más tabú.

De acuerdo con lo expuesto, si bien hace falta constatar los efectos psicológicos y sociales de la pandemia a largo plazo, el Gobierno de la Ciudad podría propulsar un programa social que busque mitigar el riesgo al suicidio, con enfoque de género donde se privilegie atender el número preponderante de hombres que lo intentan, y de ciclo de vida en etapas de juventud y de adultez.

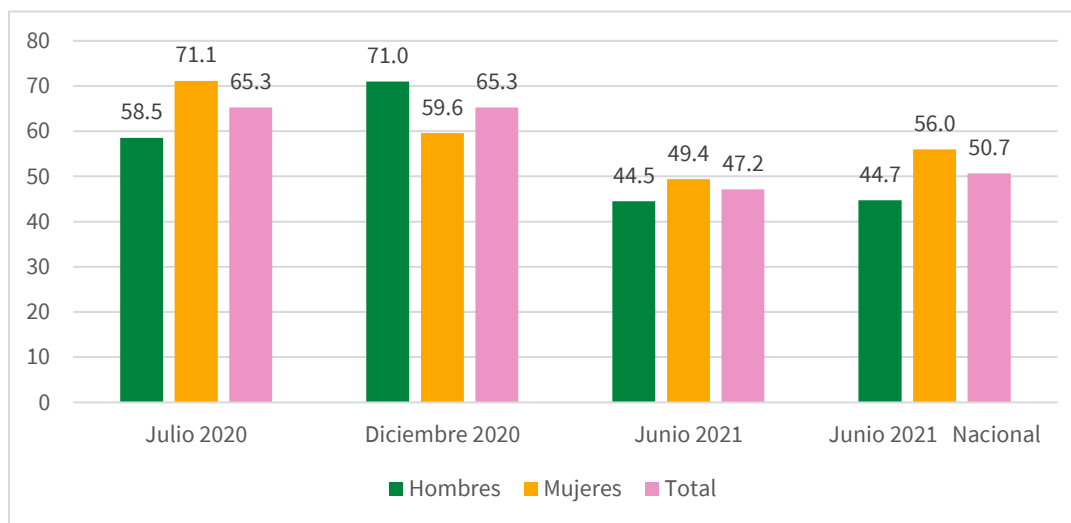
4.2. Ansiedad y depresión

Los años 2020 y 2021 significaron un aumento importante en el registro de ansiedad, en especial en el primer año, probablemente asociados a la pandemia de Covid-19. Presentamos información al respecto con base en una expresión de síntomas en las últimas dos semanas (uno, haberse sentido nervioso o intranquilo, dos, no poder dejar de preocuparse o controlar su preocupación), y a partir de datos disponibles de la Encuesta de seguimiento de efectos del Covid-19 en el bienestar de los hogares de la Ciudad de México (Encovid-CDMX) y la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (Enbiare) 2021¹².

En julio y diciembre de 2020, la prevalencia se mantuvo muy alta: al menos seis de cada 10 habitantes de 18 años y más presentaron síntomas ligados a la ansiedad: esto representó 4.4 y 4.5 millones de personas en julio y diciembre de 2020 respectivamente. La situación se moderó en junio del año siguiente. En una vista por género, las mujeres tendieron a mostrar mayor ansiedad entre julio de 2020 y junio de 2021, consistente con estudios internacionales que reportaron que la condición femenina era un factor asociado con mayor ansiedad durante la pandemia (Wang, Kala y Jafar, 2020).

¹² Las preguntas en ambos instrumentos aluden a la frecuencia de los dos síntomas en los últimos 15 días. Se cuantifican y presentan datos para la población que reportó alguno de los siguientes niveles de frecuencia: varios días, más de la mitad de los días, casi todos o todos los días.

Figura 13. Prevalencia de sintomatología de ansiedad por género, Ciudad de México 2020-2021, y nacional 2021, porcentajes

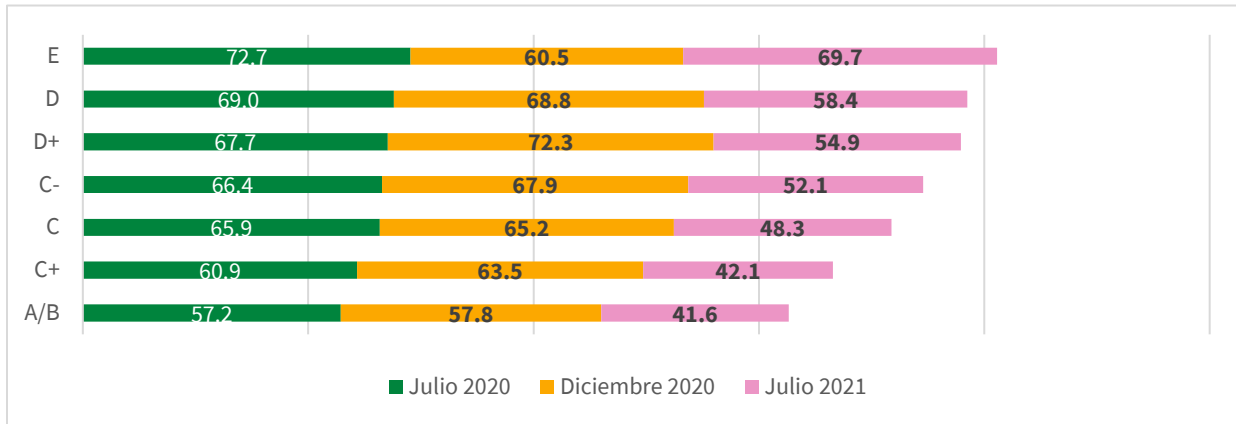


Fuente: elaboración propia con datos de Encovid-CDMX y Enbiare 2021

Desde un punto de vista socioeconómico, el nivel mejor posicionado (A/B), retomando la clasificación de los niveles Amai¹³, contó con los menores porcentajes de ansiedad, al contrario de la población con mayores carencias, cuya tendencia hacia una mayor ansiedad fue consistente. La tendencia hacia una mayor ansiedad en la población de menor nivel socioeconómico se reportó de forma consistente entre julio de 2020 y julio 2021. En ese sentido, aquí aparece una concreción adicional sobre la repercusión de la pandemia no solo en un plano material, sino emocional, ya que implicó un reto de resiliencia mayor para la población clasificada en los niveles D y E. Es más, cuando entró una fase de mayor estabilización en la ciudad por la entrada de las vacunas a julio de 2021, los mencionados estratos mantuvieron una presión de ansiedad similar a los primeros meses de infecciones generalizadas por el Covid-19, que coincide con los estudios que hallaron que, a menor estatus socioeconómico durante la pandemia, mayores probabilidades de tener ansiedad (Wang, Kala y Jafar, 2020).

¹³ Encovid-CDMX usó como estándar de clasificación socioeconómica los niveles de la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (Amai). Se agrupan los hogares mexicanos en niveles, en función de su capacidad para satisfacer las necesidades de los respectivos integrantes, considerando las siguientes características: escolaridad del jefe de hogar, número de dormitorios, número de baños completos, número de personas ocupadas de 14 años y más, número de autos, tenencia de internet. A través de un índice se clasifica a los hogares en siete niveles: A/B, C+, C, C-, D+, D y E, organizados de mayor a menor capacidad para satisfacer necesidades (Amai México, 2023).

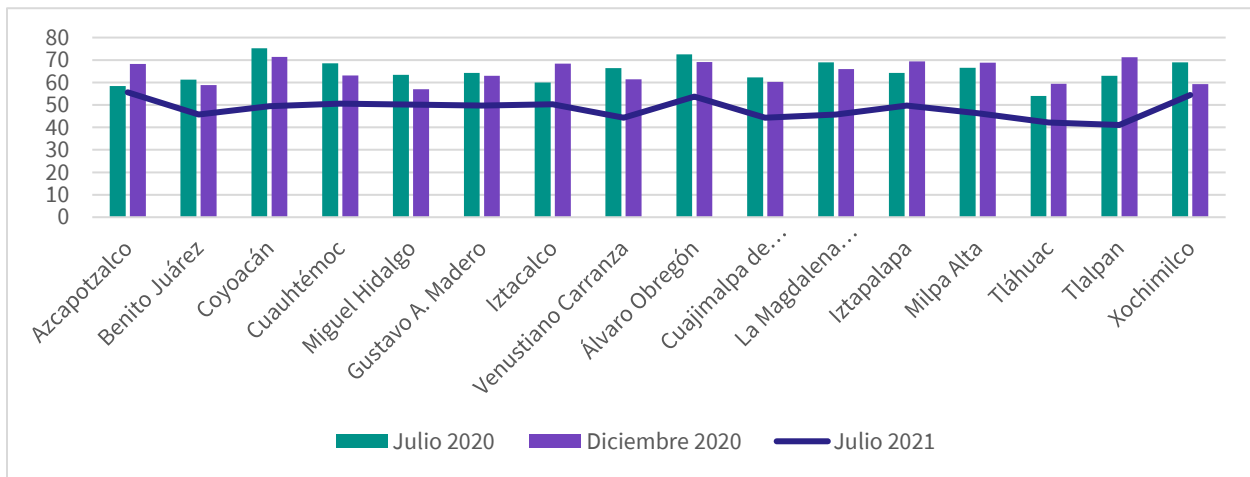
Figura 14. Prevalencia de sintomatología de ansiedad por nivel socioeconómico, Ciudad de México, 2020-2021, porcentajes



Fuente: elaboración propia con datos de Encovid-CDMX.

Una mirada adicional puede hacerse por alcaldías. En el 2020, los niveles de ansiedad aparecían en seis de cada 10 residentes en cualquiera de las demarcaciones, congruente con el total indicado líneas arriba. Coyoacán y Álvaro Obregón incluso superaron los 70 puntos porcentuales en julio del año en cuestión. Un año después, en julio de 2021, la caída de estos síntomas fue significativa a lo largo y ancho de la ciudad, donde al menos en 10 alcaldías no se superaron los 50 puntos porcentuales. En esta comparación territorial y temporal, no identificamos una relación clara de estas magnitudes con las diferencias de pobreza por necesidades básicas insatisfechas y por alcaldías.

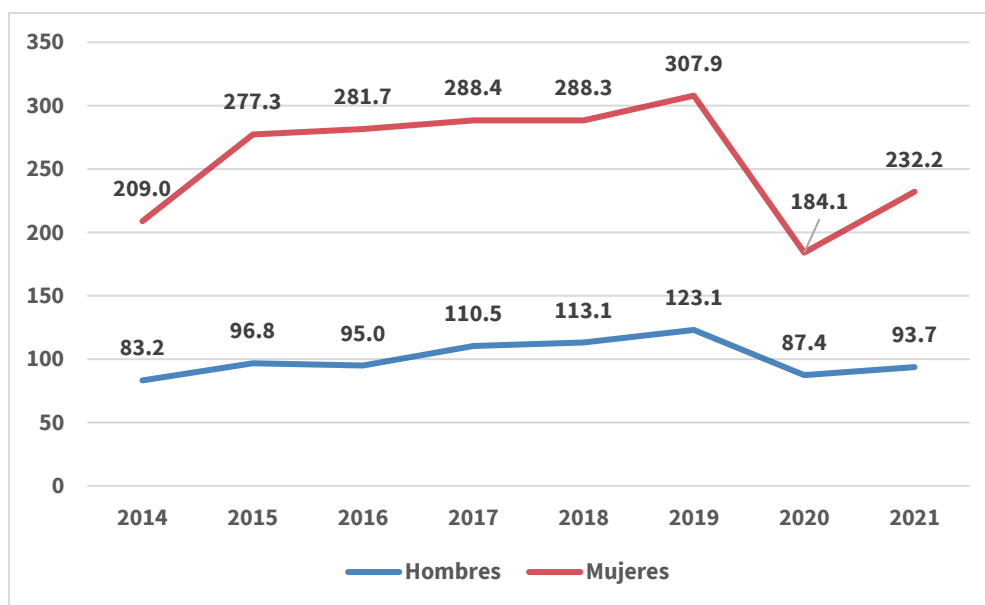
Figura 15. Prevalencia de sintomatología de ansiedad, alcaldías de Ciudad de México, 2020-2021, porcentajes



Fuente: elaboración propia con datos de Encovid-CDMX

Respecto a la depresión, con base en registros oficiales reportados por las unidades médicas u hospitalarias, la tasa de casos nuevos de depresión por cada 100,000 habitantes en Ciudad de México se fue incrementando de forma progresiva en ambos géneros desde el 2015. Este hallazgo no es en sí negativo, pues se puede interpretar como una reducción en la brecha de tratamiento, donde más personas con síntomas buscan apoyo, en la medida de que haya disponibilidad de servicios. Además, haciendo eco a lo señalado más arriba sobre feminidad y salud mental, los casos en mujeres fueron más del doble respecto a la contraparte masculina.

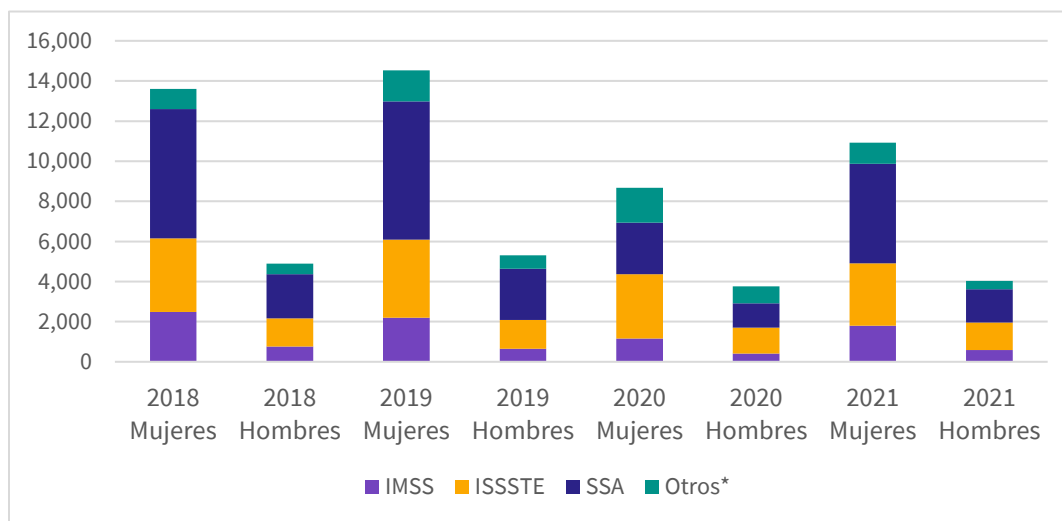
Figura 16. Casos nuevos de depresión por cada 100,000 habitantes, Ciudad de México, por género, años 2014-2021



Fuente: elaboración propia, a partir de tabulados de Inegi basados en el Anuario de Morbilidad 1984-2021 de la Dirección General de Epidemiología de la SSA

Conforme vimos en materia de lesiones autoinfligidas, la pandemia por Covid-19 parece ser la razón para un cambio en la tendencia de ambos sexos. La caída en el 2020 no necesariamente fue por una menor magnitud del problema (como veremos más adelante), sino por la focalización de la atención hacia los servicios médicos básicos y por Covid-19, y los temores de la población a acudir a dichas unidades por el riesgo de contagio. Las fluctuaciones en los casos de depresión por institución de salud (ver figura siguiente) son consistentes con los hallazgos ya señalados.

Figura 17. Casos de depresión por institución de salud y por género, Ciudad de México, 2018-2021



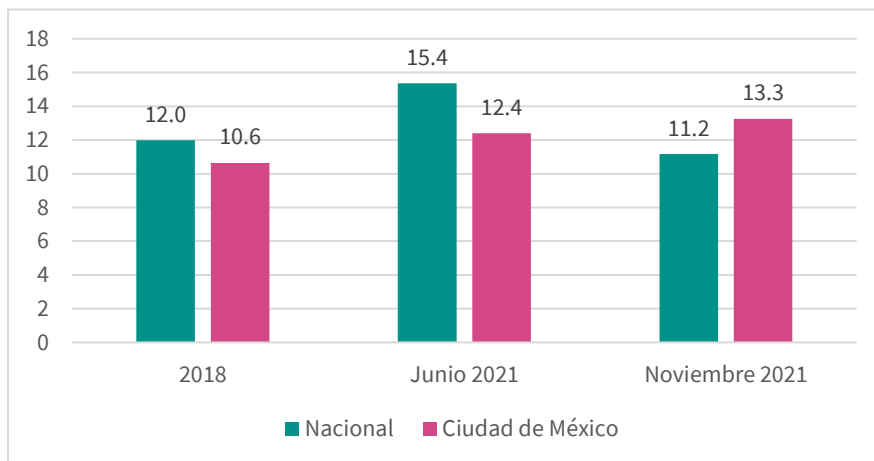
Fuente: elaboración propia con base en Anuario de Morbilidad 1984-2021 de la Dirección General de Epidemiología de la SSA. Nota: * El valor Otros incluye a IMSS Prospera/Bienestar, Pemex, DIF, Sedena, Semar y otros.

Llama la atención el mayor registro de casos en el ISSSTE que en el IMSS, para cualquier género o año en mención, pese al superior número de personas aseguradas en el último. Asimismo, el número de consultas externas en salud mental suele ser ligeramente superior en IMSS que en ISSSTE. Se precisa de mayor información para comprender dicha diferencia, más allá de una mejor calificación de los servicios del ISSSTE (ISSSTE, 2020) o una satisfacción positiva de sus usuarios muy similar al del IMSS (ver resultados sobre satisfacción del servicio de salud en Inegi, 2022c). Además, disponer de una mayor infraestructura en la SSA (incluyendo los servicios estatales a través de la Sedesa) permitió contar con más casos, lo que es consistente con el mayor número de consultas de salud mental frente a otras instituciones públicas de salud (ver sección Estructura general en capítulo 5) y la mayor utilización de los residentes de los servicios privados de psicología y psiquiatría, más allá de la condición de afiliación (ver sección Utilización de servicios de salud mental en capítulo 7).

Desde un enfoque de autorreporte, tomamos en cuenta el indicador de sintomatología depresiva, que usa una escala para medir la frecuencia de un total de siete síntomas relacionados con la depresión durante la última semana (por ejemplo, dificultad de concentración, calidad del sueño y sensación de tristeza). Observamos que, más allá del descenso en el registro de casos diagnosticados en establecimientos de salud, la prevalencia aumentó en comparación con los niveles del 2018, incluso superando el promedio nacional en

noviembre de 2021. En términos absolutos, involucró pasar de 822,459 personas de 10 años y más en el 2018 a 1.1 millones a finales de 2021. El fenómeno fue coherente con lo que ocurrió a nivel internacional, donde la tasa de prevalencia de todas las formas de depresión, problemas de sueño y angustia psicológica en la población fue mayor durante la pandemia (Lakhan, Agrawal, Sharma, 2020).

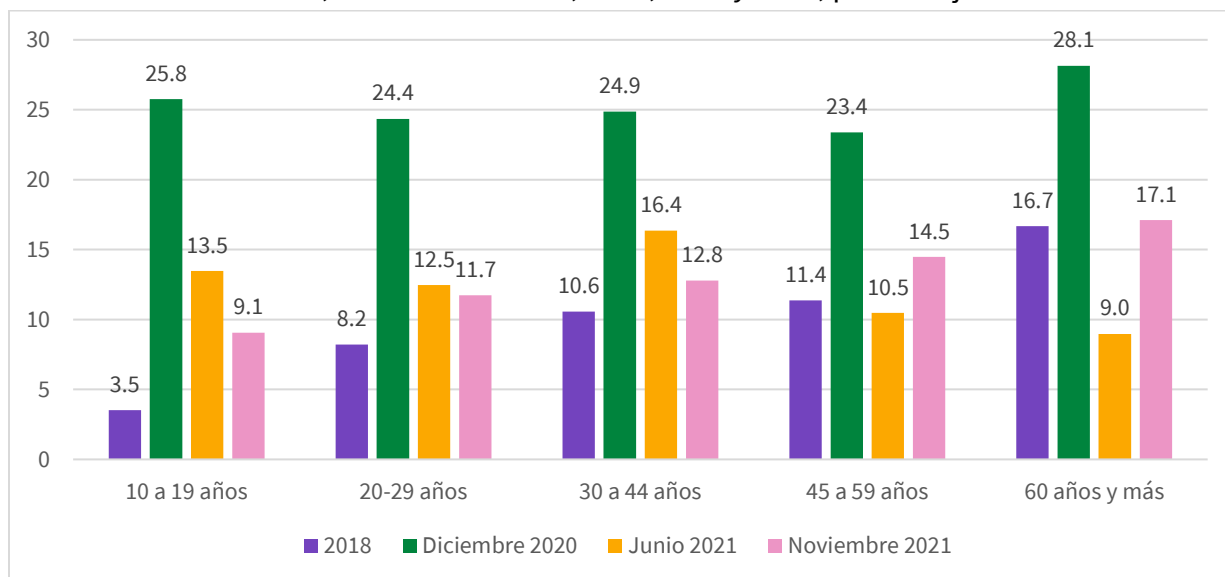
Figura 18. Prevalencia de sintomatología de depresión en la última semana, nacional y Ciudad de México, 2018 y 2021, porcentajes



Fuente: elaboración propia con datos de Ensanut 2018-2019, Ensanut Continua 2021 y Enbiare 2021

Desde una perspectiva etaria, los valores fueron notablemente más altos en diciembre de 2020 para todos los grupos. A noviembre de 2021, hubo una menor sintomatología de depresión, pero con porcentajes más altos que en el 2018. Es decir, no se volvieron a las tendencias recurrentes antes de la pandemia, como se observó en investigaciones realizadas en otras latitudes sobre depresión y ansiedad (Daly y Robinson, 2022). Asimismo, no se encontró consistencia con los hallazgos internacionales sobre mayores posibilidades de atravesar trastornos depresivos durante la pandemia para los menores de 35 años (recopilados en Wang, Kala, Jafar, 2020).

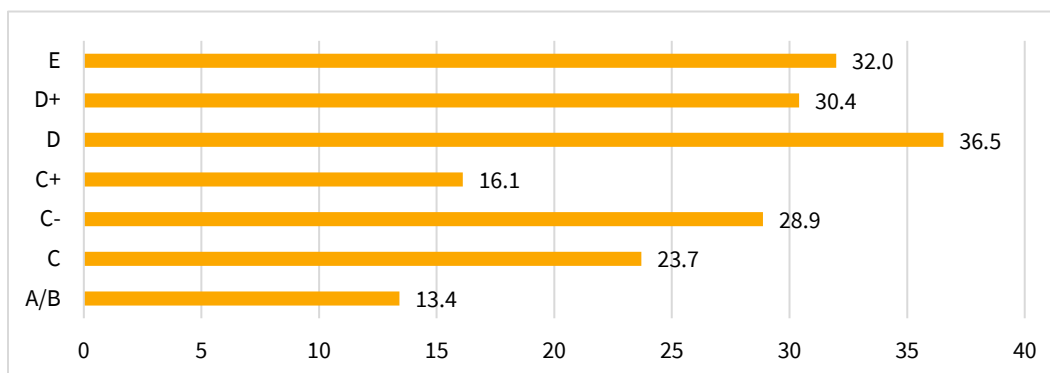
Figura 19. Prevalencia de sintomatología de depresión en la última semana por grupos de edad, Ciudad de México, 2018, 2020 y 2021, porcentajes



Fuente: elaboración propia con datos de Ensanut 2018-2019, Ensanut Continua 2021, Encovid-CDMX y Enbiare 2021

En cuanto a distribución por niveles socioeconómicos Amai, solo tuvimos datos disponibles a diciembre de 2020. Constatamos un menor registro de síntomas ligados a depresión, si comparamos el estrato más alto A/B (13.4%), con el más bajo E (32.0%), en conformidad con la clasificación mencionada anteriormente. En este punto, es relevante notar que la clase se relaciona con apariencias jerarquizadas que personifican, entre otros valores, la salud: ésta se comprende como un valor de consumo y un deber individualista que refuerza el estatus social. En un contexto donde la salud es aspiracional y una demostración de diferenciación provechosa (Ahmed, 2014; Hutson, 2013), admitir malestares y/o trastornos de salud mental puede resultar perjudicial. Aunque entre las escalas C y D se encontraron ciertas diferencias variables, el segundo siempre tomó los valores más altos, incluso llegando al 36.5% de su respectivo segmento. En ese sentido, vemos una consistencia con lo que ya mostramos sobre síntomas de ansiedad: tener menos capacidad de satisfacer necesidades en el hogar guarda relación con una mayor persistencia de malestares emocionales, con el matiz de una posible menor apertura a admitir estos signos en hogares con mayores recursos económicos.

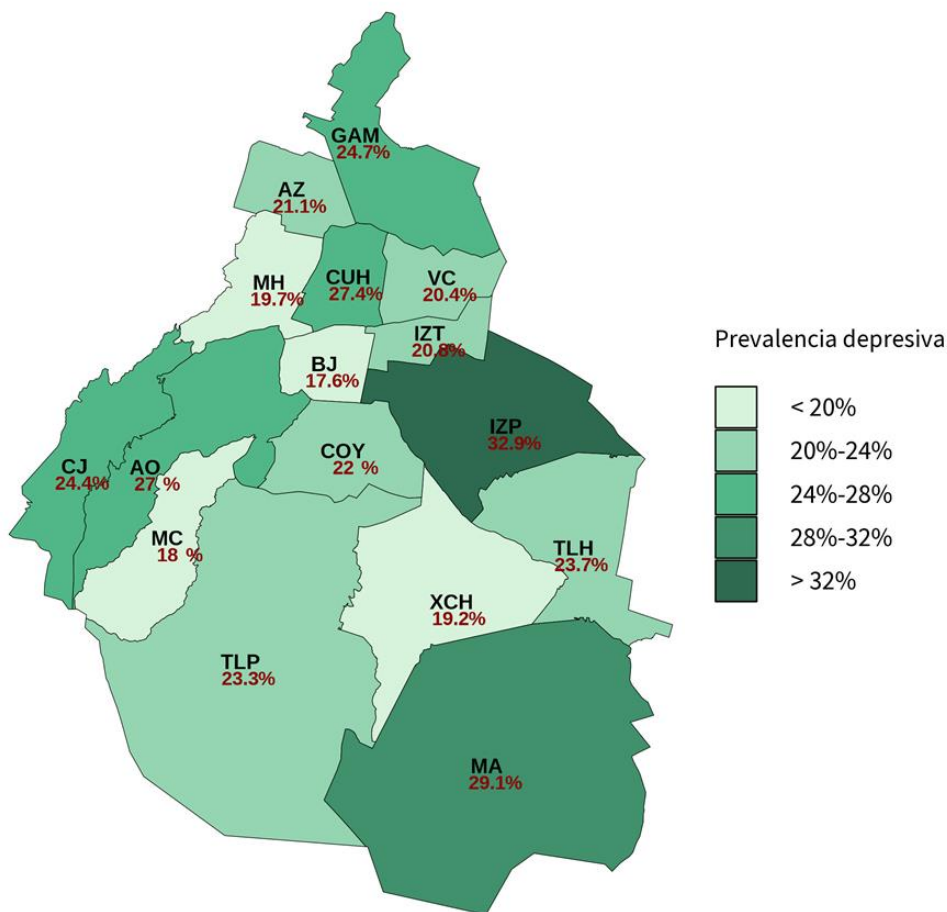
Figura 20. Prevalencia de sintomatología de depresión por nivel socioeconómico, Ciudad de México, 2020, porcentajes



Fuente: elaboración propia con datos de Encovid-CDMX.

En lo que concierne a alcaldías, solo contamos con datos a diciembre de 2020. Los valores estuvieron principalmente dentro del rango de 20 a 30 puntos porcentuales, aunque las proporciones más altas por demarcación estuvieron en Iztapalapa (32.9%) y Milpa Alta (29.1%), las cuales son, respectivamente, la tercera y la primera alcaldía con mayores porcentajes de población en pobreza y en pobreza extrema, de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) (Evalúa CDMX, 2021). En contraste, dos de las más bajas cifras de depresión figuraron en la zona central y norponiente: Benito Juárez (17.6%) y Miguel Hidalgo (19.7%), que son las alcaldías de la ciudad con menor porcentaje de pobreza NBI. De este modo, se corrobora la relación de los síntomas con las posibilidades materiales de lograr bienestar, en función a diferencias territoriales, algo que no identificamos de forma clara cuando hablamos sobre ansiedad.

Figura 21. Prevalencia de sintomatología de depresión por alcaldía, Ciudad de México, 2020, porcentajes



Fuente: elaboración propia con datos de Encovid-CDMX.

De acuerdo con lo visto, hubo un incremento en los posteriores valores seleccionados de ansiedad y depresión, considerando lo que ocurría en el 2018. Las situaciones de crisis social, como lo que ocurrió en lo relacionado con la pandemia por Covid-19, contribuyeron a unas afectaciones que no solo se restringieron al campo de la salud física. La observación del acápite anterior sobre conducta suicida por edad se reitera en el grupo de datos aquí presentado: todos los grupos poblacionales fueron afectados en mayor medida; y en consecuencia precisan servicios que cubran sus necesidades de salud mental.

En especial, los adultos mayores ya registraban incidencia en ambos trastornos antes de la pandemia, así como hallamos de forma previa presencia de pensamientos suicidas en este grupo poblacional. También, distinguimos diferencias en la magnitud de síntomas por nivel

socioeconómico, donde los estratos con menor capacidad económica contaron con una prevalencia más persistente: las políticas públicas hacia estos sectores deben considerar cómo su salud mental es dañada por el contexto estructural que les vulnera, y que es en esta misma escala donde hay que presentar soluciones para un alcance colectivo del bienestar.

De acuerdo con lo expuesto, corroboramos el señalamiento diagnóstico del Gobierno de la Ciudad de México, en cuanto a la persistencia de los suicidios, la depresión, y trastornos de la conducta como la ansiedad. De forma previsible, hubo un aumento de las reacciones emocionales ante un suceso traumático como el fenómeno pandémico. En dicho escenario, encontramos indicios de que el nivel socioeconómico se mantuvo como factor que ocasiona efectos diferenciados en la salud mental de la población. También la procedencia territorial, aunque la relación con afecciones de salud mental fue menos clara en el caso de sintomatología de ansiedad. Se requieren esfuerzos para monitorear el estado de la problemática psicosocial y un plan de contingencia y contención en contextos de crisis social y sanitaria, así como una estrategia territorial segmentada para la prevención y atención de SM, bajo una planeación de mediano y largo plazo.

5. Diseño institucional de los servicios de salud mental, 2018-2022

Presentamos el diseño institucional de los servicios de salud mental dirigida a población capitalina sin acceso directo a instituciones de seguridad social, así como la asignación de responsabilidades en el marco del Sistema de Salud de la Ciudad (SSC). Incluimos elementos generales de una política, como el estado de la cuestión a nivel de legislación, planeación, el ejercicio de la rectoría de salud mental, así como la presentación del Programa de Salud Mental y Adicciones, que ofrece servicios en el primer nivel de atención.

5.1. Estructura general

El SSC es el conjunto de dependencias, órganos desconcentrados y organismos descentralizados del Gobierno de la Ciudad de México, así como personas físicas o morales, que prestan servicios de salud o contribuyan al bienestar y protección del derecho a la salud (artículo 2, fracción XLVII de la vigente Ley de Salud de la Ciudad, en lo que sigue la Ley). La Sedesa ejerce la rectoría del sistema y su persona titular es autoridad sanitaria de la ciudad, en conjunto con el respectivo titular de la Jefatura de Gobierno y la Agencia de Protección Sanitaria (artículo 7). Dentro de sus atribuciones, está garantizar el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes que no estén incorporadas a algún régimen de seguridad social laboral (artículo 9), así como despachar en los ámbitos de la formulación, ejecución, operación y evaluación de las políticas capitalinas de salud (artículo 11).

Las actividades de prevención, promoción, detección, atención, tratamiento, seguimiento y referencia en materia de salud mental y adicciones se insertan dentro de un entramado de actores, áreas e instituciones dentro de los niveles de atención. Éstos últimos son un modelo de organización de los servicios de atención médica, en función de la frecuencia y complejidad de las enfermedades, dividiéndose en tres.

Figura 22. Características de los niveles de atención médica, Sistema de Salud de la Ciudad de México



Fuente: elaboración propia con base en la Ley de Salud de la Ciudad de México (DOF, 09 de agosto del 2021, artículo 6, fracción XXXI).

SSPCDMX tiene como objetivo prestar los servicios de salud pública y atención médica de primer nivel a la población abierta de la ciudad, así como coadyuvar al desarrollo de su Sistema de Salud. Fue constituido como Organismo Público Descentralizado en 1997, pero ya poseía un historial institucional de servicios médicos e infraestructura de unidades médicas de varias décadas, a través de la Dirección General de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (Castañeda, 2005), y actualmente está sectorizado a la Sedesa. Su Dirección General, designado por la persona titular de la Jefatura de Gobierno, se encarga de organizar, operar y evaluar la prestación de los servicios, a través de sus direcciones, incluyendo la Dirección de Atención Médica (donde se inscribe la Coordinación del PSM) y las 16 Direcciones Jurisdiccionales (artículos 13 y 14 de su Estatuto).

Cada una de estas últimas direcciones opera las Jurisdicciones Sanitarias en las respectivas demarcaciones de la ciudad, y como parte de sus atribuciones, contribuyen a mejorar las condiciones de salud de la población local, con la programación, operación y prestación de los servicios de salud pública y atención médica en sus unidades operativas (como los centros de

salud y hospitales), adscritas en el ámbito de su responsabilidad (Manual Administrativo de SSPCDMX).

Cabe añadir que la JS, como unidad de organización no solo dentro de la ciudad sino a lo largo del país, cuenta con ciertas limitaciones: “actualmente está reducida a una instancia burocrática sin mayor impacto y que deberá recuperar su papel de instancia coordinadora para garantizar las actividades de los centros de salud, la promoción y prevención y la vigilancia epidemiológica” (SSA, 2020a, pp. 23).

Los centros de salud que dispone cada JS son catalogados bajo tres modalidades: T-I, T-II y T-III. Lo que diferencia a estos 3 tipos de centros es la capacidad instalada y el personal de salud que labora en cada establecimiento. Los T-I cuentan con una cantidad limitada de recursos, como son médicos generales con consultorio, y muy pocas, o casi nulas especialidades. Asimismo, tienen un número reducido de materiales y equipo para brindar tratamiento. La distribución del personal se realiza por demanda en cada centro.

Los centros de salud T-II tienen una mayor cantidad de especialidades y más espacios para que los profesionales de la salud puedan otorgar atención. Cuentan con equipo especializado para algunos tratamientos, aunque no todos tienen laboratorios para realizar estudios clínicos. Finalmente, aquellos denominados T-III ofrecen la mayor cantidad de especialidades disponibles entre los centros de salud de este conjunto, concentran mayor número de personal por especialidad y con laboratorios para realizar diversos estudios clínicos. Es evidente que la capacidad de atención por número de pacientes es diferente en cada centro, siendo los T-III los que mayor capacidad de atención poseen.

Como indicamos luego en el capítulo 6, los módulos de salud mental, gestionados por el PSM de los SSPCDMX, se han instalado principalmente en los centros de salud T-III. También gestionan, por encargo federal (Conadic), los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), que al 2022 llegaban a 30 centros en la ciudad¹⁴.

Respecto al segundo nivel, la Sedesa tiene a su cargo la gestión de una red de 38 unidades médicas. Estos establecimientos son mayormente hospitales generales, hospitales pediátricos u hospitales materno infantil, donde la organización por especialidades médicas se canaliza a través de la Dirección Ejecutiva de Atención Hospitalaria, en conjunto con la planeación institucional que se da en cada unidad médica de la red.

¹⁴ Cabe precisar que los CAPA están atravesando por un proceso de reconversión, para también brindar atención oportuna a los trastornos mentales comunes, de acuerdo con información brindada por la gestión del PSM.

La mayor cantidad de hospitales son los generales, con 13. Cada zona de la ciudad cuenta con al menos uno de este tipo de unidad, donde la mayor cifra (con 5) se aloja en las áreas sur y suroriente, seguido del nororiente (con 4). Sumando los pediátricos y los materno infantiles se llega a 16, el 40% del total en segundo nivel, concentrándose en las zonas central y norte (norponiente y nororiente). El menor número de unidades radica en el sector poniente.

En la última década, se ha buscado mejorar la pertinencia de los servicios, conforme a los cambios epidemiológicos en la urbe. Al 2012, el número de hospitales era de 37. Al 2018, la única variación fue un hospital materno menos (en Cuajimalpa) y por primera vez un hospital integral comunitario (en Iztapalapa). Con la presente administración, se añadieron dos hospitales generales más, en la Gustavo A. Madero (GAM) y otro hospital materno que fue reconvertido en Tlalpan. Adicionalmente, el mencionado hospital materno de Cuajimalpa se remodeló para convertirse en el Hospital General de Cuajimalpa, inaugurado en noviembre de 2022, el cual es el primer hospital de Ciudad de México en incorporarse al programa federal IMSS-Bienestar.

Respecto a la salud mental, en casi el 100% de hospitales se cuenta al menos con un servicio de psicología y casi tres de cada 10 de este tipo de unidades disponen de psiquiatría (en total 131 psicólogos y 16 psiquiatras). La atención se suele destinar a los propios pacientes de las unidades hospitalarias vía mecanismos de referencia (antes que a población abierta o externa), y puede ser de contención, seguimiento o tratamiento, dependiendo de lo que se acuerde entre el paciente y el personal de salud. En el 2021 ofrecieron poco más de 29,000 consultas de psicología y 1,960 de psiquiatría.

A su vez, dentro de otras direcciones de línea de la Sedesa, se introduce la atención psicológica como parte de los siguientes programas: el Programa de Voluntad Anticipada y Cuidados Paliativos, y el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género (Sepavige). Es importante mencionar también al Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA), órgano descentralizado que tiene como objetivo institucional ser la instancia rectora en la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas. Volveremos sobre estas intervenciones en la sección sobre la rectoría de salud mental, en el presente capítulo.

Con las unidades de organización descritas en Sedesa y SSPCDMX, el sector salud de la ciudad cumple con la operación de los servicios estatales de salud mental, ya que son los Servicios Estatales de Salud quienes aplican “las políticas de prevención, promoción, atención y rehabilitación psicosocial” por entidad federativa (Consame, 2013, pp. 63).

Por su parte, al margen de los hospitales psiquiátricos, el ámbito federal también dispone de servicios de consulta externa para problemáticas de salud mental. Cuenta con Centros de Salud Mental Comunitarios (Cecosam), con un enfoque de primer nivel, pero con servicios principalmente enfocados en atención psiquiátrica y farmacológica. Es una de las alternativas consideradas por la población sin seguridad social para acceder a tratamiento psiquiátrico, como exponemos más adelante. En el caso del Centro Integral de Salud Mental (Cisame), dispone de servicios más especializados, idóneos para población con ciertas condiciones mentales o neurológicas. El problema de estas instancias es la insuficiencia de los recursos: solo hay un Cisame, localizado en el sur de la ciudad, al igual que los hospitales psiquiátricos. Mientras que hay más Cecosam: tres en total, distribuidos en la zona norte, central y sur-oriental de la urbe, respectivamente, más el problema es su baja capacidad, con menor disposición de consultas externas frente al Cisame.

Cuadro 10. Unidades del ámbito federal que ofrecen consulta externa de salud mental para no derechohabientes, Ciudad de México, 2018-2022

Características	Centro de salud comunitaria (Cecosam)	Centro Integral de Salud Mental (Cisame)
Descripción	Unidad especializada de atención ambulatoria bajo un enfoque de primer nivel de atención. Otorga atención en salud mental a personas con problemas psiquiátricos y del comportamiento.	Unidad especializada de atención ambulatoria. Proporciona servicios gratuitos orientados a la detección, diagnóstico, atención y tratamiento.
Adscripción organizativa	Servicios de Atención Psiquiátrica (SSA)	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (SSA)
Oferta de servicios	Consulta externa de psiquiatría	Clínica de adultos, clínica de niños y adolescentes, clínica de trastornos del espectro autista, clínica de psicomotricidad, lenguaje y aprendizaje, pediatría y neurología
Nº de unidades en Ciudad de México	3 (Iztapalapa, Zacatenco, Cuauhtémoc)	1 (La Magdalena Contreras)

Fuente: elaboración propia con base en documentos institucionales de Cecosam y Cisame

Pese a que solo existe una unidad en Ciudad de México, el Cisame cuenta con ventajas en relación con unidades similares en otros estados. Por ejemplo, dispone de 2.5 de cada 10 consultorios de psicología en el país (ver más detalle sobre los recursos de Cisame en sección sobre establecimientos de salud en el capítulo 6).

No fue el principal foco durante el trabajo, pero la exploración sobre las conductas de los pacientes nos llevó a también contar con información sobre el trabajo de los Cecosam, cuando

relataban sobre las barreras para acceder a tratamiento psiquiátrico y/o farmacológico, en particular durante la pandemia. La paciente F.1 acotó la dificultad para obtener atención de calidad en una institución como ésta durante la pandemia: “Fui al servicio de salud mental (Cecosam Zacatenco) y estaba cerrado por la pandemia, había un psiquiatra de guardia y me dijo que comprara Sertralina. Me dijo ‘eso si lo venden sin receta, no hay médico, no sabemos cuándo vamos a regresar y yo no puedo ni siquiera darle’”. A su vez, la paciente F.4 comentó que las citas presenciales regresaron a inicios de 2022: “Ahí en el Cecosam no tiene muchos psiquiatras, de hecho, durante la pandemia estuvieron cerrados porque todos estaban en sus casas por ser personas de alto riesgo. Yo nomás iba por mi medicamento”.

Los niveles de atención descritos interactúan con el tercer nivel, bajo mecanismos de referencia o contrarreferencia. La referencia se da principalmente hacia los Institutos Nacionales u Hospitales Federales en caso de detectar problemas de mayor complejidad, que necesiten de atención especializada o internamiento del paciente. En Ciudad de México las principales instituciones de tercer nivel son: el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y el Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”. Los Institutos Nacionales y Hospitales psiquiátricos de nivel federal han sido las instituciones que históricamente han concentrado la mayor cantidad de recursos económicos, de infraestructura u humanos dentro del sistema de salud mental en México, por lo que son las organizaciones que tienen la mayor capacidad para atender la problemática de la salud mental, trabajando con tratamiento farmacológico y supervisión continua de los pacientes para monitorear el progreso. Con la reciente estrategia federal, señalada en el capítulo 2, se apunta a que este nivel se aboque a controlar, estabilizar y referir a segundo o primer nivel para monitoreo y continuidad del tratamiento, evitando tener pacientes por periodos prolongados dentro de sus instalaciones.

Para contar con una perspectiva general sobre la capacidad de atención, comparemos los servicios mencionados. Tomando como referencia el año 2018, el acceso para pacientes de primera vez era tres veces mayor en primer nivel de Sedesa que en la unidad Cisame, y seis veces más que la suma de consultas en las tres unidades Cecosam. Por su parte, la primera atención en los HP fue más amplia que en Cisame, pero menor que en la red primaria de la Secretaría local, lo cual es congruente, si se piensa que a los HP solo deberían llegar los usuarios con TSM severos. De forma complementaria, notamos que la capacidad para recibir pacientes de primera vez en ISSSTE es similar al Cisame.

Cuadro 11. Población atendida por primera vez en materia de salud mental para una selección de instituciones de salud, Ciudad de México, 2018

Institución de salud	Número de consultas de primera vez
Primer nivel de Sedesa	43,668
Segundo nivel de Sedesa	8,778
Cisame	13,680
Cecosam	6,751
IMSS ^{/1}	19,420
ISSSTE ^{/2}	14,716
Hospitales psiquiátricos	31,695

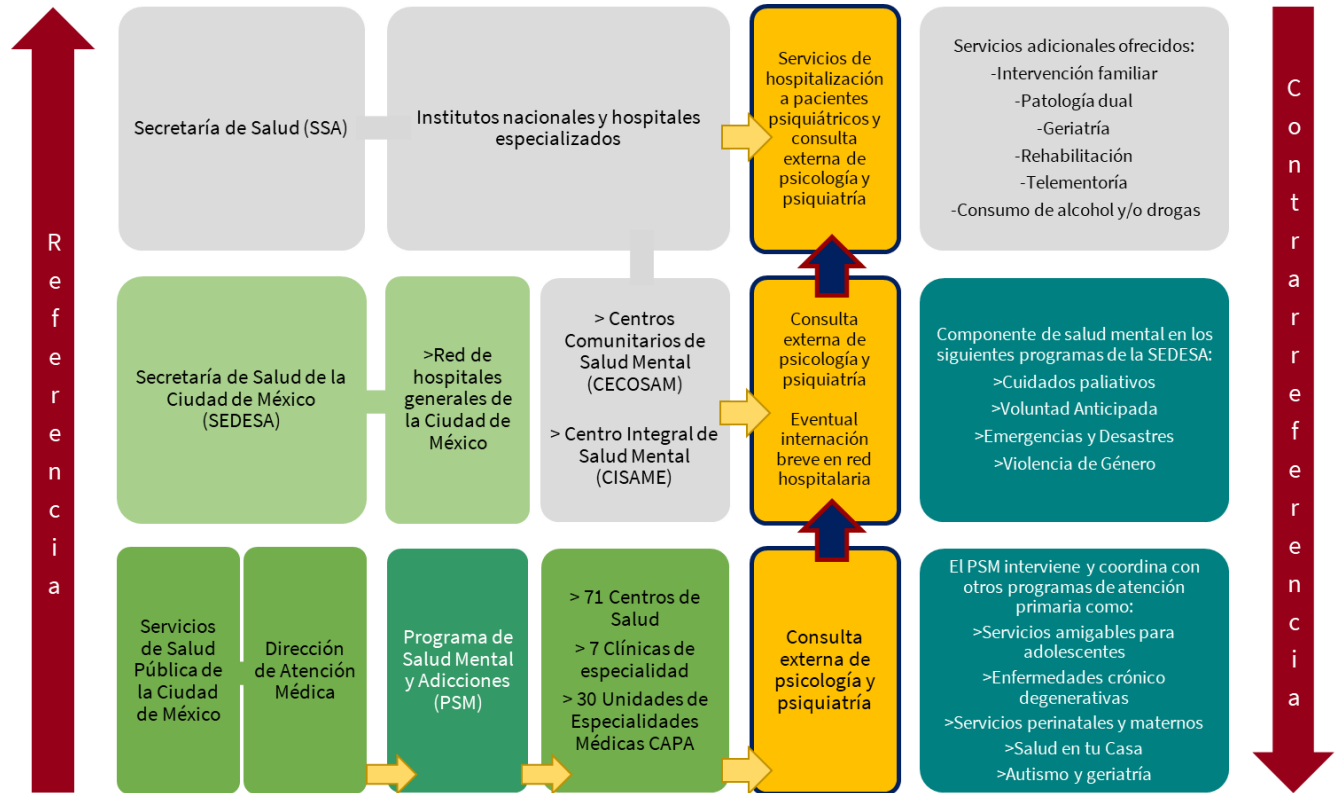
Fuente: elaboración propia con datos de Agenda Estadística 2018 de Sedesa, Anuario Estadístico de ISSSTE y SSA (2020b). Notas: ^{1/2} Los datos consideran el número de consultas externas en psicología (primer y segundo nivel), ¹ Los datos recabados a partir de un trámite de solicitud de acceso a la información pública ante el IMSS no clarifican si la cifra es de primera vez o sumando el total de consultas (primera vez y subsecuentes)

Más adelante vamos a precisar ciertas brechas de suficiencia, disponibilidad y cobertura de la atención de salud mental en el primer nivel de la Sedesa. No obstante, es un servicio preponderante y pertinente para la población capitalina sin seguridad social, en cuanto tiene la mayor capacidad desde un punto de vista de número de personas atendidas por primera vez.

Para finalizar esta sección, en la siguiente figura exponemos el diseño institucional de los servicios disponibles de salud mental para la población no derechohabiente en Ciudad de México (más de 3.8 millones de habitantes) y las formas de interacción entre instituciones. El primer nivel está conformado por la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria de centros de salud y centros de especialidades, donde el PSM actúa como principal gestor. En la segunda fila o bloque se encuentran los programas de la Sedesa que se coordinan y vinculan con el PSM, para proporcionar distintos servicios y recursos, desde atención de psicología a usuarios hasta transferencia de personal especializado en salud mental. Adicionalmente, en este bloque aparece la red de hospitales que proporciona atención ambulatoria y eventual internamiento de periodo corto para pacientes psiquiátricos (que esperan ser referenciado a los hospitales especializados de tercer nivel). Justamente, el tercer bloque se conforma por las instituciones gestionadas en el plano federal, con su atención a los casos de mayor complejidad y el

internamiento. El sistema de referencia y contrarreferencia vincula las tres capas de atención para canalizar a los usuarios a las instancias con la capacidad para ocuparse de sus necesidades agudas.

Figura 23. Esquema de los servicios de salud mental disponibles para población sin seguridad social, Ciudad de México, 2022



Fuente: elaboración propia con base en registros administrativos e información de trabajo de campo

Dos precisiones adicionales en lo que concierne a la figura anterior. Primero, la penúltima columna informa de los servicios de una forma sintética y general, pero hay que tomar en cuenta que la consulta externa puede incluir diagnóstico con pruebas psicológicas, consejería y servicios de psicoeducación, terapia individual, familiar o grupos terapéuticos, etc. Segundo, con color gris se mapean los servicios gestionados desde el ámbito federal, incluyendo no solo a los HP, sino a los Cecosam y al Cisame.

Como vimos anteriormente, la Sedesa también tiene atribuciones en conducir políticas de salud. En este punto se dan situaciones que ameritan una lectura en el marco de la evaluación. Si SSPCDMX tiene una organización de programa que permite gestionar de una forma centralizada la operación de los servicios de SM en CS, no hay una contraparte única y central

en Sedesa para una orientación rectora de los servicios variados de SM que se ofrecen en la red de hospitales. Más sobre este último punto en la sección sobre rectoría en el presente capítulo.

5.2. Elementos generales de política

Como vimos en el capítulo 2, las autoridades de Ciudad de México han tenido en las diversas administraciones algunas expresiones de interés para promover y brindar atención a la cuestión de la salud mental, no solo desde el sector salud. A continuación, examinamos los elementos que puedan contribuir a una próxima política capitalina de SM. Si bien se reconoce la disponibilidad de servicios, de acuerdo con los elementos que sugiere el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2030 (OMS 2022b) no basta con ello para contar con una gobernanza eficaz de SM.

5.2.1. Legislación

A continuación, comentamos la LSMDF (en lo que respecta al reparto de atribuciones), la Constitución Política de la Ciudad de México (CPCM) y la vigente Ley de Salud de la Ciudad de México.

La LSMDF indica que le corresponde a la Secretaría de Salud elaborar el Programa de Salud Mental para el Distrito Federal, así como implementar de manera formal y sistemática programas en la materia, con un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género (artículo 8, fracciones I y II). La Secretaría de Educación se coordina con Salud para elaborar programas de SM en escuelas y contar con personal capacitado para identificar posibles trastornos mentales y derivar a algún módulo de salud mental (MSM) en centros de salud o centros hospitalarios (artículo 16).

También se estipula la creación del Consejo de Salud Mental para el Distrito Federal, como “órgano de consulta, análisis y asesoría para el desarrollo de planes, programas y proyectos que en materia de salud mental aplique el Gobierno”, integrados por la Jefatura de Gobierno (Presidencia) y los titulares de las Secretarías de Salud, Seguridad Pública, Desarrollo Social y Finanzas (artículo 34). Tiene la atribución de proponer mecanismos de participación ciudadana (artículo 37). Entonces, la Sedesa es la principal responsable de elaborar el Programa de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad, así como programas operativos en SM, que a su vez pueden ser propuestos por otras instituciones capitalinas, mientras que el Consejo asegura la transversalidad con asesoría en la formulación de estas intervenciones. El problema es que el Consejo no se implementó, al 2022, pese a que la Secretaría contaba por un plazo de 180 días para emitirlo, más allá de algunas acciones de despliegue que se dieron en el 2016. No

obstante, el reconocimiento de la necesidad de instalar el Consejo es reiterado en la vigente Ley de Salud, promulgada en 2021.

Lo cierto es que a la Sedeso no se le menciona más en la LSMDF, aunque quedaba un espacio de acción adicional: el primer nivel de atención no solo involucra a Salud y SSPCDMX (en ese entonces SSPDF), sino al “Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, el Instituto de Asistencia e Integración Social, las Delegaciones y cualquier otra institución de gobierno que preste algún servicio de salud a la población en general” (artículo 5, fracción IV).

Si lo vemos en conjunto con la entonces Ley de Salud del Distrito Federal del 2009, vemos que la legislación local reconoció la importancia de la prevención y atención en salud mental, respondiendo a las necesidades de la población. Para esto, se señalaron las atribuciones correspondientes de la Sedesa y la complementariedad necesaria de programas y acciones procedentes de otras dependencias y entidades.

El problema ha sido la respuesta programática. No hubo iniciativa para el funcionamiento y operación del Consejo de Salud Mental. Tampoco un Programa de Salud Mental, en los términos estratégicos exigidos en la LSMDF.

En lo que respecta a la CPCM, se aborda el derecho a la salud en el inciso D del artículo 9. Así, se reconoce y garantiza el acceso a la salud como un derecho fundamental, donde toda persona tiene derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, involucrando políticas activas de prevención y el acceso a servicios de salud de calidad. Además, se indica que la prestación de los servicios médicos-sanitarios deberán ser “universales, equitativos, gratuitos, seguros, de calidad y al alcance de todas las personas”. Asimismo, se realizan alusiones a la salud física y psicológica al mencionar el derecho a la integridad y a una vida libre de violencia (artículo 6, inciso B), la atención a los riesgos psicosociales en el marco de garantizar el derecho al trabajo (artículo 10, inciso 10) y los servicios psicológicos idóneos que deberán ser implementados por la Comisión de Ejecutiva de Atención a Víctimas (artículo 45 sobre el sistema de justicia penal).

A diferencia de la Ley de Acceso a los Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, que resaltaba un principal interés en las personas residentes sin seguridad social laboral, la Constitución solo hace una referencia implícita a este grupo, cuando habla de la necesidad de asegurar la cobertura universal, pero enfatizando otra categoría poblacional, desde una perspectiva territorial: “en las zonas que enfrentan mayores rezagos” (artículo 9, inciso D, numeral 3a) o bajo un enfoque de grupos de atención prioritaria (artículo 11), donde la enumeración no incluye a la población sin seguridad social.

La carta magna es clara en asignar a las autoridades capitalinas el abasto gratuito y oportuno de medicamentos. No obstante, le añade el atributo “esenciales”, que no aparecía en la Ley de Acceso ya mencionada, que optaba más por señalar el derecho a recibir medicamentos gratuitos “asociados a los tratamientos prescritos” en los servicios de salud disponibles (artículo 2, numeral VII del reglamento respectivo).

Los numerales 4 y 6 del artículo 9, inciso D incluyeron aspectos de protección a la autonomía y voluntad de las personas al recibir tratamiento médico. El primero sobre el derecho a las personas usuarias a expresar su consentimiento para la realización de procedimientos médicos, el segundo sobre el derecho a decidir someterse a procedimientos para prolongar su vida. Estas prerrogativas no solo están relacionadas con la salud física sino con la mental, lo cual es un acierto respecto al enfoque de derechos humanos que debe tener toda política y legislación sanitaria, de acuerdo con la OMS.

De acuerdo con lo expuesto, la Constitución cumple con mencionar bases relacionadas con la aspiración de un derecho a la salud tanto físico como mental de la población. No obstante, solo se detiene en hacer precisiones sobre una necesaria atención psicológica para población víctima o que sufrió violencia, o desde un punto de vista laboral, cuando las problemáticas de salud mental para los grupos de atención prioritaria, por ejemplo, son más amplias. De modo más general, encontramos una falta de coherencia con la Ley de Acceso a los Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos respecto a las poblaciones atendidas y el alcance en la cobertura de los medicamentos.

La vigente Ley de Salud de la Ciudad de México (09 de agosto de 2021) tiene por objeto hacer efectivo el derecho a la salud consagrado de forma constitucional (artículo 1, fracción I). Se indica que el Gobierno, a través de la Sedesa -que a su vez está a cargo del Sistema de Salud de la Ciudad- garantizará el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas habitantes que no estén incorporadas a algún régimen de seguridad social laboral (artículo 9). En ese orden, se recupera el sentido de la Ley de Acceso a los Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos sobre la población prioritaria sin seguridad social, que no fue destacada en la CPCM.

La nueva ley involucra al Instituto de Salud para el Bienestar en los mecanismos y acciones para la prestación gratuita de los servicios de salud, “*particularmente para la atención integral de la población que no cuenta con seguridad social*” (artículo 2). A la fecha de redacción del informe aún no había una actualización respecto al arreglo institucional posterior a la desactivación del Insabi, es decir la relación con el Programa IMSS-Bienestar.

Esta ley define a la salud mental como “el estado de bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda desarrollar una sana convivencia en su comunidad” (artículo 89). Además, se indica que la prevención y la atención de la salud mental tendrá carácter prioritario y que “se basará en el conocimiento de los factores que la afectan las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales” (artículo 90). La mención a la priorización es una respuesta más contundente a la problemática de salud mental, en comparación con la CPCM.

El artículo 91 señala algunos derechos específicos de la población usuaria de los servicios de salud mental. Resaltamos en el cuadro siguiente los que consideramos de interés en el ámbito de la promoción, prevención y la atención médica en el primer nivel. Respecto al numeral III, en el capítulo 8 reportamos insuficiencia de test psicológicos en los centros de salud, y en este mismo capítulo informamos sobre la falta de elementos programáticos en materia de política social para la población que atraviesa o atravesó condiciones de salud mental. Es decir, si esta normativa se traduce en objetivos de gestión, estaríamos hablando de una ineficacia en la provisión de los servicios de SM.

Cuadro 12. Selección de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, artículo 91 de la Ley de Salud de la Ciudad de México

N°	Derechos
I	Acceso oportuno a una atención integral y adecuada por los servicios de salud mental
II	Ser informado sobre las campañas, planes, programas y servicios que proporcionen el Gobierno y las instituciones sociales y privadas en materia de salud mental
III	La aplicación de exámenes de valoración, confiables y actualizados que consideren su entorno social o característica a estudiar y a conocer los alcances y las limitaciones de las evaluaciones realizadas
VI	Acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de trastorno mental

Fuente: elaboración propia, con base en la vigente Ley de Salud de la Ciudad de México

En contraste con la ley abrogada de 2009 y la LSMDF, no se menciona de forma explícita el fomento y apoyo para la instalación de un Programa de Salud Mental, desde un punto de vista estratégico. Esto es llamativo, pues la Ley sí propone programas en otros frentes: Programa de Medicina Integral (artículo 147), Programa de Donación y Trasplantes (artículo 142), Programa de la Ciudad para la Prevención y Combate de la Obesidad, Sobrepeso y Trastornos de la Conducta Alimentaria (artículo 115). Asimismo, se instruye a que cada Alcaldía cuente con un Programa en materia de adicciones, realizado por un Consejo local para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas (artículo 133). No obstante, esta normativa sí recupera la alusión al Consejo de Salud Mental, esta vez de Ciudad de México, como órgano de consulta, que ya aparecía en la LSMDF.

Del breve recuento, se aprecia que la nueva Ley de Salud reduce la mención a la categoría ‘programa’ como instrumento de intervención en salud mental, en contraste con la ley abrogada y la LSMDF. A su vez, la promoción de intervenciones ligadas a la salud mental, como parte de un esfuerzo transversal de sectores de gobierno no aparece de forma directa, como en el artículo 63 de la anterior ley. Por último, se aprecia que aparezca una cierta continuidad y coherencia en torno a la idea de un Consejo de Salud Mental capitalino, que fomente políticas relacionadas no solo dentro del ámbito salud, aunque en términos prácticos al momento de este análisis aún permanecía como una promesa normativa.

5.2.2 Planeación gubernamental

En el capítulo 1 definimos política de SM y plan de SM. Para ambos casos, no encontramos documentos concretos en la actual administración, donde se presente alguna orientación o planteamiento detallado en la temática, a nivel sectorial o intersectorial. Una dificultad adicional fue la falta de disponibilidad de los instrumentos programáticos para la gestión de la ciudad en los próximos años, derivados de la CPCM, como el Plan General de Desarrollo. Este tipo de documentos aún no estuvieron aprobados a la fecha de redacción de este informe, por lo que no pudieron entrar en el análisis. En el siguiente cuadro hacemos un recuento de lo identificado en el programa de gobierno de la presente administración.

Cuadro 13. Problemas, objetivos y acciones relacionadas con salud mental en el Programa de gobierno de la Ciudad de México 2019-2024

Problemática	Objetivos generales y específicos	Acciones seleccionadas de gobierno
1. Envejecimiento poblacional, en particular en las zonas nororiente y central.	Objetivo general 1.2 del eje derecho a la salud: “Garantizar el derecho a la salud de las personas que no tienen seguridad social y establecer coordinación con los servicios de salud	
2. Población en condición de vulnerabilidad y riesgos a la salud		

Problemática	Objetivos generales y específicos	Acciones seleccionadas de gobierno
<p>por patrones territoriales de desigualdad y segregación.</p> <p>3. Más del 40% de la población capitalina sin seguridad social.</p> <p>4. Alta ocurrencia de lesiones accidentales e intencionales, así como mortalidad por enfermedades crónicas y exposición permanente a entornos insalubres.</p> <p>5. Prevalencia de depresión, y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>6. Infraestructura y recursos insuficientes, no adecuados. Asimismo, concentración territorial de recursos, no distribuidos de forma acorde.</p> <p>7. Insuficiente inversión para adecuar la disponibilidad de servicios de salud a los patrones demográficos, epidemiológicos y de poblamiento de la metrópoli actual y futura.</p> <p>8. Falta de coordinación, hipertrofia y duplicidad de estructuras por la existencia de cinco organismos distintos de atención a la salud. Fragmentación en la prestación de servicios.</p> <p>9. La juventud representa uno de los grupos de población más numerosos. No obstante, su atención ha sido parcialmente ignorada o simplemente relegada a un segundo plano en las políticas públicas.</p> <p>10. Necesidad de reducir los niveles de violencia en la ciudad.</p> <p>11. Necesidad de instaurar una justicia restaurativa, como alternativa a los procesos judiciales de carácter contencioso.</p>	<p>federales para fortalecer el sistema público de salud universal, integral, incluyente, equitativo y solidario (...).”</p> <hr/> <p>1.2.1 Avanzar hacia la universalidad en la atención a la salud de manera gratuita sin discriminación o rechazos en ningún servicio.</p> <hr/> <p>1.2.2 Proporcionar a la ciudadanía un sistema unificado de atención a la salud que derive en eficiencia y efectividad en la provisión de servicios gratuitos.</p> <hr/> <p>1.2.3 Fortalecer la infraestructura de salud, en particular en las Alcaldías periféricas y ampliar los servicios para atender a los distintos grupos sociales en la Ciudad de México.</p>	<p>a. Garantizar la atención a la salud, con igualdad e inclusión, a los cuatro millones de personas que no cuentan con seguridad social.</p> <p>b. Garantizar paulatinamente el abasto de medicamentos e insumos de manera oportuna en Centros de Salud y Hospitales, a partir de generar un sistema innovador de abastecimiento y distribución de medicamentos e insumos.</p> <p>c. Garantizar servicios farmacéuticos profesionales en la red hospitalaria y atención farmacéutica en centros de salud</p> <p>d. Buscar la coordinación con la Secretaría de Salud Federal para dejar el modelo del seguro popular y avanzar en el fortalecimiento de un solo sistema de salud universal, gratuito y de calidad en todo el país.</p> <p>e. Desarrollar y operar las Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en un Modelo de Atención Primaria de Salud, independientemente del nivel de gobierno encargado de su operación (federal, de la ciudad o Alcaldías).</p> <p>f. Diseñar, implementar y operar el Sistema de Expediente Clínico Electrónico.</p> <p>g. Reorganizar los servicios en el contexto territorial para lograr una gestión efectiva y eficiente. Ampliar 66 Centros de Salud en las comunidades con menor acceso a la salud (...).</p> <p>h. Fortalecer las acciones transversales y</p>

Problemática	Objetivos generales y específicos	Acciones seleccionadas de gobierno
	<p>1.2.4 Facilitar la participación de la población en el cuidado de su propia salud con atención a sus múltiples determinantes: nutrición, actividad física, entornos saludables.</p> <p>1.2.5 Profesionalización del servicio médico: establecer el pacto institucional por la salud para incluir a los trabajadores de la salud en el logro de los objetivos.</p>	<p>programas específicos para grupos en situación de vulnerabilidad.</p> <p>i. Reactivar los Comités y Consejos de salud para atender temas específicos de protección ambiental y gestión de riesgos; salud sexual y reproductiva; embarazo adolescente; VIH/SIDA; obesidad/diabetes; adicciones, violencia, entre otras.</p> <p>j. Fortalecer el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones y los programas de atención en particular para los adolescentes y jóvenes, generando acciones que fomenten la información, educación y consecuencias de diversas drogas y sustancias, así como programas de atención a la salud mental.</p> <p>k. Capacitar a los trabajadores de la salud para ofrecer servicios basados en la calidad técnica, humana y de servicio.</p> <p>l. Avanzar hacia la regularización gradual del personal contratado en forma precaria.</p> <p>ll. Avanzar hacia plantillas completas de profesionales de la salud en hospitales, clínicas y centros de salud.</p> <p>m. Incrementar la diversificación de los perfiles profesionales en los equipos de salud (p. ej. farmacéuticos en hospitales, fisioterapeutas en servicios ambulatorios y promotores de salud para acciones comunitarias).</p>

Fuente: elaboración propia con base en Gobierno de la Ciudad de México (2019). Nota: Las numeraciones en la primera y tercera columna siguen un formato libre, no reflejan alguna codificación proveniente del propio documento.

Como habíamos visto en el capítulo 4, el diagnóstico del programa de gobierno consideraba las desigualdades tanto territoriales como sanitarias, además de la prevalencia de la depresión, la adicción y las lesiones intencionales. Como parte de la respuesta, el enunciado del objetivo general 1.2 descompone dos directrices, tanto garantizar el derecho a la salud de las personas sin seguridad social, como delimitar una coordinación con el ámbito federal para lograr un sistema unificado de atención a la salud, universal e integral. Es decir, desde los planteamientos de 2019 se colocan al mismo nivel dos esfuerzos, con la intención de que guarden relación: la aspiración a la universalidad y la búsqueda de cooperación con el sector federal de salud.

Las acciones “d” y “e” canalizan esta deseable coordinación, que incluso guardan consistencia con las intenciones del Prosesa 2020-2024, a nivel federal, en especial la alusión al Modelo de Atención Primaria de Salud (ver anexo 2). El documento también añade una figura de cómo sería la organización del Modelo de Salud, según SSA, donde dentro del tipo de unidad de salud “módulos”, se visibiliza a los módulos de salud mental como parte del engranaje de referencias y contrarreferencias. De forma complementaria, la acción “j” apuesta por los programas de atención a la salud mental, aunque se los relaciona directamente con la atención de adicciones, en especial para los adolescentes y jóvenes.

El avance hacia la universalidad de la salud requiere de la gestión eficiente de medicamentos e insumos, así como de servicios complementarios como farmacéuticos. De forma acorde, el programa incluye las acciones “b” y “c”. No obstante, conforme expresamos en el capítulo 8, la atención de salud mental para no derechohabientes en primer nivel se vio obstaculizada en este periodo por severas limitaciones de existencia, suficiencia y disponibilidad de estos productos psiquiátricos. Por su parte, las acciones I y II parten de reconocer, de forma implícita, una precarización del empleo médico. Al final, dicha dimensión precaria prosiguió en esta administración, si observamos el caso del plantel operativo de psicología que trabaja en los MSM, como relatamos en el capítulo 6.

Destacamos la consideración de la participación social en el Programa de Gobierno, como elemento que influye en la atención de los determinantes sociales de la salud. La acción “i” menciona una serie de comités y consejos de salud que requieren reactivación, donde no se incluye a la salud mental (pero sí a las adicciones). Su alusión recién se da en la Ley de Salud de la Ciudad que fue aprobada en el 2021, conforme expusimos en la sección anterior.

Fuera del sector salud, no hay vínculos conceptuales o propositivos en el Programa de Gobierno que relacionen de forma explícita la salud mental con otro tipo de intervenciones. En ese escenario, vale la pena también acudir a la transcripción del discurso de la Jefa de Gobierno en el periodo 2019-2024, al realizar la toma de protesta de su gabinete, que aparece en el mismo documento (Gobierno de la Ciudad de México, 2019). El compromiso 68 habla de rescatar a los jóvenes en el contexto de la inseguridad ciudadana, con tres propuestas, en coordinación con la Secretaría de Seguridad Ciudadana:

“El primero es dejar de criminalizar a los jóvenes, el programa busca que los jóvenes que llegan al juzgado cívico puedan tener distintas alternativas dependiendo de sus características desde atención a las adicciones hasta un programa integral de salud mental asociado a sus familias también” (Gobierno de la Ciudad de México, 2019, pp. 218).

Esta mención es relevante, aunque focalizada a un grupo social en particular, algo que es insuficiente ya que la aparición de desórdenes emocionales es más extensiva en la población capitalina, como vimos en el capítulo 4. En ese sentido, se necesita de diagnósticos más detallados y actualizados sobre la realidad de los TSM, que reconozcan las diferencias por grupos de edad, género y tipo de población vulnerable, con comparación temporal entre lo que ocurría antes y después de la pandemia por Covid-19.

De acuerdo con lo expuesto, el Programa de Gobierno señaló intenciones de atender problemáticas sanitarias estructurales. No obstante, la atención de salud mental solo fue reconocida a partir de la coordinación que se pueda realizar con el nivel federal, sin planteamientos innovadores desde la política social y con una posición focalizada en el rubro de la seguridad ciudadana, o dirigida para la población juvenil con problemas de adicción. En ese orden, si tan solo miramos las dimensiones del problema planteadas en el mismo documento de gobierno, no hay respuesta y, por ende, pertinencia en materia de salud mental, pese a la alta ocurrencia de lesiones intencionales y la prevalencia de la depresión, en un entorno con tendencia al envejecimiento poblacional y con diferencias territoriales de marginación.

5.2.3. Rectoría de salud mental y adicciones

La Sedesa ejerce la rectoría del Sistema de Salud de la Ciudad (de acuerdo con la Ley de Salud). En particular, formula, ejecuta, opera y evalúa las políticas de salud (artículo 40 de la vigente Ley Orgánica del Poder Ejecutivo), a la par que coadyuva a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, proponiendo e impulsado la adecuada coordinación y vinculación con la Secretaría Federal (artículo 17 de la Ley de Salud).

Asimismo, planea, dirige, controla y supervisa las acciones en materia de salud mental (artículo 40, numeral XX de la Ley Orgánica mencionada), con un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género (artículo 8 de la LSMDF). En ese sentido, la Secretaría dispone de los siguientes servicios especializados, más allá del PSM (a ser presentado en la siguiente sección):

1. Servicios de psicología y psiquiatría en la red hospitalaria de la Sedesa
2. Programa de cuidados paliativos y voluntad anticipada
3. Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género (Sepavige)
4. Instituto de Prevención y Atención de las Adicciones (IAPA).

El anexo 6 informa en detalle de las características de cada intervención, resaltando su dimensión de servicios (IAPA cuenta también con funciones normativas y regulatorias respecto a centros de atención de adicciones). Salvo la atención psicosocial que se puede ofrecer en las propias instalaciones de IAPA, los demás son servicios ofrecidos en la red de hospitales de segundo nivel de la Secretaría de Salud. Asimismo, también hay que destacar la disponibilidad de Sepaviges en cuatro centros de salud (ubicados en Iztapalapa, Coyoacán, Milpa Alta e Iztacalco, al 2022).

Los servicios de los dos primeros numerales ofrecen atención psicológica y/o psiquiátrica a la población usuaria de los hospitales del Gobierno de la Ciudad, incluyendo a los familiares y cuidadores de los pacientes o a la propia plana médica y administrativa de estas unidades. En el caso del primero, también pueden referenciar los casos más severos a los HP y en el caso de trastornos no graves puede haber una derivación a los centros de salud con MSM más cercanos a los domicilios de los usuarios.

La referencia es fundamental para que el proceso de atención y tratamiento de un paciente tenga continuidad¹⁵. El envío a alguno de los cuatro HP, desde segundo nivel, siguió una frecuencia anual promedio de 288 veces, a lo largo de los años 2018-2022. Los hospitales generales fueron los que más referencias realizaron, aunque los hospitales pediátricos enviaron pacientes de forma constante al hospital psiquiátrico Juan N. Navarro, incluso los traslados de niños, niñas y adolescentes a este HP aumentaron prácticamente el doble en el 2021, respecto a lo que ocurría en el 2018 y 2019.

En lo que concierne a las referencias a primer nivel, algunos puntos a destacar:

1. Los hospitales de la Sedesa prefieren derivar a alguno de los tres Cecosam disponibles (un total de 228 referencias entre los años 2018 y 2022), antes que a los MSM de los centros de salud (155 referencias).
2. Más del 50% de los envíos a centros de salud fueron referencias de hospitales pediátricos al cs T-III Dr. Galo Soberón y Parra, que dispone de una clínica de autismo. Se anota la preponderancia de este servicio en primer nivel, aunque las referencias disminuyeron en el año 2020 y 2021, debido posiblemente a las limitaciones de acceso por la contingencia sanitaria.
3. Respecto al subconjunto de referencias a primer nivel (sin contar los traslados a la clínica de autismo), la mayoría de pacientes fueron enviados a módulos de salud

¹⁵ A continuación, se utilizan datos obtenidos de un Informe de Referencias enviadas a primer y tercer nivel, años 2018-2022, entregado por la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias de la Sedesa

mental localizados en las áreas central y nororiente de la capital. Asimismo, entre los años 2018-2022, solo hubo 18 traslados a centros de salud de las zonas sur-suroriente y cuatro referencias hacia unidades del sector poniente.

4. De lo expuesto, inferimos que el profesional médico de hospitales opta por las referencias a servicios de primer nivel que dispone de personal de psicología o psiquiatría, aunque pareciera que falta un mayor conocimiento de la oferta de MSM que existe en los centros de salud.

Las áreas Sepavige también atienden a la población hospitalaria pero además pueden recibir a la población abierta en general, con tal de que se cumpla el objetivo de la intervención: disminuir la incidencia de daños de personas víctimas de violencia de género. Para ello, la atención es conjunta y multidisciplinaria, desde las dimensiones médicas, legales y psicológicas. Los procedimientos se sostienen sobre la base de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la Norma Oficial Mexicana 046, lineamientos y ordenamientos del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Además, la intervención no solo se acota a una actuación dentro de la unidad médica. Así, fue necesario el diseño de un protocolo de coordinación a nivel local, donde estuvieron involucrados Sedesa, Semujeres, FGJCDMX y la Secretaría de Bienestar.

Solo las acciones de los numerales 1 y 3 cuentan con números significativos de población atendida, por arriba de las 8,000 personas. Los servicios de cuidados paliativos, así como la contención pronta de personas con adicciones en IAPA disponen de un alcance más modesto.

En materia de conducción, una de las dimensiones de una rectoría, la Secretaría no lidera una política o plan concreto de salud mental, en línea con las ausencias programáticas ya expuestas en el Programa de Gobierno 2019-2024. Tampoco hay una unidad administrativa o programa que coordine o articule acciones entre los servicios mencionados o con el PSM, instancia de primer nivel. Incluso es el PSM (programa de SSPCDMX) que en la práctica asume una función de coordinación, cuando SSA solicita información en morbilidad y conducta suicidio (por ejemplo, número de casos atendidos, número de intentos, número de lesiones). Mediante oficios, la gestión del PSM solicita colaboración a las unidades de información y áreas de intervención de la Sedesa (Entrevista A.1).

A su vez, tampoco se ha instalado el Consejo de Salud Mental, al menos al 2022. De acuerdo con la LSMDF y la vigente Ley de Salud, las atribuciones de conducción se comparten con el Consejo de Salud Mental, como órgano asesor.

La falta de un instrumento de planeación específico (ver sección anterior) y la ausencia de una rectoría clara desde la SEDESA en el ámbito de la SM, conlleva a una falta de articulación formal

respecto a los servicios señalados con anterioridad. Es decir, no se dispone de indicadores orientados a resultados que se alimente de la eficacia de estos servicios, ni presupuesto propio por cada uno de estas intervenciones (salvo Sepavige, que cuenta con una asignación presupuestal específica).

Un mecanismo alternativo de coordinación se ha establecido desde la dimensión de prevención y atención de adicciones. La Mesa Espejo de la Ciudad de México fue reinstalada en el 2021, en el marco de la implementación de la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones, y tiene como objetivo definir e implementar acciones de incidencia territorial en la ciudad, en coordinación con la federación y de acuerdo con los lineamientos y principios esenciales de la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones. De acuerdo con el acta de reinstalación, aparecen más de 20 instancias del gobierno capitalino, incluyendo no solo al sector salud, sino a educación, trabajo, medio ambiente e inclusión y bienestar social. Es una oportunidad de articulación, pero solo está delimitado a las problemáticas de adicciones, respondiendo a una estrategia federal a cargo de Conadic.

Por otra parte, se cuenta con instituciones en el Gobierno de la Ciudad que han implementado y siguen operando proyectos y programas que buscan contribuir a la atención de la problemática abordada en esta evaluación. Parten del hecho que los recursos humanos, físicos y económicos del sector salud no son suficientes para atender la presencia y demanda creciente de problemáticas psicoemocionales, donde las respuestas de gobierno no se circunscriben a un enfoque biomédico, y donde hay que contener los determinantes sociales que inciden de forma negativa en la salud de los capitalinos. Esta perspectiva encuentra respaldo en el artículo 14 de la Ley Orgánica, que indica que los entes de la Administración Pública de la Ciudad conducen políticas públicas que promueven, protegen y garantizan el derecho a la salud mental y física.

En el anexo 7 presentamos una lista detallada de programas sociales o intervenciones varias del Gobierno de la Ciudad y de las Alcaldías que toman en consideración elementos psicosociales o emocionales en la confección de sus programas o en las problematizaciones empleadas para justificar los mismos. De acuerdo a la información presentada en dicho anexo, encontramos lo siguiente:

1. 12 programas o intervenciones del Gobierno de la Ciudad, 5 de Alcaldías que articulan aspectos psicosociales del bienestar en su elaboración
2. 7 programas relacionados con desarrollo social, 5 con asistencia social, 4 con educación, 4 con igualdad de género, y 2 vinculados con seguridad y reinserción social (una intervención puede insertarse en más de una temática)

3. La mayoría de intervenciones (9) se relacionan con el ámbito de la atención de la salud mental, plasmado principalmente en componentes de atención psicológica. Pueden estar dirigidos a niños y niñas en situación de vulnerabilidad (como la Beca Leona Vicario), a mujeres que atraviesan eventos de violencia, a personas egresadas del sistema penitenciario o para realizar contención inmediata por hechos sociales (afectaciones por los sismos del 2017 o por la caída de la Línea 12 del STC Metro).
4. Se destaca que casi hay tantos programas que abordan la prevención, como la atención curativa (9 en total). Estas acciones se plasman en la realización de talleres de habilidades emocionales y acciones varias de formación y sensibilización, dirigidas a población joven (Los Jóvenes Unen al Barrio, Ciberescuelas), a agentes educativos (Atención a Población en Vulnerabilidad Escolar de SECTEI), y a personas cuidadoras (Sistema Público de Cuidados de Iztapalapa).
5. Cinco intervenciones se relacionan con la promoción de la salud mental, en esquemas de trabajo que buscan incidir en determinantes sociales de la violencia y la marginalidad (Los Jóvenes Unen al Barrio, PILARES, Alto al Fuego) o la autonomía económica de mujeres cuidadoras (Sistema Público de Cuidados de Iztapalapa).
6. Solo dos programas inciden en el ámbito de la recuperación de la salud mental y están relacionados con la contención de la violencia de género, donde la atención psicológica, médica o legal es complementada con apoyos económicos que fortalezcan autonomías (Bienestar para las Mujeres en Situación de Violencia de SEMUJERES; Seguro contra la Violencia de Género de la Alcaldía Gustavo A. Madero).

Estas intervenciones muestran la importancia de contar con acciones de gobierno que entrelacen elementos físicos y emocionales del bienestar, donde el abordaje de la salud mental se entienda no solo como una intervención específica sino bajo los ejes de la transversalidad. No obstante, para una mayor efectividad se necesita de una conducción de política, y asignación explícita de funciones a través de un programa estratégico.

5.3. Programa social Núcleos Urbanos de Bienestar Emocional (NUBE)

Como antecedente, indicamos que el objetivo del Hospital de las Emociones era la atención psicológica gratuita a personas jóvenes y padres de familia, con la ayuda de jóvenes psicólogos, contratados por el mismo Injuve CDMX. Su primera instalación de servicios se realizó en la demarcación de Venustiano Carranza en abril de 2016, luego de la recuperación de un espacio público y a partir de la aprobación presupuestal de 8 millones de pesos para la edificación, de parte de la Asamblea Legislativa (Injuve CDMX, 2018). Desde ese entonces, la intención fue fortalecer la salud emocional en los jóvenes, así como prevenir su exposición a

situaciones de violencia o peligro. A julio de 2018, contaba con cinco unidades en total (ver cuadro siguiente).

Esta ampliación de sedes provenía de una necesidad directa de expandir la cobertura: en el 2017 eran 500 personas en lista de espera para ser atendidas en la clínica de Venustiano Carranza, lo que llevaba a diputados en la entonces Asamblea Legislativa a solicitar un aumento de presupuesto para este modelo de intervención (ALDF, 2017).

De acuerdo con reportes del propio Injuve CDMX, en un lapso de tres años y a noviembre de 2018, se habían atendido a 50,000 jóvenes en estas sedes (considerando los distintos tipos de servicios). De esta población, 2,993 acudieron por tendencias o intentos de suicidio (Congreso de la Ciudad de México, I legislatura, 2018), lo que puede dar cuenta de la pertinencia y urgencia del servicio.

En el marco de la nueva administración, se cambió el nombre de estas unidades, ahora articulados a través de una lógica de operación del programa social, en los términos de la Ley de Desarrollo Social del DF y los lineamientos relacionados. Pasó a llamarse Programa Social Núcleos Urbanos de Bienestar Emocional (NUBE). En sus dos años de operación como programa, NUBE contó con un presupuesto de 4,608,000 pesos anuales, utilizados principalmente para la contratación de los facilitadores de servicios (48 profesionales, incluyendo a 40 psicólogos para atención directa). No fue una intervención relevante si se contrasta con la inversión realizada en otros programas sociales de la ciudad.

Cuadro 14. Características del Programa NUBE (antes Hospital de las Emociones), 2016-2021

Aspectos	NUBE (antes Hospital de las Emociones)
Adscripción institucional	Injuve CDMX
Tipo de intervención	En los años 2020 y 2021: programa social
Objetivo	Generar herramientas psicológicas, emocionales, adaptativas y preventivas en la población joven que reside en Ciudad de México y que necesitan de un apoyo emocional en diferentes problemáticas de su entorno social, desde problemas en sus círculos sociales hasta el acercamiento a ámbitos violentos o altamente amenazantes, a través de la promoción de actividades terapéuticas
Población objetivo	Personas jóvenes (12 a 29 años) de las 16 Alcaldías de Ciudad de México que tienen algún tipo de problemática que recae en aspectos del espectro emocional o mental, situación que representa un grado de vulnerabilidad para los jóvenes que no han tenido las atenciones necesarias para resolverlo, que no cuentan con el nivel económico para poder acceder a un servicio privado y que se encuentran alejados de poder solicitar un servicio de seguridad social
Oferta de servicios	Consultas psicológicas individuales, consultas grupales, grupos reflexivos para padres de familia, tutores y familiares de los usuarios, talleres de prevención a la población joven

Metas	En el 2021: 3,000 personas jóvenes atendidas 36,000 citas de atención psicológica (8-12 sesiones por persona beneficiaria)
N° de unidades	5 (Miguel Hidalgo, Venustiano Carranza, Cuauhtémoc, Tlalpan, Milpa Alta)

Fuente: elaboración propia con base en Injuve CDMX, 2018; reglas de operación del programa social NUBE 2021.

Para ser uno de los 40 beneficiarios facilitadores en el papel de psicólogos se tenía que cumplir ciertos requisitos básicos de acceso. Se les pedía un nivel mínimo de licenciatura en psicología concluida, dos años de experiencia laboral comprobable, con experiencia de trabajo en grupos y atención dirigida a jóvenes, así como con conocimientos en perspectiva de género, derechos humanos, aplicación de instrumentos psicológicos y modelos terapéuticos de intervención clínica. La no exigencia de experiencia específica en psicología clínica era problemática para fines de la calidad de la atención (entrevista A.1). Por lo demás, la transferencia monetaria mensual que le correspondía al personal especializado en el área de psicología en el 2021 era de \$8,050 pesos mexicanos, insuficiente en la medida que era un monto por debajo del ingreso promedio para el profesional de psicología en el país.

De acuerdo con los recursos disponibles, y con datos de Injuve CDMX entre 2018 y 2021, solo se podía llegar a un promedio anual de 2,500 personas usuarias de primera vez, número por debajo de otros servicios similares para no derechohabientes, como los centros de salud, el Cisame o los Centros de Salud Comunitaria (Cecosam). Además, había un desbalance en la capacidad de atención: el centro de atención en Venustiano Carranza solía tener más del 50% de consultas psicológicas en los totales por año.

La intervención no se articulaba directamente con servicios de salud de la Sedesa, aunque existieron coordinaciones informales con el primer nivel de atención (entrevista A.1). Lo cierto es que el programa no obtuvo presupuesto en el 2022, lo que implicó en la práctica su desaparición, ante la imposibilidad de seguir contratando al personal de psicología. Sus pacientes en lista de espera fueron trasladados a la atención de salud mental en el primer nivel de los centros de salud (entrevista A.1).

El cierre de la intervención se dio pese a las respuestas de gestión que el programa había establecido para lidiar con las repercusiones de la pandemia (apertura de comunicación a través de una red social, cooperación con Tecnológico Nacional de México para la disposición de un centro de llamadas con 20 líneas telefónicas) y a la persistencia de la propia demanda (había una lista de espera de 525 jóvenes para usar el servicio en diciembre de 2021, según datos de Injuve CDMX). Tal es así que hubo un punto de acuerdo en la Cámara de Diputados de

la ciudad en noviembre de 2021, presentado por la diputada morenista Miriam Cruz Flores, donde se exhortaba a la Secretaría de Administración y Finanzas del Gobierno de la Ciudad que aumente el presupuesto del Instituto para construir una nueva sede de NUBE en Iztapalapa, y así atender a los jóvenes de dicha demarcación y de Tláhuac, dada “la limitada cantidad de clínicas especializadas en salud mental”, el aumento de los suicidios de jóvenes, y el agudizamiento de conflictos emocionales por la pandemia (Grupo Parlamentario Morena, 2021).

El reporte de las prevalencias (ver capítulo 4) y el examen de la disponibilidad de módulos de salud mental en el nivel primario, con insuficiencias en el sur de la urbe (ver capítulo 6) corroboran la argumentación señalada en el punto de acuerdo. Además, la mayor población usuaria que acudía al servicio procedía de demarcaciones donde no existía sedes: Gustavo A. Madero e Iztapalapa (17% y 12% del total de personas jóvenes atendidas por primera vez en el 2020). Sin embargo, el programa se canceló, y el correspondiente servicio similar en el primer nivel de salud no recibió un presupuesto adicional, afectando la pertinencia y eficacia en la atención del problema público de la brecha de tratamiento.

De acuerdo con lo visto, el Hospital de las Emociones, y luego NUBE, fue una iniciativa pertinente respecto al problema crítico de la salud mental en jóvenes, ofreciendo una alternativa de servicio por fuera del sector salud. Sin embargo, contaba con capacidades reales limitadas para realizar de forma efectiva labores de prevención y atención, por su presupuesto reducido, requisitos no exhaustivos para los facilitadores de servicio, falta de disponibilidad en algunas alcaldías, y ausencia de coordinación con Sedesa. Pese a estas observaciones, su desaparición no fue una respuesta pertinente en el marco de una gestión gubernamental que lidie con los efectos de la pandemia (hallazgos internacionales mostraban que los menores de 35 años tenían más posibilidades de atravesar trastornos depresivos en la pandemia, ver Wang, Kala, Jafar, 2020).

5.4. Programa de salud mental y adicciones (PSM)

Presentamos el PSM, que se encarga de gestionar los servicios de salud mental en los centros de salud capitalinos para población sin seguridad social. Creado en el 2011, en el marco de una mención normativa en la Ley de Salud Mental promulgada en dicho año, continúa operando

hasta la actualidad¹⁶. Cabe mencionar que en los capítulos siguientes de evaluación se valoran dichos servicios, más no el programa en sí.

El PSM opera en el primer nivel de atención. Su coordinación se inscribe dentro de la Dirección de Atención Médica de SSPCDMX, Subdirección de Operación y Supervisión. Forma parte de un conjunto de programas que la institución utiliza para gestionar el ofrecimiento de atención por especialidades o tipo de enfoque, por ejemplo: servicios amigables para adolescentes, atención de enfermedades crónico- degenerativas, servicios perinatales y maternos, Salud en tu casa, autismo y geriatría, por citar algunos.

En este punto hacemos una precisión: la mencionada Ley de Salud Mental del Distrito Federal (LSMDF) señala que corresponde a la Sedesa elaborar el Programa de Salud Mental, fomentando la participación de los sectores social y privado, además de implementar de manera formal y sistemática programas en materia de salud mental, con un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género (artículo 8). El respectivo reglamento amplía:

El Programa, describe el conjunto de actividades y estrategias, para instituciones públicas, sociales y privadas, así como para personas físicas o morales de los sectores social y privado que planifiquen, administren, coordinen y en su caso coadyuven en la prestación de servicios de salud mental en el Distrito Federal (Reglamento de la LSMDF, art. 46).

Es decir, por un lado, está el empleo del término programa como instrumento político y programático para orientar y articular los servicios relacionados de SM que se ofrezcan en la ciudad, cuyo principal propulsor debe ser la Sedesa, y que demanda de otros actores sociales. Por otro lado, está el conjunto de programas “en materia de salud mental” a ser implementados por la Sedesa, “con un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género”, es decir, desde una posición más operativa. Justamente, el programa que presentamos es la intervención operativa de los SSPCDMX para ofrecer atención de salud mental en el primer nivel.

La misión del programa que forma parte de los SSPCDMX es “brindar atención médica psiquiátrica y psicológica integral, con enfoque de primer nivel, de alta calidad y con pleno respeto de los derechos humanos” (SSPCDMX, 2018), priorizando al sector de la población que no cuenta con afiliación a instituciones de seguridad social. Al 2018, el objetivo de la

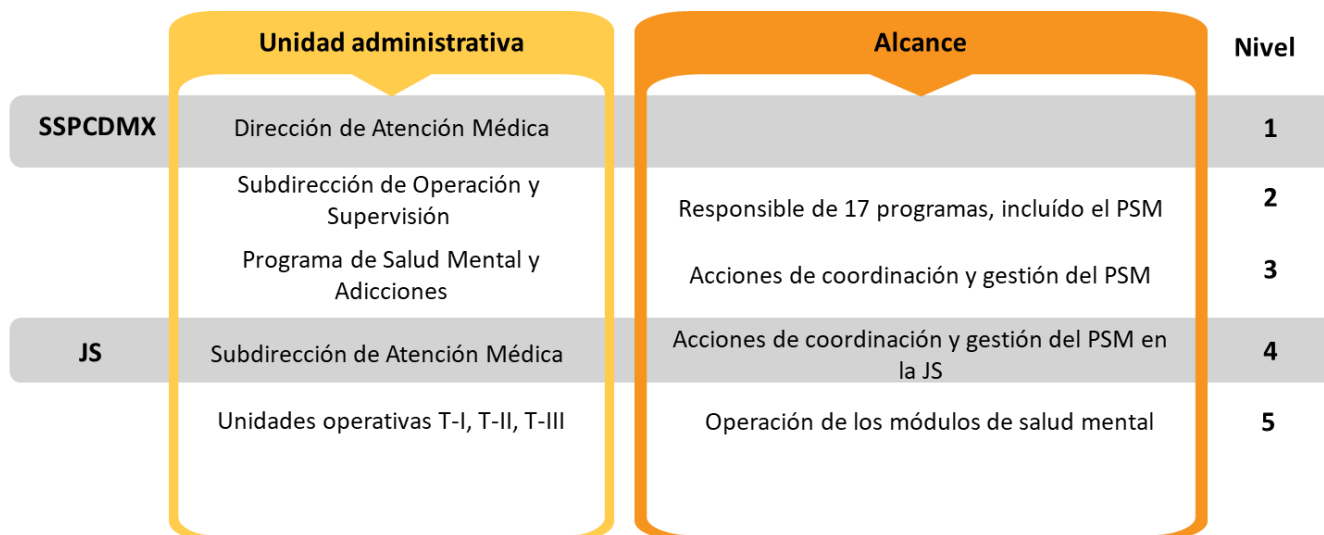
¹⁶ Más allá de la existencia de una coordinación específica, de manera previa existían módulos de salud mental en centros de salud desde décadas atrás, aunque con una participación reducida de personal de psicología (entrevista 1.1.)

intervención era la “detección oportuna, prevención y tratamiento de los problemas de Salud Mental entre la población usuaria de servicios de salud en el primer nivel de atención” (SSPCDMX, 2017, pp. 16). Éste se modifica en el 2021, con la ampliación del tipo de servicios ofrecidos, relacionados con el consumo de sustancias, en línea con la tendencia federal de establecer un solo frente para atender ambas problemáticas:

El Programa de Salud Mental y Adicciones tiene como objetivo general la detección oportuna, la prevención y el tratamiento de los problemas de salud mental y la prevención y atención de los problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, entre la población usuaria de servicios de salud en el primer nivel de atención (SSPCDMX, 2021, pp. 17).

Como ocurre con otros programas de los SSPCDMX, el PSM se inscribe en una estructura organizacional compleja de varios niveles, que involucra a los centros de salud y a las jurisdicciones sanitarias (JS), en tanto unidades de organización que gestionan los servicios de salud por cada demarcación de la ciudad. Anteriormente eran incluso seis niveles, pues había una unidad “Coordinación de programación y operación” que estaba en un segundo plano luego de la Dirección de Atención Médica. Dichas coordinaciones fueron eliminadas en el 2019 con el cambio de administración (Entrevista A.1).

Figura 24. Estructura organizacional del PSM y alcance por nivel



Fuente: elaboración propia, con base en SSPCDMX (2019a) y trabajo de campo. El establecimiento de niveles no guarda necesariamente relación con pautas administrativas de SSPCDMX, es un recurso heurístico nuestro para fines expositivos.

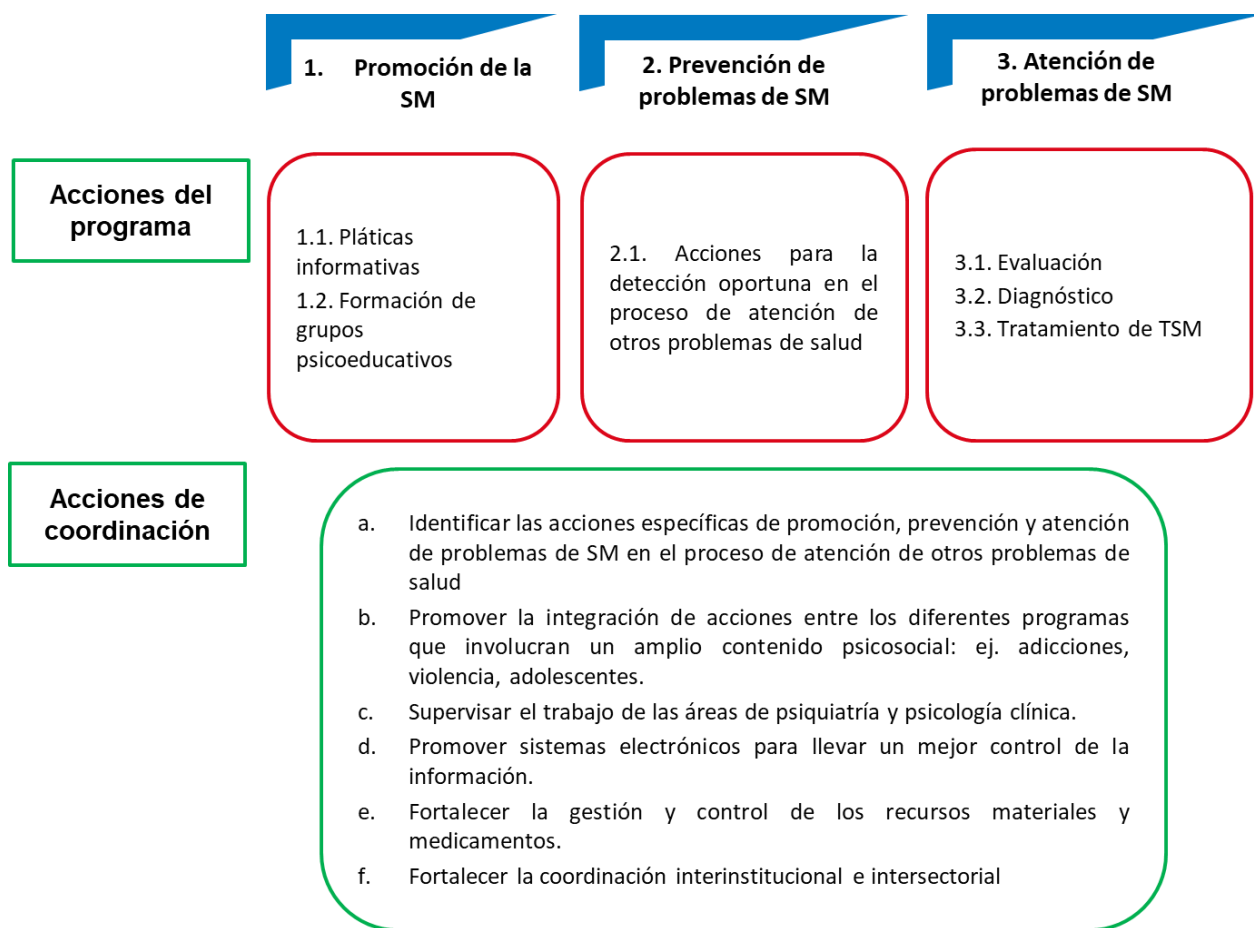
Dentro de la estructura que trazamos, en el nivel 3 se dan las acciones principales de coordinación del programa. Algunas de dichas actividades se replican en el nivel 4, en el plano de cada jurisdicción sanitaria. Aparece aquí la figura de una instancia coordinadora del PSM, que hará las veces de enlace con el personal de los módulos de salud mental (en lo que sigue MSM). Este módulo es el término acuñado al “espacio físico destinado a la atención integral del usuario con trastorno mental y sus familiares” (artículo 48 del reglamento de la LSMDF). Posteriormente, su delimitación fue ampliada, en cuanto son:

unidades especializadas que brindan atención específica a los problemas emocionales y conductuales, además de participar en la promoción de la salud mental y la prevención de complicaciones y/o recaídas de los padecimientos emocionales y de la conducta, en las diferentes etapas de la vida (SSPCDMX, 2017, pp. 22).

La preferencia, siguiendo las prescripciones de la LSMDF, es que cada MSM esté acondicionado y equipado conforme lo dicten las normas oficiales mexicanas, y solo en caso excepcional “adaptado a los recursos materiales disponibles” (artículo 48 del reglamento). Los MSM dependen de los directores de cada centro de salud o unidad hospitalaria que forma parte de la red de la Sedesa, indica el reglamento.

A lo largo de los ejercicios 2018-2021, los objetivos específicos del PSM pudieron variar y adaptarse, si nos basamos en una revisión de documentos administrativos de trabajo. Estos objetivos suelen ser al menos ocho por año, mencionando las acciones establecidas, pero sin una distinción adicional de priorización o jerarquización. De una forma sintética, estas acciones las podemos agrupar en tres niveles de intervención (promoción, prevención y atención) y categorizarlas como acciones del programa (que se realizan en los MSM) y acciones de coordinación (que se dan en la coordinación central y en cada JS).

Figura 25. Acciones del PSM y acciones de coordinación por nivel de intervención



Fuente: elaboración propia con base en programas anuales de trabajo del PSM (2018-2021). Nota: La diferencia entre acciones sustantivas y de coordinación no aparece en los documentos de planeación revisados, pero es una distinción heurística que hacemos para fines expositivos.

En la parte superior de la figura aparecen los tres procesos principales del programa, relacionados directamente con la entrega de servicios. La promoción consiste en actividades de difusión sobre lo que implica la salud mental -incluyendo riesgos y recomendaciones- destinadas a generar conciencia y conocimiento en las personas usuarias de los centros de salud y a la población general interesada. Dichas actividades pueden ser intramuros o extramuros, es decir, en el centro de salud o fuera de éste, en talleres o sesiones educativas, sea en espacios públicos o en instituciones, como las escuelas. Lo que se busca es que el servicio cuente con un mayor alcance, así como contribuir a reducir el desconocimiento y estigmas que la población tiene sobre la salud mental y los trastornos relacionados. Cabe añadir que dichas actividades no se restringen solo a la temática de salud mental, ya que los servicios de salud de nivel primario ponen a disposición personal multidisciplinario, incluyendo profesionales médicos, enfermería y trabajo social.

La prevención involucra la detección oportuna de afecciones de salud mental en la población usuaria y comunidades cercanas, a través de la aplicación de tamizajes, evaluaciones diagnósticas, pruebas psicológicas, entrevistas, entre otros, con la finalidad de anticipar y abordar condiciones de la población antes que deriven en situaciones de mayor complejidad. La acción está involucrada en objetivos y acciones varias, que van incluso más allá del PSM, en una interrelación operativa con otras acciones programáticas de la Dirección de Atención Médica de SSPCDMX. En el capítulo 8 reportamos en detalle ciertas limitaciones encontradas en los centros de salud visitados, en cuanto falta de pruebas psicológicas o recursos de papelería, para cumplir efectiva y eficientemente con la acción de prevención.

Por atención se hace referencia a la consulta psicológica o psiquiátrica que diagnostica y atiende padecimientos o condiciones, con el soporte de procedimientos internos, manuales y códigos de sintomatología avalados y utilizados internacionalmente. La atención oportuna contribuye a la reducción de complicaciones o enfermedades que impliquen mayor degradación de la salud en las personas, así como a reducir la cantidad de recursos que se deben destinar para atender una condición particular. En los capítulos 7, 8 y 9 analizamos con mayor detalle la relación de los usuarios con los profesionales de la SM a nivel de la atención en los MSM.

En lo que concierne a las acciones de coordinación, los puntos a, b y f hacen alusión a la necesaria transversalidad del servicio, en cuanto requiere introducirse en otros servicios de salud, no solo en el ámbito institucional de los centros de salud. En ese sentido, una de las psicólogas entrevistadas comentaba, citando un ejemplo, que “a los adolescentes les damos un seguimiento a lo largo de la vida, en el proceso de orientación vocacional, la sexualidad, en los grupos, un seguimiento más puntual” (Entrevista con psicóloga D.4). En realidad, más que proponer terapias grupales, el personal de PSM se va integrando a las iniciativas de actividades grupales (talleres y pláticas) de otros programas de salud del primer nivel, como los grupos de adolescentes (en el marco del Programa de Servicios Amigables para Adolescentes) o los grupos de ayuda mutua, donde se busca atender de manera integral a las personas con enfermedades crónicas degenerativas, con participación no solo del personal de los MSM, sino de medicina general, enfermería, trabajo social y nutrición.

Este tipo de actividad fue suspendida en los centros de salud durante la contingencia sanitaria, y aún no se reiniciaba durante el periodo de trabajo de campo. Justamente, la población usuaria entrevistada reportaba sobre la utilidad de estas aproximaciones, reclamando un pronto retorno de las mismas, en cuanto destacaban la importancia del contacto social (por ejemplo, entre padres e hijos en las dinámicas para los grupos de adolescentes), como

elemento de mejora de la convivencia intergeneracional y la reducción del estigma contra la población con algún TSM¹⁷.

Otra estrategia que permita cumplir con los puntos a, b y f es la realización de capacitaciones sobre los contenidos de la guía mhGAP, para orientar a los profesionales de la salud en el primer nivel sobre en la detección adecuada de trastornos mentales (OPS, 2020). El objetivo de las capacitaciones al personal de los centros de salud (incluyendo equipo administrativo) es que tomen conciencia y se involucren en el proceso de detecciones oportunas y contribuyan a la prevención y atención de los trastornos relacionados. Las capacitaciones en esta guía son impartidas y replicadas por especialistas en la materia y los propios psicólogos o psiquiatras que laboran en los MSM (acreditados de forma previa).

Cabe añadir que el Consejo Nacional de Salud y el Consame requirieron como meta a los Sesa que todo el personal del primer nivel de atención debía ser capacitado en esta guía. Si bien durante el último trimestre de 2022 se realizó una capacitación masiva en la ciudad, avanzando considerablemente con la meta asignada, la coordinación del PSM, en conjunto con las jurisdicciones sanitarias, continuaban buscando estrategias para tener una cobertura total.

La detección anticipada de riesgos a la salud mental es un factor relevante para que la población usuaria de los centros de salud acuda por tratamiento a los servicios de psicología o de psiquiatría, y como vemos en el capítulo 7 (sección admisiones), la participación previa de otros especialistas médicos, incluyendo médicos generales, así como personal de enfermería, trabajo social o de archivo es también preponderante en el ingreso de pacientes a los MSM.

En ese sentido, la capacitación basada en la estrategia mhGAP es un instrumento crucial para la detección prematura. No obstante, consideramos que requieren ser complementados con proyectos institucionales de acompañamiento al personal de salud y alternativas de atención colaborativa, para que médicos psiquiatras o profesionales de psicología orienten al recurso humano a través de la experiencia médica concreta. Los puntos d y e informan de aspectos de gestión para la efectividad del servicio (sistemas de información, insumos materiales y

¹⁷ Respecto al punto b, la actual gestión del PSM informa que se cuenta con trabajo en colaboración con instituciones como el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) para la Atención a la Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas “Barrio Adentro”, también se cuenta con un trabajo intersectorial con la Universidad “Rosario Castellanos” en la formación de Brigadas universitarias de Salud Mental. Asimismo, en 2021 se capacitó sobre la estrategia “Justicia Terapéutica” dando seguimiento puntual en el año 2023.

medicamentos). En especial, en el marco de la evaluación vimos déficits de disponibilidad de estos recursos, como exponemos en el capítulo 8.

El inciso c informa de una tarea considerada relevante por la coordinación central del programa y por las contrapartes de coordinación en las jurisdicciones sanitarias: la supervisión administrativa y operativa del trabajo realizado por el personal de psicología y psiquiatría, donde se realizan visitas a los módulos para observar si se cumple la meta de atención de siete consultas al día por profesional, y para revisar desempeño atendiendo cuestiones procedimentales en el llenado de formatos. Por lo demás, el propio programa reconoce que hay una necesidad de mejorar el sistema de información y control de las acciones médico psiquiátricas, psicológicas y psicosociales (SSPCDMX, 2019b).

El PSM gestiona no solo la operación de los MSM sino de los CAPA. Estas últimas unidades tienen su origen en una estrategia federal que data del 2010, donde el objetivo de estos centros es contener el avance en el consumo de alcohol, tabaco y drogas varias, con estrategias de prevención y modelos de intervención breve desde una atención de primer nivel (Echeverría, Cárdenas, Gutiérrez, 2020). En ese sentido, la responsabilidad principal de estos centros de recae en Conadic, más la administración operativa por cada entidad federativa queda en manos de los Sesa, estando en Ciudad de México bajo responsabilidad de los SSPCDMX. Cabe precisar que es Conadic quien instruye las metas de consultas, de promoción, de detección y de capacitación en torno a los CAPA, a ser ejecutados por cada Sesa (Entrevista A.1).

Ahora bien, está en marcha un proceso de reconversión en los CAPA, que pasan a ser Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones, en pro de una ampliación de los servicios hacia personas que no necesariamente tengan sintomatología relacionada con adicciones, sino con problemas generales de SM. Esto responde a una política de Conadic, que busca una reconversión funcional e implementación operativa de nuevos procedimientos en estas unidades (Conadic, 2022).

En materia de recursos humanos, al 2022, el PSM disponía de 304 psicólogos y 37 psiquiatras, que ofrecían atención en 115 unidades de primer nivel, entre centros de salud, clínicas de especialidad y unidades CAPA. El número bajo de psiquiatras forma parte de una insuficiencia en el primer nivel, como veremos en el capítulo 6 al hablar sobre recursos humanos.

Cuadro 15. Número de unidades con profesionales de salud mental y número por especialidad, primer nivel de atención de Sedesa, 2022

	Centros de salud y clínicas de especialidad	CAPA	Total, en primer nivel ¹
Número total de unidades	223	32	255
Unidades con al menos un profesional de SM	78	31	110
Porcentaje en relación con el total	34.9	96.8	43.1
Número de psicólogos	157	147	304
Número de psiquiatras	23	14	37

Fuente: elaboración propia, con base en reportes administrativos de Sedesa/SSPCDMX. Nota: ¹ La columna “Total, en primer nivel” suma solo los siguientes tipos de unidades: centros de salud, clínicas de especialidad y CAPA.

Para finalizar esta presentación, una anotación sobre las características estructurales de este programa. Se inserta como uno de los programas para la prestación de servicios de salud de la Dirección de Atención Médica de SSPCDMX, en cuanto permite el cumplimiento de una de las funciones de esta dirección, a saber, la dirección, coordinación y control de la prestación de los servicios de atención médica en unidades de salud de primer nivel (artículo 17 del Estatuto Orgánico de la institución publicado el 30 de agosto de 2019). En ese sentido, el empleo del término programa es entendido como una estrategia operativa que detalla las acciones a seguir para cumplir una actividad de atención médica de primer nivel, en este caso, salud mental.

Así, el Programa Operativo Anual institucional no descompone metas por los programas que pueda tener la Dirección de Atención Médica. Los indicadores y metas son delimitadas por actividad institucional, categoría establecida para una distribución ordenada de recursos presupuestales. La Dirección mencionada solo cuenta con indicadores generales de gestión (atención médica de carácter general, consulta especializada, atención médica hospitalaria). La segunda es la que tiene una meta anual que suma las consultas que contribuyen a disminuir la morbilidad, la mortalidad y la detección temprana de complicaciones de las enfermedades crónico degenerativas en la población capitalina sin seguridad social.

Asimismo, la Dirección cuenta con indicadores relacionados con problemáticas específicas de salud, que fueron definidas en anteriores administraciones o son encargos vinculados a una

política federal (detección de cáncer cervicouterino, detección de cáncer de mamá, atención en salud sexual y reproductiva, atención médica a las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, vigilancia de menor de 5 años).

En todo caso, el PSM dispone de cinco indicadores de gestión, bajo una lógica de productividad que solo considera la medición de acciones realizadas, no de sus impactos sobre la población: consulta total de salud mental (psicología y psiquiatría), consulta de psicología, consulta de psiquiatría, detección de trastornos mentales, actividades de promoción de la salud mental (número de pláticas y grupos psicoeducativos). Las metas correspondientes se subdividen por jurisdicción sanitaria, y se basan en la disponibilidad de recursos, antes que en la atención de una demanda real. Cabe precisar en este punto que el programa tiene la autonomía de fijar las metas relacionadas con la operación de los MSM, pero las vinculadas con los CAPA son fijadas por Conadic, como indicamos líneas arriba. Adicionalmente, hay cumplimiento de metas que no se registran como parte de los logros del PSM, en cuanto son reportados por otros programas de Sedesa o de SSPCDMX que también informan sobre objetivos alcanzados a nivel de atención psicológica o psiquiátrica.

Mostramos un ejemplo en el cuadro siguiente, respecto al personal de salud mental en centros de salud de la JS Coyoacán. Eran en total 16 profesionales en el 2022, pero solo se detalla la productividad de seis de ellos para fines expositivos. Las metas se definen en función del número de días hábiles del año y la regla de siete consultas al día por profesional (tres consultas de primera vez y cuatro subsecuentes). De hecho, se aprecia las dificultades de cumplir con la cuota de pacientes de primera vez, los mejores porcentajes se halla en el número de consultas subsecuentes. Por lo demás, quien tiene un mejor desempeño general es el profesional médico de psiquiatría (personal N° 14), que da cuenta de la demanda por los servicios de psiquiatría, pese al bajo número de personal en el primer nivel.

Cuadro 16. Informe anual por recurso humano seleccionado del servicio de salud mental en centros de salud de Coyoacán, Ciudad de México, 2022

PERSONAL	PRIMERA VEZ			SUBSECUENTE			TOTAL			DÍAS	
	META	LOGRO	%	META	LOGRO	%	META	LOGRO	%	TOTALES	CONSULTAS POR DÍA
1	663	68	10	212	109	51	875	177	20	54	3.3
5	663	25	4	212	144	68	875	169	19	51	3.3
6	663	40	6	212	69	33	875	109	12	46	2.4
9	663	24	4	212	110	52	875	134	15	50	2.7
10	663	70	11	212	58	27	875	128	15	54	2.4
14	663	149	22	212	196	92	875	345	39	51	6.8
TOTAL	12,516	626	5	3,824	2,032	53	16,340	2,658	16	43	

Fuente: elaboración propia con base en registros administrativos de SSPCDMX

El cumplimiento de estas metas forma parte de las supervisiones realizadas por el programa. Justamente, la coordinación del PSM nos informó que, desde el 2024, la supervisión también verifica cumplimiento de estándares normativos, administrativos y técnicos. Asimismo, la actual gestión busca solventar dentro de lo posible las necesidades de capacitación detectadas. Pese a que se reconoce una mejora en la calidad de la supervisión, los indicadores relacionados siguen siendo de gestión y no en torno a la disminución de la frecuencia de trastornos de salud mental en la población.

En el caso de esta evaluación, cuando hacemos valoraciones sobre la eficacia de los servicios de primer nivel (capítulo 8), o respecto a la cobertura (capítulo 9) no lo hacemos en función de los indicadores disponibles de la SSPCDMX, pues no existen o están restringidos bajo una lógica operativa de reporte de metas administrativas. Nos basamos más en aspectos de aceptabilidad, en función de lo que informa la literatura, incluyendo las recomendaciones de la OMS, estándares específicos que aparecen en la normativa nacional y local (normas oficiales, legislación como la Ley de Salud local o la LSMDF, documentos administrativos y procedimentales) y la opinión de la población usuaria entrevistada sobre el impacto de los servicios de salud mental en su bienestar.

6. Recursos de salud mental para población no asegurada

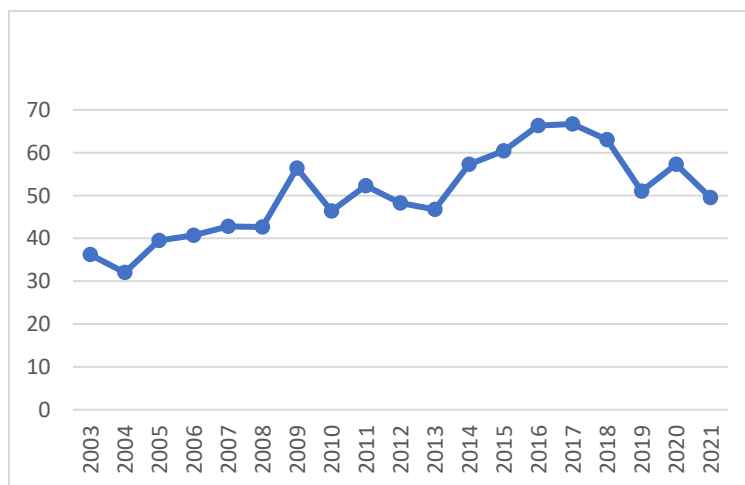
Como vimos, el Gobierno de la Ciudad señaló en su Programa de Gobierno la insuficiencia y falta de adecuación de la infraestructura y los recursos de salud en la capital, no distribuidos de forma acorde. Sobre estas afirmaciones realizamos un análisis sobre los recursos destinados a la atención de salud mental, identificando cambios ocurridos entre 2018 y 2022, a nivel de unidades de atención, personal, medicamentos y suficiencia presupuestal.

6.1. Recursos presupuestales

En los últimos 20 años, el gasto público en salud para Ciudad de México ha tendido a situarse entre los tres y cuatro puntos porcentuales del PIB, obteniendo los porcentajes más bajos dentro de los últimos 10: 2014 (3.0%), 2017 (3.1%), 2018 (3.0%) y 2019 (2.9%). Si bien hubo incrementos relevantes en 2020 y 2021 (siempre por debajo del 4%), la tendencia -en el país y en la capital- ha ido de forma opuesta a los aumentos porcentuales del gasto en países de la OCDE, que en el año 2003 tenía como promedio 5.6% y en el 2021, 7.6%.

En un sistema segmentado de salud, la población más desfavorecida es la que no cuenta con seguridad social. La asignación histórica del gasto público per cápita suele ser menor para dicha población: hubo esfuerzos incrementales para que la proporción se acerque al gasto destinado a la población con seguridad social, en particular entre los años 2015 y 2018. No obstante, en los últimos años dicha tendencia se revirtió.

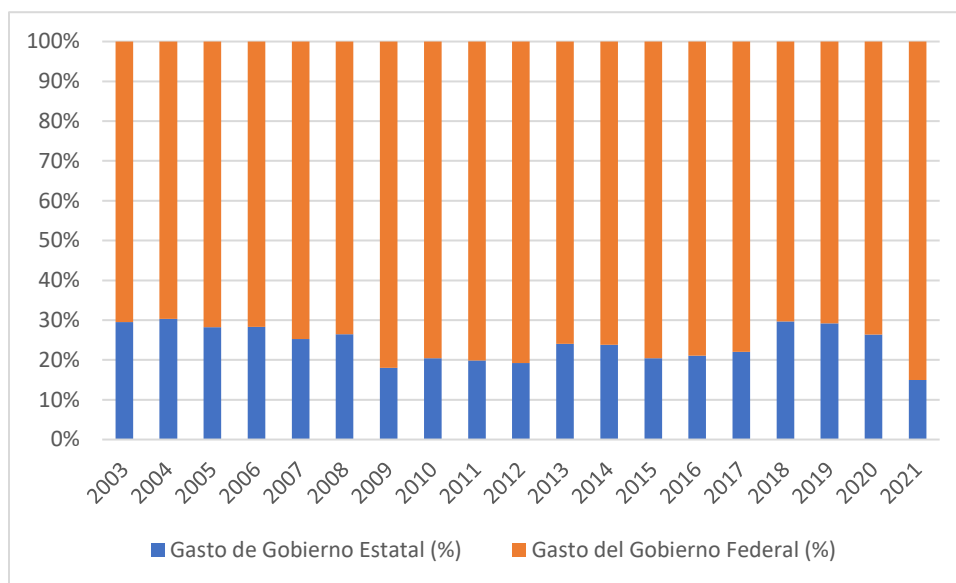
Figura 26. Porcentaje del gasto público per cápita para la población sin seguridad social en relación con la que cuenta con seguridad social, Ciudad de México, 2003-2021



Fuente: elaboración propia con datos del Sistema de Información de la DGIS

Las transferencias y el ejercicio directo del ámbito federal son las principales fuentes de gasto en la capital, para población sin seguridad social. El aporte del Gobierno de la Ciudad solo contribuyó con el rango de 20% a 30% del gasto total entre los años 2003 y 2020, mientras que el porcentaje histórico más bajo se halló en el 2021 (15%).

Figura 27. Gasto de gobierno estatal y de gobierno federal para población sin seguridad social, Ciudad de México, 2003-2021



Fuente: elaboración propia con datos del Sistema de Información de la DGIS

El presupuesto del sector salud para la población sin seguridad social laboral se distribuye principalmente entre los SSPCDMX y Sedesa. Desde el 2010, los incrementos significativos en ambas instituciones han ocurrido durante la administración 2018-2024, que indica una intención programática general de diferenciarse de anteriores periodos. Sin embargo, desde el 2010, la asignación de recursos para los servicios de primer nivel en relación con la correspondiente a la Sedesa ha ido en franco descenso, en particular en los últimos años.

Cuadro 17. Presupuesto asignado a SSPCDMX y Sedesa, años 2010-2022

Año	SSPCDMX				Sedesa		
	Nominal	Real	Variación real	% Sedesa	Nominal	Real	Variación real
2010	3,048,740,840	5,002,201,724	NA	59.33%	5,138,342,958	8,430,702,821	NA
2011	3,195,774,749	5,020,279,620	0.36%	58.83%	5,432,066,419	8,533,296,142	1.22%
2012	3,319,470,684	5,020,991,962	0.01%	58.77%	5,648,125,830	8,543,288,099	0.12%
2013	3,571,422,191	5,214,756,694	3.86%	58.34%	6,121,301,510	8,937,923,415	4.62%
2014	3,677,690,178	5,163,276,556	-0.99%	57.06%	6,445,749,465	9,049,480,920	1.25%
2015	3,961,656,461	5,342,406,359	3.47%	56.44%	7,018,668,853	9,464,874,475	4.59%
2016	4,065,266,571	5,366,951,280	0.46%	54.80%	7,417,791,650	9,792,943,636	3.47%
2017	4,205,246,944	5,369,984,240	0.06%	55.55%	7,569,636,488	9,666,216,796	-1.29%
2018	4,461,308,091	5,332,391,521	-0.70%	52.84%	8,442,899,955	10,091,400,821	4.40%
2019	5,396,121,634	6,150,614,618	15.34%	50.74%	10,634,909,128	12,121,896,426	20.12%
2020	5,214,287,667	5,778,880,096	-6.04%	45.87%	11,367,045,501	12,597,845,995	3.93%
2021	6,083,038,369	6,533,823,255	13.06%	50.12%	12,135,818,177	13,035,145,632	3.47%
2022	6,654,837,737	6,654,837,737	1.85%	47.78%	13,927,422,215	13,927,422,215	6.85%

Fuente: elaboración propia con base en los presupuestos de egresos de Ciudad de México, años 2010-2022. Nota: a precios constantes de 2022.

Observando en detalle los ingresos para el primer nivel, si solo se compara las transferencias federales frente a los ingresos por servicios médicos, se registra una dependencia marcada de las aportaciones federales para la operación de los servicios. Incluso en los últimos años, la contribución propia por servicios se ha vuelto ínfima (ver cuadro siguiente), lo que es preocupante para fines de autonomía en la gestión del gasto, ya que, en este caso, los SSPCDMX no cuentan con otro ingreso que proceda del gobierno capitalino, más allá de la disposición de ingresos financieros por intereses en el flujo bancario. Dicho esto, SSPCDMX tuvo las mejores transferencias federales en el 2017 y 2021, pero en el 2022 contó con la participación más baja desde el 2015, en términos reales.

Cuadro 18. Ingresos por aportaciones federales y por servicios de salud en el primer nivel de atención, Ciudad de México, 2015-2022

Año	Aportaciones federales	Ingresos por servicios médicos	% respecto a aportaciones federales
2015	7,298,901,485.7	11,232,432.7	0.15
2016	7,601,497,359.8	10,305,556.7	0.14
2017	8,182,306,673.6	7,755,437.7	0.09
2018	7,843,689,824.4	7,693,843.0	0.10
2019	7,791,002,821.0	7,057,915.1	0.09

Año	Aportaciones federales	Ingresos por servicios médicos	% respecto a aportaciones federales
2020	7,680,872,905.0	1,294,897.6	0.02
2021	8,218,236,719.0	1,726,854.0	0.02
2022	6,979,141,038.0	1,804,346.0	0.03

Fuente: elaboración propia con base en la Cuenta Pública de la Ciudad de México, años 2015-2022.
 Nota: ^{1/} a precios constantes de 2022, ^{2/} Los ingresos por servicios médicos son cuotas de recuperación por los servicios que se proporcionan en las unidades de primer nivel

A nivel operativo, los insumos, personal y actividades en los módulos de salud mental se financian con recursos locales. Para el caso de medicamentos psiquiátricos, materiales y papelería, se recibían fondos federales hasta el 2017, a través del Ramo 12 del Presupuesto de Egresos de la Federación, pero posteriormente dichos aportes se cancelaron. Hubo una recuperación de aportaciones en el 2020, pero por debajo del millón de pesos, dotación totalmente insuficiente para la operación de todos los MSM, en cuanto solo alcanzó para la compra de algunos insumos como papelería (Entrevista con coordinador del PSM).

Por su parte, el financiamiento federal para la atención de adicciones en los CAPA se ha mantenido luego del 2018, en virtud de convenios específicos en el marco del Ramo 12¹⁸. En los últimos años la dotación ha sido alrededor de los 7 millones de pesos, destinados a la operación de los CAPA, cursos de capacitación para su personal y material de protección en el contexto de la pandemia, sin incluir fondos para medicamentos (Entrevista con coordinador del PSM).

Además de la limitada suficiencia presupuestal para los medicamentos, al depender de los reducidos recursos locales, hay problemas de eficiencia para cumplir con la rendición de gastos en la compra respectiva: “Tenemos una plataforma gigantesca. 700,000 pesos que nos dan (...), tenemos que hacer un juego bastante amplio de actividades para poder comprobar. (...) Si no lo utilizamos tenemos que devolver el presupuesto” (Entrevista con coordinador del PSM).

Desde nuestro punto de vista, de acuerdo con lo observado en el trabajo de campo, la caída del gasto en el primer nivel, así como las restricciones en el aporte federal, condujo a repercusiones en la entrega del servicio en los MSM, desde la ausencia de papelería en los centros de salud, hasta las limitaciones en el acceso de medicina psiquiátrica, como

¹⁸ Actualmente el convenio se denomina CRESCA, convenio específico anual que establece Conadic con la contraparte estatal para la transferencia de recursos federales, en el marco del Programa Presupuestario 025 Prevención y Atención contra las Adicciones a Entidades Federativas.

exponemos en el capítulo 8. Es decir, la eficacia y eficiencia del servicio se vio severamente mellada.

En este punto hacemos notar además que no se ha cumplido con la exigencia de la LSMDF: el capítulo IX refiere al financiamiento, que parte del principio que la inversión “en materia de salud mental constituye una acción de interés social, por ello resulta indispensable el financiamiento de las acciones y fines a que se refiere la presente Ley” (artículo 65). Se le encomienda a la Asamblea Legislativa considerar en su Presupuesto de Egresos la inversión de cinco por ciento adicional, del total del asignado a la Sedesa, porcentaje que será puesto a disposición del secretario para ser invertido en planear, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios en materia de salud mental (artículo 66). Dicha inversión sería realizable con la operación de un fideicomiso en salud mental para el cumplimiento de la ley (artículo 68).

Entonces, el gasto público para la promoción, prevención y atención de problemáticas de salud mental en el primer nivel de atención se ha visto envuelto en un entorno frágil en la presente administración: fragmentado e inequitativo, con menores y reducidas inversiones sanitarias para la población sin seguridad social. Ciertamente es un contexto heredado, pero donde ha faltado instrumentación financiera y pragmática, que sostenga la pertinencia y solidez de estos servicios en los centros de salud, con presupuesto concreto e indicadores orientados a resultados.

Esta situación también hace notar los riesgos de la dependencia en torno a los recursos federales. Si este ámbito decide no financiar algún aspecto de la salud, entonces el servicio respectivo a nivel local pierde calidad en la entrega.

De acuerdo con lo expuesto, hay una dependencia marcada en los aportes federales, en un contexto de reducidos fondos propios para fines de la salud de los capitalinos, en particular para la población sin seguridad social. Así, si los recursos federales para SM disminuyen, como ocurrió luego de 2018, hay un efecto concreto y marcado en la calidad brindada en los MSM de primer nivel. En ese orden, ha faltado instrumentación financiera que sostenga la pertinencia y solidez de estos servicios en los centros de salud. La idea del fideicomiso (que aparece en la LSMDF) sigue siendo relevante, aunque debería contar con un propósito más amplio, que no solo implique el apoyo financiero para la atención médica de la salud mental, sino una respuesta a la mejora de la calidad de vida desde los determinantes sociales de la salud y no desde un exclusivo enfoque biomédico.

6.2. Establecimientos de salud

El Programa de Gobierno 2019-2024 del actual Gobierno de la Ciudad diagnosticaba la concentración de infraestructura y recursos de salud “como ninguna otra entidad”, pero con un problema de distribución, que es desigual y que se focaliza en la parte central (Cuauhtémoc, Benito Juárez, Coyoacán), con un déficit particular en las zonas sur, suroriente y poniente (Gobierno de la Ciudad de México, 2019).

Continuando con el documento citado, éste resaltaba la presión adicional que existe sobre los hospitales de la Sedesa por la presencia de población de los municipios conurbados. Como telón de fondo, aparecía “el patrón territorial de la desigualdad y la segregación” que “divide a la ciudad en grandes territorios con condiciones de vida muy diferentes” (Gobierno de la Ciudad de México, 2019, pp. 76).

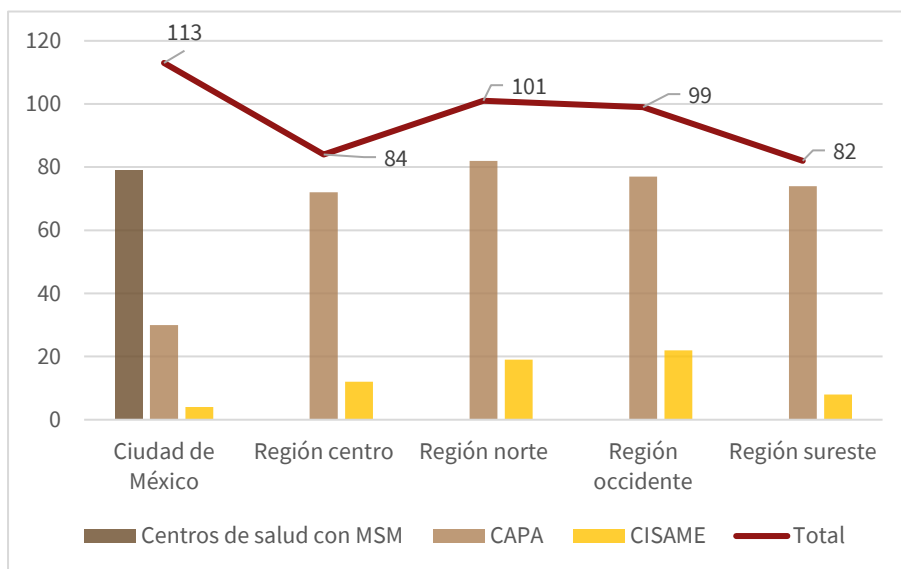
Veamos estas limitaciones señaladas en lo que concierne a salud mental, con especial enfoque en los centros de salud de la Secretaría.

De acuerdo con SSA (2022b), no hay suficientes recursos de salud mental en el país, además de la existencia de una ineficaz distribución. En el recuento de sus cifras a nivel de unidades médicas adscritas a la SSA o a los servicios estatales, solo suman las que están dirigidas a población con padecimiento específico de SM: Cisame, CAPA y hospitales psiquiátricos¹⁹. De ese modo, afirman que el alcance del primer nivel (considerando solo Cisame y CAPA, más no Cecosam) solo es de 2.7 puntos porcentuales, frente al total de 15,637 establecimientos de salud en dicho nivel. Asimismo, reconocen que hay entidades federativas que disponen de unidades no especializadas en SM (centros de salud) donde existe una oferta o consultorios para el cuidado de la SM, aunque no es información que esté suficientemente sistematizada.

Pese a ello, añadir la cifra de centros de salud de Ciudad de México, contando las unidades de la Sedesa que cuentan con MSM, nos permite visualizar la fortaleza que gana la ciudad en relación con los servicios relacionados disponibles en otras regiones, lo que reafirma lo ya mencionado por SSA (2020b) en cuanto a las asimetrías en la distribución de este tipo de oferta en el plano nacional.

¹⁹ El diagnóstico operativo de la SSA (con datos integrados por Servicios de Atención Psiquiátrica) no incluye recuento de los tres Cecosam en Ciudad de México, a nivel de unidades, trabajadores de la salud mental y consultas realizadas. Como indicamos en la sección 5.1, estos centros comunitarios estuvieron adscritos al Consejo Nacional de Salud Mental.

Figura 28. Establecimientos nacionales de salud mental y adicciones para atención primaria de no derechohabientes, por regiones del país y Ciudad de México, 2022

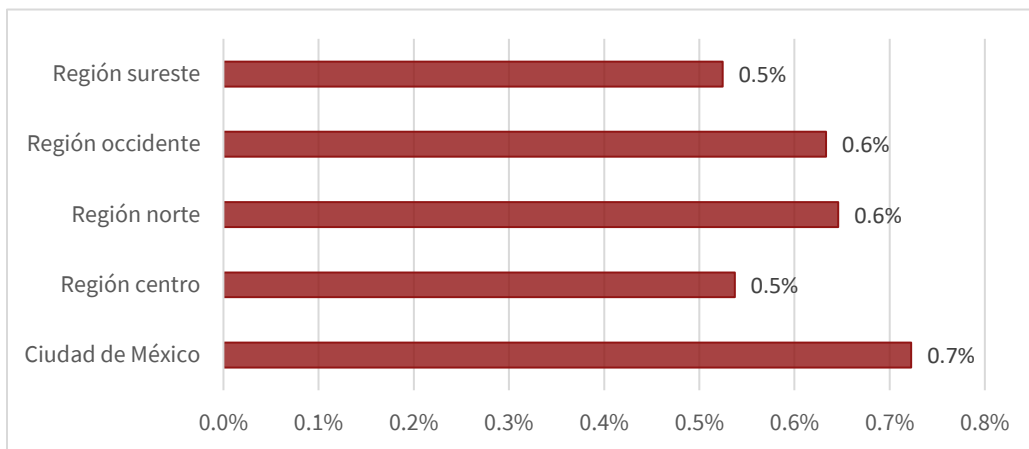


Fuente: elaboración propia, con base en registros administrativos de Sedesa e información sistematizada por SSA (2022b). Nota: ^{1/} Región centro no incluye los números de Ciudad de México; ^{2/} La categoría centros de salud incluye las clínicas especializadas para primer nivel de atención, disponibles en Ciudad de México

La división por regiones informa de la mayor disposición de centros CAPA en la parte central del país, distribuidos principalmente entre Ciudad de México y el Estado de México (30 y 32 unidades, respectivamente, de acuerdo con los datos del diagnóstico operativo), donde los valores mínimos se ubican en los estados de Hidalgo y Tlaxcala (ambos con 4). En las demás regiones, los totales de estos centros van entre 74 y 82, estando en Nuevo León el tercer mayor número (26). Por su parte, hay más unidades Cisame en las zonas occidente y norte. En el primero, suelen haber dos por entidad, mientras que en el segundo se destaca Jalisco con ocho. La disparidad es más pronunciada aquí ya que incluso hay estados sin ninguna de estas unidades (Baja California y Michoacán). Además, es notoria la brecha de la región sureste frente a las demás, una disposición de la mitad (8) en comparación con la región centro (16).

Si tomamos como referencia adicional el universo de establecimientos de atención primaria a lo largo del país (15,637), la proporción de unidades de salud mental y adicciones en la capital supera el número de cualquier otra región, como indica la figura siguiente. En el total nacional, existen 2.8% de unidades que ofrecen este tipo de servicios especializados.

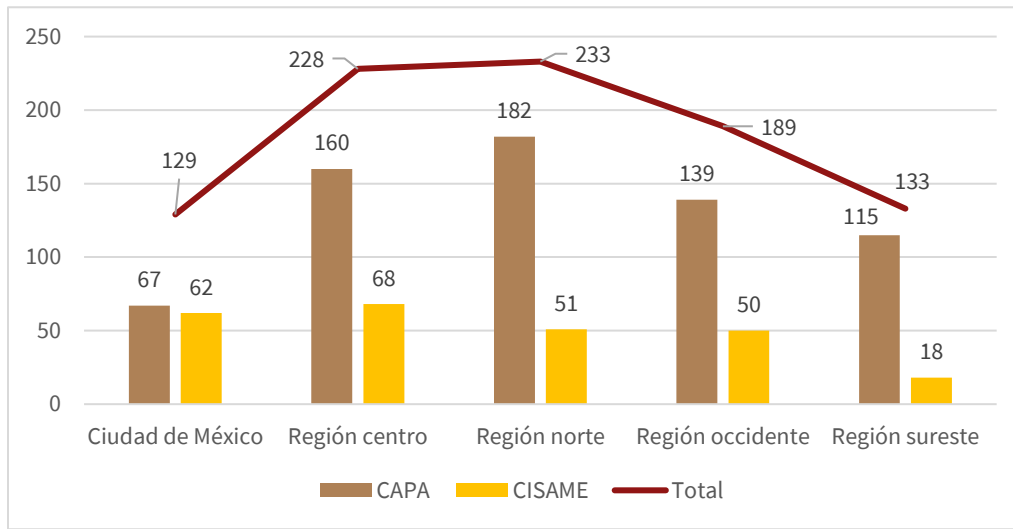
Figura 29. Distribución porcentual de establecimientos de salud mental y adicciones para atención primaria de no derechohabientes, regiones del país y Ciudad de México, 2022



Fuente: elaboración propia, con base en registros administrativos de Sedesa e información sistematizada por SSA (2022b). Nota: ^{1/} Región centro excluye los números de Ciudad de México; ^{2/} La categoría Ciudad de México es la única que contabiliza centros de salud no especializados con MSM

Como nota adicional a las diferencias territoriales en número de establecimientos, de acuerdo con datos de SSA (2022b), la mayor cantidad de consultorios de psicología en centros CAPA o Cisame se encuentra en la región centro. En el primer caso, el 11.5% corresponde al Estado de México y el 10.1% a la ciudad. En general, salvo Nuevo León con 10%, no hay ninguna otra entidad federativa que supere el 6% de estos consultorios en CAPA, En el caso de los Cisame, la región centro debe su predominancia al número alto en Ciudad de México: 2.5 de cada 10 de los consultorios de psicología en el país. Ningún otro estado llega a la distribución de al menos uno por cada 10. El rezago ya apreciado en la zona sureste se confirma también en la figura siguiente: sus totales de CAPA o Cisame son inferiores en contraste con la región centro, norte u occidente.

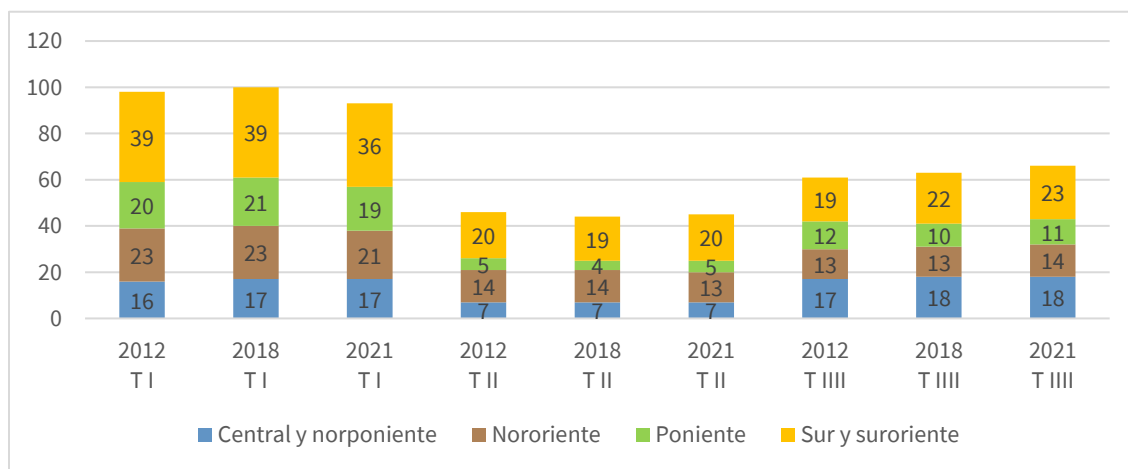
Figura 30. Consultorios de psicología en CAPA y Cisame, por regiones y Ciudad de México, 2022



Fuente: elaboración propia, con datos de SSA (2022b). Nota: ¹ totales nacionales en CAPA y Cisame: 663 y 249, respectivamente; ² Región centro excluye los números de Ciudad de México

Pasemos ahora al detalle de los recursos en la Sedesa. Como contexto general, vemos una cierta estabilidad en la disposición de centros de salud para la última década, con ligeras variaciones en función del tipo de centro. Las zonas central y norponiente de la ciudad suelen mantener su predominancia en cualquier tipo de centro. En el caso de las demás áreas, al 2021 suelen perder dos unidades T-I (en el agregado de sur y suroriente hasta tres), pero ganan una unidad más robusta de tipo T-III.

Figura 31. Número de centros de salud de la Sedesa para primer nivel de atención, por tipo y zona de Ciudad de México, 2012, 2018, 2021

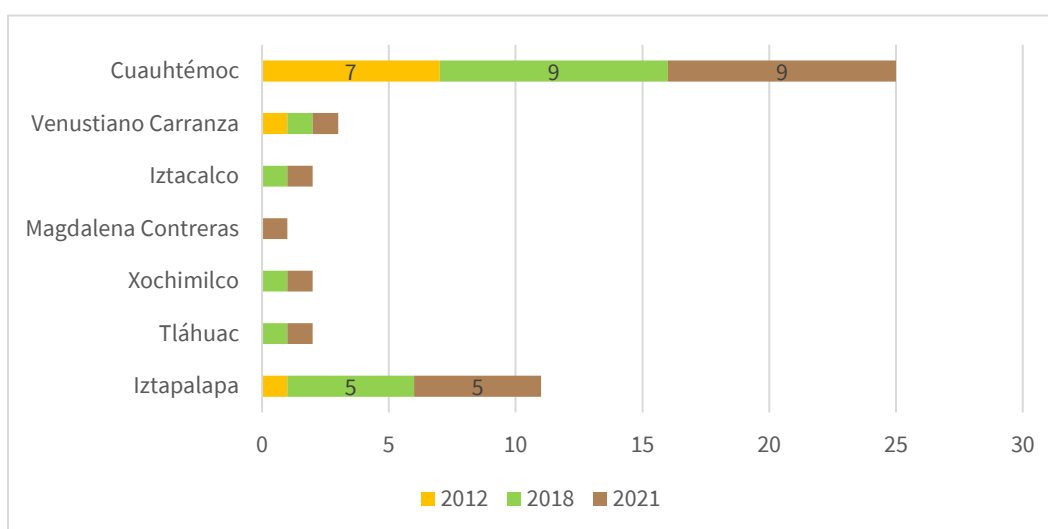


Fuente: elaboración propia con datos de la Agenda Estadística de la Sedesa, años 2012, 2018, 2021

Esta estabilidad en el número es problemática, en cuanto se mantiene la distribución desigual e ineficiente que menciona el propio Gobierno de la Ciudad en su Programa de Gobierno, más allá de fortalecimientos puntuales de infraestructura.

Las clínicas de especialidad son un tipo de centro de salud que cuentan con más consultorios de atención primaria especializada. Al 2021 disponían de 19 unidades, al menos uno por zona de la ciudad, con excepción del entorno norponiente. El último inaugurado fue en el área poniente, la clínica ubicada en la Magdalena Contreras. El mayor número se ubica en la zona centro (Cuauhtémoc, con nueve unidades) y la parte sur-suroriente: siete en total, cinco en Iztapalapa y sendas unidades en Tláhuac y Xochimilco.

Figura 32. Número de clínicas de especialidad de la Sedesa para primer nivel de atención, por jurisdicción sanitaria, Ciudad de México, 2012, 2018, 2021

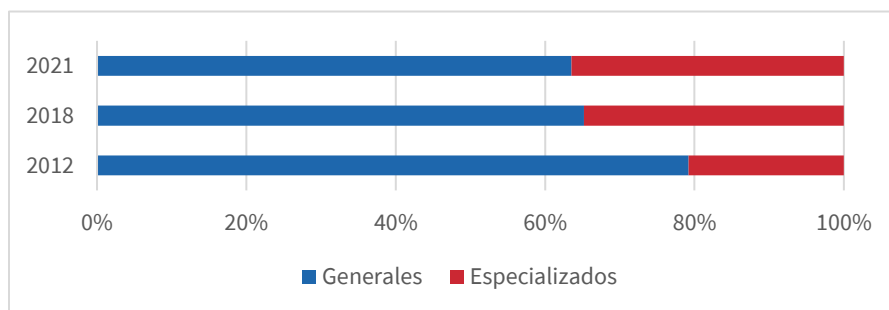


Fuente: elaboración propia con datos de la Agenda Estadística de la Sedesa, años 2012, 2018, 2021

La distribución desigual y territorial se mantiene en este tipo de establecimientos. No obstante, se gana una fortaleza desde la accesibilidad al concentrarse en Cuauhtémoc, por ser ámbito de alta circulación y paso de la población capitalina, por razones de índole laboral, social o cultural. Asimismo, hubo un esfuerzo básico de mejorar la disponibilidad de estas clínicas en la presente administración, al añadir una clínica en el sector poniente.

Dentro de las unidades de primer nivel, un ordenamiento frecuente de consultorios es por generales, especializados y odontológicos. Concentrándonos en los dos primeros, había 46 consultorios generales menos en 2021 que en 2012, pero más de 300 en especializados. Esto condujo a una relación de 6 generales por 4 especializados, cuando en 2012 la brecha era más amplia (8 por 2). El giro se dio principalmente entre los años 2012 y 2018.

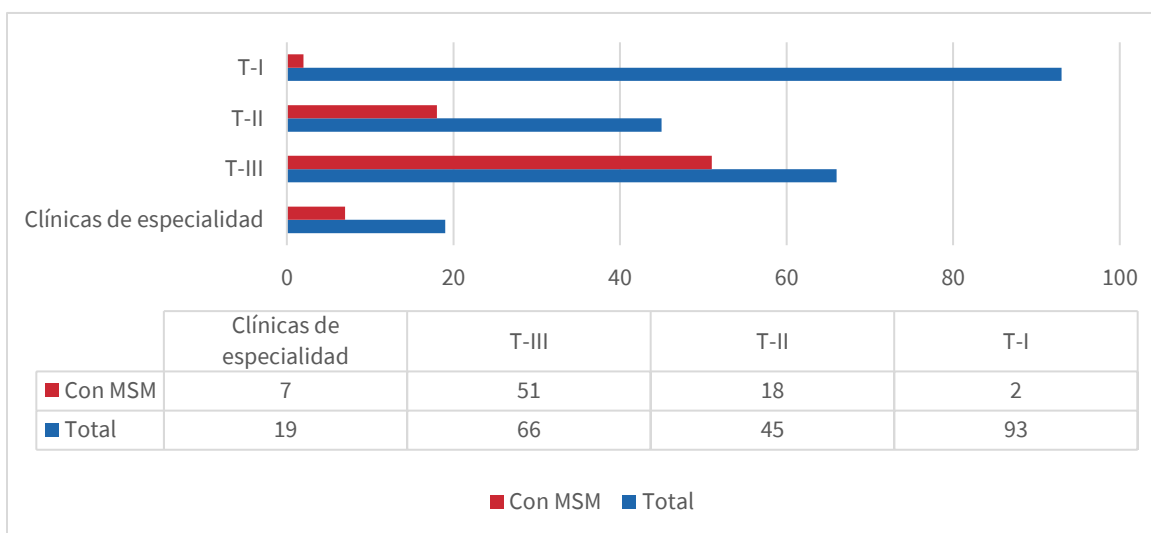
Figura 33. Distribución porcentual entre consultorios generales y especializados en el primer nivel de atención de la Sedesa



Fuente: elaboración propia con datos de la Agenda Estadística de la Sedesa, años 2012, 2018, 2021

Dentro de la gama de oferta especializada, está la disposición de módulos de salud mental, que se concentran en los centros de salud y las clínicas de especialidad. Cada tres de la suma agregada de estos dos tipos de unidades cuentan con un MSM (35%). En la figura siguiente apreciamos que la estrategia ha sido que los servicios de salud mental estén disponibles en los centros T-III principalmente, estando en casi el 80% de estas unidades. En las clínicas de especialidad y en los cs T-II aparecen en 37% y 40%, respectivamente, de cada total. Finalmente, solo en el 2% de las unidades T-I se han introducido estos módulos.

Figura 34. Número de centros de salud de Sedesa con servicios de salud mental, por tipo de unidad, 2022



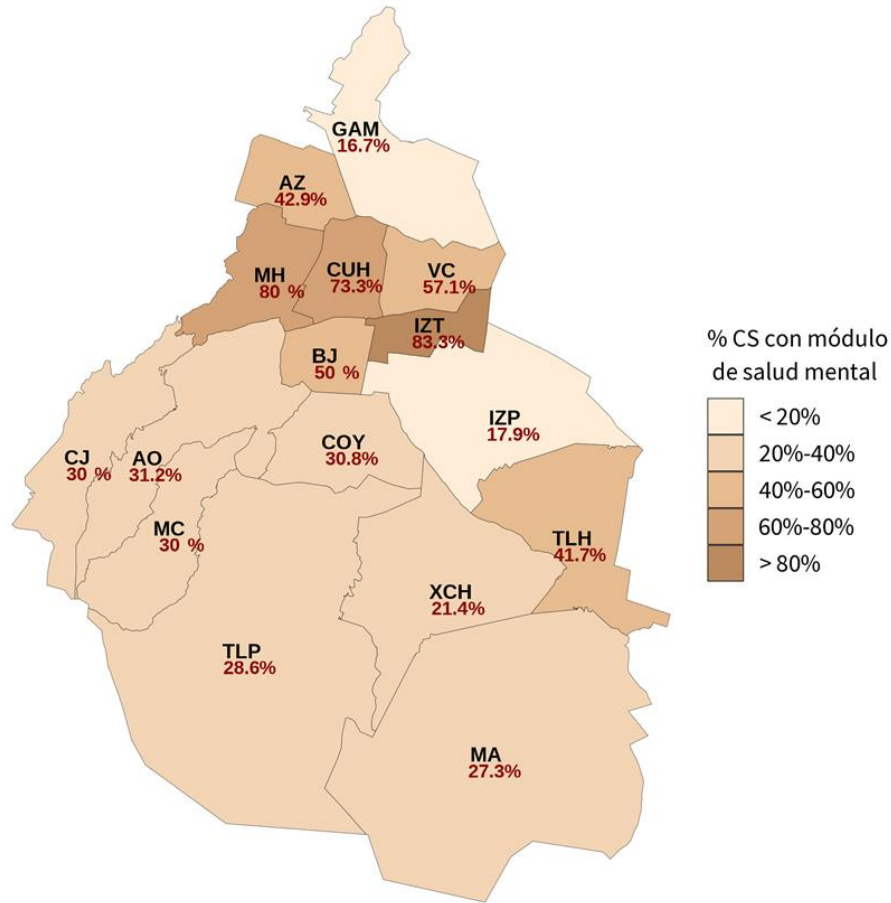
Fuente: elaboración propia con datos de la Agenda Estadística de la Sedesa 2021 y registro administrativo del PSM (directorio institucional de módulos). Nota: universo total de unidades con MSM (78), universo total de unidades (223)

Continuamos con la suma agregada, ahora por jurisdicciones sanitarias (ver figura siguiente). En la zona central y norponiente de Ciudad de México, los MSM están disponibles en más del 70% de las unidades de cada jurisdicción, aunque en Azcapotzalco y Benito Juárez la proporción es en más del 40%, y en Coyoacán solo de 30% (cuatro de 13 centros). En términos absolutos, la jurisdicción de Cuauhtémoc tiene el mayor número de unidades con este tipo de módulos en toda la ciudad (11), incluyendo clínicas de especialidad, que, como vimos, tienen una concentración importante en esta demarcación. Por su parte, la distribución en la zona nororiental es por arriba del 50%, al menos en Venustiano Carranza e Iztacalco, inclusive en ésta última llega a una proporción de más del 80% de unidades (cinco de los seis centros de salud disponibles).

En el área poniente hay una proporción similar, alrededor de los 30 puntos porcentuales, respecto con cada total de centros de salud y clínicas de especialidad por alcaldía. Mientras que, en el sur y suroriente, la repartición suele estar entre el 20% y 30%, con la diferencia de Tláhuac, por arriba de los 40 puntos porcentuales (cinco de 13 centros). Por lo demás, cinco de las seis jurisdicciones sanitarias en la ciudad con menos unidades de primer nivel con servicios de SM se localizan en la zona poniente (Magdalena Contreras y Cuajimalpa, ambas con tres) y la zona sur (Xochimilco y Milpa Alta, igual con tres cada una).

El caso de Iztapalapa lo podemos considerar en conjunto con lo que ocurre en la GAM: la baja distribución de sus MSM en relación con el total de sus unidades primarias: menos del 20%. De forma coincidente, estas dos demarcaciones cuentan con la densidad poblacional más alta de la capital, así como la mayor cantidad de población sin seguridad social laboral (1.3 millones según el censo Inegi de 2020). Se corrobora así que se mantiene una desigualdad territorial, es decir, a mayor población, no hay una mayor disponibilidad de centros de salud con servicios de salud mental.

Figura 35. Porcentaje de unidades de primer nivel de atención de Sedesa con módulos de salud mental, por alcaldías de Ciudad de México, 2022



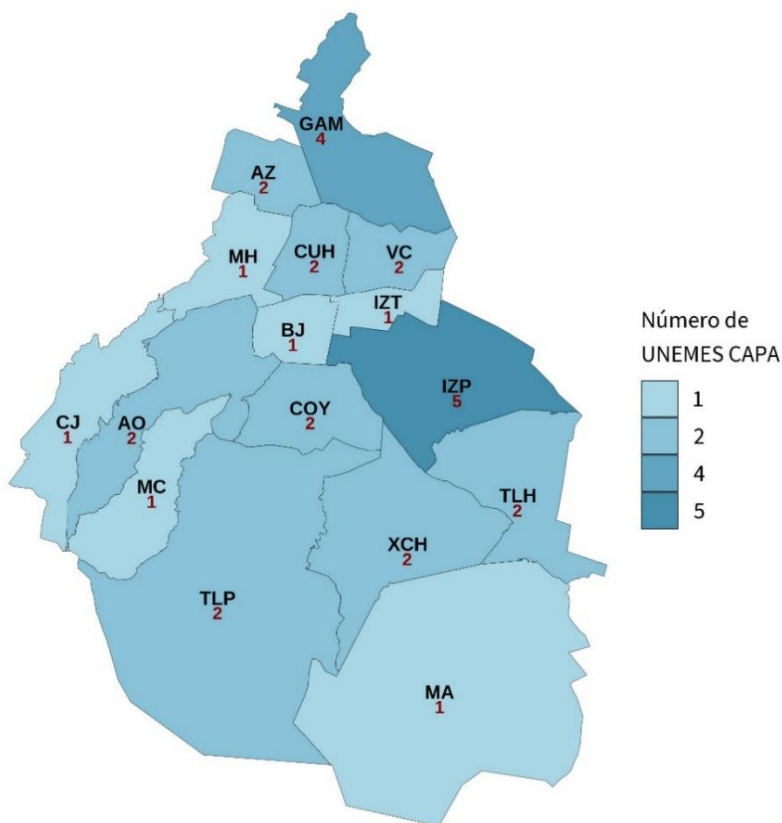
Fuente: elaboración propia con datos de la Agenda Estadística de la Sedesa 2021 y registro administrativo del PSM (directorio institucional de módulos). Nota: por unidades nos referimos a centros de salud y clínicas de especialidad.

En este punto es relevante mencionar la disponibilidad de unidades CAPA, que también son administrados por los servicios estatales, pero con financiamiento federal, y que suelen estar desplegados en puntos cercanos o adyacentes a los centros de salud de la Sedesa. Su población objetivo es la porción de habitantes con problemas relacionados con adicción²⁰. En esta distribución (ver figura siguiente) continuamos viendo la preponderancia en el área central y norponiente (8 unidades en total) y el menor número en la zona poniente (4). La

²⁰ No obstante, como hemos mencionado de manera previa, los CAPA se encuentran en un proceso de reconversión administrativa y técnica, para también atender trastornos comunes de salud mental.

mayor frecuencia la encontramos en la parte sur y suroriente (12 centros CAPA en total), en lo que sí constituye un giro en las tendencias vistas de manera previa.

Figura 36. Número de unidades CAPA por alcaldías de Ciudad de México, 2022



Fuente: elaboración propia con datos de registros administrativos de SSPCDMX

Cabe mencionar que el total de unidades de primer nivel de la Sedesa llega a 349, incluyendo una tipología variada de agencias de ministerio público, unidades en reclusorios, especializadas en enfermedades crónicas o para atención de personas en situación de calle. El PSM gestiona servicios de SM en el 33% de estas unidades, enfocando su estrategia en los espacios que cuentan con mayor infraestructura y cobertura (71 centros de salud, de los cuales el 70% son del tipo T-III, 7 clínicas de especialidad, 30 CAPA, al 2022).

Ya en un anterior informe resaltábamos que Sedesa/SSPCDMX es la única institución que brinda servicios de salud pública en las 16 alcaldías de la urbe, aunque con una distribución geográfica desigual (Evalúa CDMX, 2020). Pues bien, por lo que vimos líneas arriba, esta realidad se replica a nivel de SM. La vista por jurisdicción sanitaria da cuenta de distribuciones variables

(con mayor cobertura en las áreas norponiente y central, salvo el caso de los CAPA), o que no necesariamente atiende a criterios poblacionales (por la realidad de MSM en Iztapalapa y Gustavo A. Madero).

6.3. Personal de salud mental y adicciones

Como categoría, el personal de salud mental involucra un compendio multidisciplinario de profesionistas. En sus métricas comparativas entre países, la OMS (y por extensión, la OPS) incluye las ocupaciones de “psiquiatras, otros profesionales en medicina, enfermería, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, y otros trabajadores remunerados que trabajan en salud mental” (OPS, 2018a, pp. 12). A nivel mundial, por cada 100,000 habitantes, la tasa de estos trabajadores había pasado de nueve a 13, en la comparación entre el año 2014 y 2020, existiendo a su vez mucha disparidad entre los países de ingresos altos con los bajos (40 veces superior el primer grupo) (OMS 2022a).

En las Américas, la tasa es de 10.3 trabajadores por cada 100,000, y dentro de la subregión de Centroamérica, México y el Caribe latino la cifra es de 10.9 (OPS, 2018a). No obstante, la disparidad se mantiene a nivel de países y ocupaciones. Sobre lo primero, los países con ingreso mediano alto tienen 24.6 de estos recursos humanos, frente a 1.2 en los países de la región de bajos ingresos. Sobre lo segundo, en el cuadro siguiente hay una comparación de tasas por subregiones seleccionadas. Las cifras en el total incluyen las distribuciones en Estados Unidos y Canadá, que siempre superan a las demás zonas del continente en cualquier ocupación.

Tomemos como ejemplo la subregión donde está incluido México: 7.3 trabajadores son profesionales en psicología, seguido con amplio margen por psiquiatras (0.9), trabajadores sociales (0.3) y profesionales de enfermería en salud mental (0.2) (OPS, 2018a). Como distinguimos en el primer capítulo, salvo los recursos en enfermería y trabajo social, la tasa de psicólogos y psiquiatras en América del Sur siempre es más alta que en la subregión de Centroamérica, México y el Caribe latino (OPS, 2018a). El documento citado llama también la atención sobre el muy bajo número de psiquiatras infantiles a lo largo del continente (0.03 trabajadores por cada 100,000), con excepción de la situación en Estados Unidos y Canadá (2.0).

Cuadro 19. Tasa de trabajadores de la salud mental por 100,000 habitantes, total y subregiones de las Américas

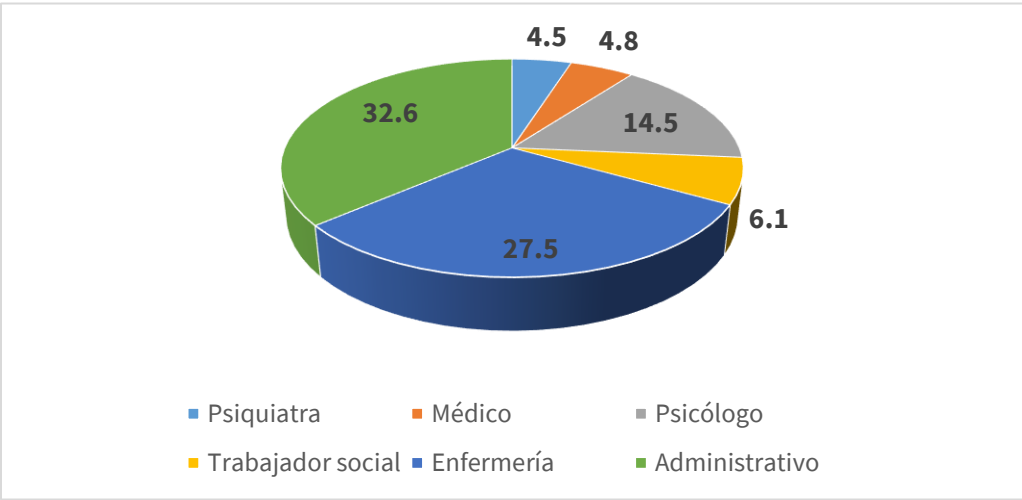
Total y subregiones	N° de países ^{/1}	Profesionales de psiquiatría	Profesionales de psicología	Profesionales en enfermería en salud mental	Profesionales en trabajo social
Tota la región	39	1.4	5.4	3.9	0.4
Canadá y Estados Unidos	2	12.6	39.3	36.5	92.5
Centroamérica, México y el Caribe latino	9	0.9	7.3	0.2	0.3
Caribe no latino	18	1.2	0.6	7.9	0.5
América del Sur	18	2.4	8.6	0.1	0.2

Fuente: elaboración propia con datos de OPS (2018a). Nota: ^{/1} El número hace referencia a la cantidad de países que comunicaron datos.

El 80% de los trabajadores de salud mental laboran en el sector público de salud, donde la discusión para la OMS es su baja distribución en servicios ambulatorios de primer y segundo nivel en comparación con los hospitales psiquiátricos (OPS, 2018a). Con esto en mente, pasamos a ver las cifras disponibles para el sector salud en México y la capital.

Como ya expresamos, el diagnóstico operativo de la SSA se centra en unidades especializadas en SM o adicciones a nivel nacional. Al contar el personal disponible en las unidades Cisame, CAPA y hospitales psiquiátricos en todo el país, se llega a un total de 14.970 trabajadores, 1,233 más que la cifra reportada en la primera versión del diagnóstico al 2020 (SSA, 2022b). Como aparece en la figura siguiente, un tercio está conformado por el personal administrativo, seguido de los profesionales en enfermería (27.5%). En tercer orden, está el cuerpo de psicología (14.5%) y luego un último bloque de trabajadores: sociales (6.1%), médicos (4.8%) y médicos psiquiatras (4.5%).

Figura 37. Distribución porcentual de personal en unidades de salud mental y adicciones para no asegurados, México, 2022



Fuente: elaboración propia con datos de SSA (2022b). Notas: /1 Universo es de 14,970 profesionales que laboran en Cisame, CAPA y hospitales psiquiátricos del país, /2 Porcentajes no suman cien por ciento, dado que no incluimos el reparto para otros profesionales de la salud (paramédicos, terapeutas o residentes).

El 76% del personal trabaja en los HP (11,331), y sin contar a los trabajadores administrativos, la proporción es igual de alta (72% o 7,327 profesionales). Por tipo de profesión, estos hospitales albergan a la mayoría del personal de enfermería (94%), psiquiatras (80%), equipo administrativo (82%) y otros médicos (62%). Asimismo, disponen del 45% de trabajadores sociales y el 34% de psicólogos (SSA, 2022b). En realidad, esta abrumadora diferencia habla más del bajo alcance organizativo y poblacional de los Cisame y los centros CAPA, antes que la fortaleza de los recursos humanos en los HP. Un contraste más preciso tendría que ser añadiendo el personal especializado en SM que labora en centros de salud y hospitales de segundo nivel de las entidades federativas, información que por el momento la SSA no dispone.

Las unidades CAPA y Cisame tienen 2,194 y 1,445 profesionales, respectivamente. Por tipo de profesión, el primer grupo de centros supera en número al segundo en psicólogos, personal administrativo, trabajadores sociales y otros médicos. En particular, la diferencia de psicólogos es totalmente amplia (1,028 vs. 411). No obstante, los Cisame tienen más psiquiatras (125 vs. 9) y personal de enfermería (218 vs. 34) (SSA, 2022b).

En un recuento por regiones, en cualquiera de los tres tipos de organización y por tipo de profesión, la región centro (que incluye a Ciudad de México y el Estado de México) supera en cifras a cualquiera de las demás regiones. Hay excepciones, aunque por un estrecho margen:

la región norte tiene más unidades Cisame con recursos humanos de enfermería que la región centro (93 vs. 88), la región sureste dispone de más trabajadores sociales y personal de enfermería en los CAPA (119 y 12 vs. 110 y 5).

Con estos valores, el diagnóstico operativo estima el alcance de estos trabajadores por cada 100,000 habitantes, tomando como referencia la población no asegurada.

Cuadro 20. Tasa de trabajadores seleccionados de la salud mental por 100,000 habitantes, nacional y Ciudad de México, 2022

Ocupaciones	Nacional	Ciudad de México	Tasa regional ops	Tasa subregional
Profesionales de psiquiatría	1.0	6.2	1.4	0.9
Profesionales de psicología	3.1	8.3	5.4	7.3
Profesionales de enfermería	5.9	19.5	3.9	0.2

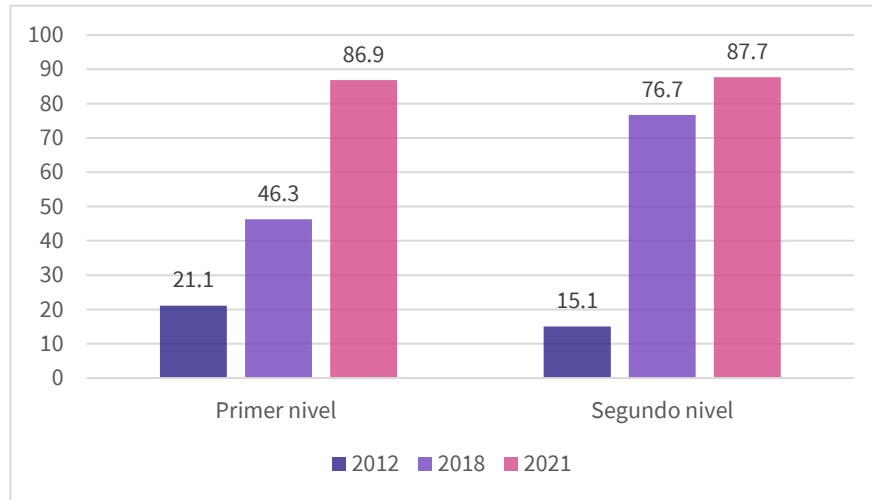
Fuente: elaboración propia con datos de SSA (2022b) y OPS (2018a). Conjuntos de población no asegurada empleados por SSA para la obtención de las tasas: nacional (69,640,573), Ciudad de México (3,897,856).

Apreciamos el esfuerzo novedoso de la SSA por construir indicadores más específicos en torno a los recursos de la salud mental. No obstante, las cifras esconden un problema de fondo, en cuanto ya dijimos que más del 70% labora en HP. Así, si la capital tiene el mayor número de estos hospitales, que a su vez disponen del mayor número de trabajadores de la salud mental, en comparación con los HP de cualquier otra entidad federativa, no es sorpresa que sus valores superen con un margen importante las tasas nacionales y regionales. En todo caso, lo que más resalta es que un residente de Ciudad de México, sin seguridad social, con un TSM moderado o grave, tendrá más posibilidades de recibir un tratamiento psiquiátrico o una intervención psicosocial, que ciudadanos (con el mismo perfil) que viven en Veracruz y Zacatecas (0.3 y 0.4 psiquiatras por 100,000 habitantes, respectivamente), o Michoacán y Chiapas (1.0 y 1.1 especialistas de psicología por 100,000 habitantes, respectivamente).

Ahora nos centramos en la disponibilidad de recursos humanos en los servicios estatales para no asegurados en la ciudad. En la última década hubo un crecimiento consistente del personal de psicología, en una tendencia similar con otras profesiones, como enfermería y trabajo social. La figura siguiente muestra proporciones en la comparación con los valores en el 2010, donde había 175 licenciados de psicología en primer nivel y 73 en el segundo, observando datos de la Agenda Estadística de la Sedesa. En particular, destacamos la mejora de la

suficiencia en el primer nivel, entre 2018 y 2021, que pasó de 256 a 327 profesionales licenciados.

Figura 38. Incremento porcentual de psicólogos en servicios de salud de la Sedesa, en relación con el año base 2010 (2012, 2018, 2021)



Fuente: elaboración propia con datos de la agenda estadística de la Sedesa, 2010, 2012, 2018 y 2021.

Nota: proporciones en relación a los valores absolutos en el 2010: 175 (primer nivel), 73 (segundo nivel).

En una vista por zonas de la ciudad, el principal aumento de este personal, entre 2010 y 2021, recayó en el ámbito central y norponiente. Si bien en todas las JS involucradas se incrementó el número, la mayor proporción fue en Cuauhtémoc (32 psicólogos más al 2021). Como vimos en el anterior apartado, es la jurisdicción con el mayor número de unidades (entre centros de salud y clínicas de especialidad) con MSM en toda la ciudad. Lo sigue la zona nororiente, donde Gustavo A. Madero tuvo el segundo crecimiento absoluto de psicólogos en toda la urbe (31 psicólogos más). En tercer lugar, quedó el espacio sur y suroriente, donde Iztapalapa tuvo un crecimiento relevante de 24 psicólogos, comparado con el 2010.

Cuadro 21. Diferencias en el número de psicólogos disponibles en servicios de salud de la Sedesa por zonas de Ciudad de México, 2010-2021 y 2018-2021

Zonas de la ciudad	Diferencia 2010-2021	Diferencia 2018-2021
Central y norponiente	77	25
Nororiente	63	28
Poniente	16	5
Sur y suroriente	60	21

Fuente: elaboración propia con datos de la Agenda Estadística de la Sedesa, años 2010,2018, 2021.

También es importante destacar los crecimientos específicos en el periodo 2018-2021. Los principales aumentos se dieron en las JS ya mencionadas en el párrafo anterior: Gustavo A, Madero (20), Iztapalapa (9) y Cuauhtémoc (8). Por lo demás, la introducción de más psicólogos en toda la zona poniente ha sido más rala, con una mayor frecuencia en la Magdalena Contreras para ambos periodos señalados en el cuadro anterior. En consecuencia, pese al déficit general de unidades con MSM en las dos alcaldías más pobladas de la ciudad, se realizaron esfuerzos para compensar la insuficiencia a nivel de profesionales de la psicología.

En lo que concierne a la disposición de psiquiatras, si observamos dos momentos, 2018 y 2021, el número se mantiene: 53 médicos con esta especialidad, según las respectivas Agendas Estadísticas. No obstante, hubo cambios en las distribuciones por jurisdicción: ligeros descensos en los ámbitos central-norponiente y sur-suroriente (de 19 a 16 y de 24 a 23, respectivamente) pero manteniéndose como los entornos con mayor cantidad de psiquiatras. Los ascensos se dieron en los ejes nororiente y poniente (de 8 a 9 y de 2 a 5, respectivamente).

Los números presentados sobre personal de psicología y psiquiatría hay que matizarlos, por nivel de atención y por tipo de unidad cuando es en primer nivel (CS, clínica de especialidad o unidad CAPA), y para ello empleamos registros administrativos de Sedesa/SSPCDMX del año 2022. En el primer nivel, la mayor cantidad de personal especializado en psicología estuvo en el entorno central y norponiente, donde Cuauhtémoc tiene la predominancia en el número (20 y 12 en MSM y CAPA, respectivamente). Por lo demás, en cualquiera de las JS de esta zona, el número de psicólogos en los módulos siempre supera a la cifra en las unidades CAPA.

Cuadro 22. Distribución de personal de psicología por tipo de unidad de la Sedesa, zonas de Ciudad de México, 2022

Zonas de la ciudad	MSM	CAPA	Total primer nivel	Hospitales generales	Otros hospitales	Total Segundo nivel
Central y norponiente	68	43	111	16	21	37
Nororiente	40	32	72	19	29	48
Poniente	15	18	33	3	1	4
Sur y suroriente	34	54	88	17	25	42

Fuente: elaboración propia con datos de directorios internos proporcionados por Sedesa/SSPCDMX

La segunda más alta frecuencia en el primer nivel es en el eje sur y suroriente, con 88 trabajadores en psicología. Aquí la tendencia se invierte: suele haber más de estos profesionales laborando en los centros CAPA que en los módulos de SM, en especial en Iztapalapa y en Xochimilco, donde la relación es de más del doble (22 vs 9) y el triple (10 vs. 3), respectivamente. A su vez, hacemos notar que Xochimilco tiene el segundo número más bajo de psicólogos en MSM, contrastado con cualquiera de las otras jurisdicciones de la capital.

Luego le sigue el ámbito nororiente (72 psicólogos), con una tendencia similar al área central y norponiente, en cuanto una mayor distribución de trabajadores en los MSM. La excepción es la JS GAM, con 20 profesionales de psicología laborando en centros CAPA y 11 en los MSM. Mucho más rezagada es la distribución en la zona poniente, con solo el 11% del total en el primer nivel: la mayor cantidad en Álvaro Obregón (con 15, sumando MSM y CAPA) y la menor en Cuajimalpa (con 6). De hecho, esta última demarcación tiene el número más bajo de psicólogos en los MSM (sólo 2).

La repartición de psicólogos en hospitales siempre será menor que en el primer nivel, en cualquier zona. No obstante, las proporciones más altas se ubican en los ejes nororiente (40%) y sur-suroriente (32.3%). En lo que concierne a la primera zona, la GAM tiene el principal número no solo para el área sino para toda la ciudad (con 23 profesionales de psicología), seguido de Venustiano Carranza (con 21). Iztacalco solo suma cuatro por el número disponible en el Hospital Pediátrico de Iztacalco. Respecto a la segunda zona mencionada, las mejores reparticiones están en las unidades hospitalarias de Iztapalapa (15), Xochimilco (11) y Tlalpan (10). Cabe añadir que todas las demarcaciones indicadas en este párrafo distribuyen el personal de psicología en más de un tipo de hospital.

Como en otros indicadores ya vistos, el área poniente se mantiene en rezago al distribuir psicólogos en la zona, donde Magdalena Contreras aparece con uno y Cuajimalpa con ninguno. A este grupo se podría añadir a Milpa Alta, que solo cuenta con uno de estos profesionales (en el Hospital General de Milpa Alta).

El trabajo de 53 médicos psiquiatras se descompone de la siguiente manera. Salvo en el lado nororiente, el número en el primer nivel siempre excede al segundo, en el total y por zonas. En este primer nivel, el área central y norponiente tiene el mayor número, donde el conglomerado centros de salud y clínicas de especialidad de la JS Miguel Hidalgo tiene la más alta cifra capitalina, en la comparación con cualquier otra jurisdicción. En segundo orden aparece el ámbito sur y suroriente, principalmente por los psiquiatras en Iztapalapa (dos en MSM, cuatro en CAPA). Por lo demás, en esta zona, el poniente o el nororiente, hay JS que cuentan solo con uno o ninguno de estos médicos (GAM, Cuajimalpa, La Magdalena Contreras, Milpa Alta, Tláhuac y Tlalpan), lo que equivale al 38% de las jurisdicciones en la ciudad.

Cuadro 23. Distribución de personal de psiquiatría por tipo de unidad de la Sedesa, zonas de Ciudad de México, 2022

Zonas de la ciudad	MSM	CAPA	Total primer nivel	Hospitales generales	Otros hospitales	Total Segundo nivel
Central y norponiente	13	6	19	3	1	4
Nororiente	4	1	5	3	3	6
Poniente	2	2	4	1	0	1
Sur y suroriente	4	5	9	4	1	5

Fuente: elaboración propia con datos de directorios internos proporcionados por Sedesa/SSPCDMX

Ante el bajo número de psiquiatras en el primer nivel de atención, una alternativa de referencia es hacia los hospitales de segundo nivel (otras opciones son el Cisame, alguno de los tres Cecosam, y alguno de los tres HP). La zona nororiente puede suplir su carencia en el primer nivel, con seis psiquiatras; la zona sur y suroriente también, aunque con cuatro médicos con esta especialidad disponibles en hospitales generales de Tlalpan y uno en Xochimilco (en la medida que se cumpla con el perfil de atención en la Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Xochimilco). Por su parte, en el área poniente hay un solo médico psiquiatra en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera (localizado en Álvaro Obregón).

Como vemos, la distribución de profesionales de la SM es variada, confrontando zonas de la capital, a partir de priorizar las unidades de primer nivel donde se asignan los MSM. Cabe

mencionar que la actual gestión de la PSM tiene la intención de incorporar el perfil de psicología en todos los centros de salud.

Las modalidades de contratación en el sector salud son variadas, lo que involucra diferencias en el plano de las condiciones laborales. La plana de psicología que trabaja en SSPCDMX (incluyendo al personal que trabaja en los MSM) no es la excepción. La mayoría tienen una contratación de formalizados (46%), seguidos de los de base (39%), además de un 10% que son eventuales.

Cuadro 24. Trabajadores de psicología en SSPCDMX por tipo de contratación, 2022

Tipo de contratación	Psicólogo clínico	Psicólogo especializado
Base	69	1
Eventual	19	1
Formalizados	83	0
Interino	6	
FASSA	2	
Total	179	2

Fuente: elaboración propia con datos 2022 de transparencia de SSPCDMX (artículo 121, fracción IX)

Otros profesionales de la rama paramédica (donde se insertan los trabajadores de psicología, de acuerdo con el catálogo de puestos y tabulador de sueldos y salarios) cuentan con una repartición distinta en los tipos de contratación. Por ejemplo, el personal de trabajo social y el de enfermería (generales y especialistas) son principalmente de base (95% y 88% de cada total, respectivamente). Esta comparación expone una desventaja para el cuerpo de psicología, ya que tiene una mayor proporción de trabajadores con condiciones en desventaja que otras profesiones que también laboran en el primer nivel.

Otra diferencia importante es la disponibilidad o no de un escalafón. Dentro de la mencionada rama paramédica, los cuerpos profesionales de radiología, nutrición, trabajo social o enfermería, por citar algunos, cuentan con una clasificación de variados puestos, posiciones y relaciones de jerarquía. No ocurre lo mismo para la psicología. De acuerdo al catálogo de puestos solo hay cuatro opciones de cargos: psicólogo clínico, psicólogo especializado, pasante de psicología y el cargo de confianza jefe de psicología clínica, con diferencias claras de sueldos entre dichas posiciones. Por lo mencionado en el cuadro anterior, el primer nivel prácticamente solo realiza contrataciones para el puesto de psicólogo clínico, con una remuneración bruta de \$31,800, de conformidad al tabulador de sueldos y salarios 2022. En

ese sentido, en el plano formal no se cuentan con incentivos en función al tipo de actividad que puede realizar este profesional de la salud mental (coordinación del PSM en jurisdicción sanitaria, coordinación del MSM en un centro de salud, personal especializado en el área de psiquiatría y psicología).

En este punto es importante mencionar que se presentó el caso de una psicóloga entrevistada que mencionó no ser partícipe en el proceso de sugerencia de capacitaciones por el régimen laboral al que pertenece. Lo anterior permite ver que existen algunas diferencias de trato -no necesariamente generalizadas- entre la población que trabaja en los módulos de salud mental.

Las diferencias también se dan en relación con el personal de psiquiatra de los MSM. Estos profesionales pueden asumir algunos de los puestos de la rama médica, como médicos generales (rango de sueldos entre \$39,000 a \$46,000) o especialistas (rango entre \$46,000 a \$53,000). Es decir, suelen tener un ingreso superior al plantel de psicología. Asimismo, hay que considerar que los médicos de primer nivel también pueden estar expuestos a condiciones laborales diferenciadas, en función de la modalidad de contratación y la fuente presupuestal.

Respecto a los mecanismos de contratación, desde la coordinación del PSM explicaron:

“Nosotros no los contratamos, llegan directamente por el área de evaluación. (...) Hay un profesiograma que se les informa tú estás contratando para eso (...). El área de Recursos Humanos recibe los CV, pregunta si tienes título, participas en procesos de evaluación y entras a trabajar con nosotros” (Entrevista con coordinador del PSM).

Respecto al perfil del personal especializado en los MSM y unidades CAPA, los requerimientos para psicólogo clínico en el catálogo de puestos incluye: licencia y cédula profesional para el ejercicio laboral. Asimismo, deseable la experiencia en pruebas psicológicas y abordaje clínico, aunque no se exige el manejo de alguna escuela o modelo terapéutico en particular (Entrevista con coordinadora del PSM en jurisdicción sanitaria C.1). En ese orden, varios de los aspectos que se cubren en el capítulo 8, como el desarrollo de las primeras citas y el número de sesiones previstos para cada paciente, están influenciados por las aproximaciones terapéuticas del personal especializado de los módulos, dentro de la variabilidad restringida por normas y protocolos establecidos, como el mencionado catálogo de puestos.

En este punto, la inquietud que expresada desde la coordinación radicó en que, a la hora de contratar a psicólogos, éstos demostraran con más claridad que cuentan con un perfil clínico:

“No hay un filtro más técnico para decir eres clínico o no. Desafortunadamente tenemos un problema grave en el caso de los psicólogos, de los 150 muchos no son clínicos,

vienen de escuelas diferentes: de la UAM, de otras universidades, del Politécnico, vienen con la licenciatura y pues en esas licenciaturas no se hace clínica. (...) Entra gente de todas las universidades, de todas las escuelas, desde las mejores hasta las peores” (Entrevista con coordinador del PSM).

Aunque no se ahondó en cómo califican las universidades de procedencia del personal como mejores o peores, este extracto estuvo directamente vinculado a si los psicólogos eran clínicos o no. Por su parte, una de las coordinadoras del PSM en jurisdicción sanitaria precisó: “En la parte clínica, el psicólogo en su formación ya sea que se vaya especializando al área clínica, educativa, laboral-organizacional o su cédula lo acredite como psicólogo general. (...) Creo que las habilidades clínicas todo psicólogo las tiene” (Entrevista con coordinadora del PSM en jurisdicción sanitaria C.1).

Por tanto, un psicólogo sin experiencia específica de clínica puede ocupar un puesto de psicólogo clínico dentro del servicio público de salud mental. Esto conlleva a que las pautas para la valoración del conocimiento y del manejo de temas relacionados con salud mental no sea homogénea en la operación; por ende, podría repercutir en la eficacia del servicio.

Sobre la contratación en el área de Psiquiatría, hay una dificultad distinta que fue identificada:

“En el caso de los psiquiatras recientemente nos han preguntado, pero no tengo problema con los psiquiatras, **son médicos, son clínicos**, vienen del Instituto Nacional de Psiquiatría o de Neurología, del (hospital psiquiátrico) Fray (Bernardino Álvarez) y sin problemas los contratamos. Además, **tenemos un déficit importante de psiquiatras**. (...) Nos falta ocho y no tenemos más que cuatro próximos a empezar, si es que no **consiguen otra cosa mejor**. De pronto presentan exámenes y ya nos dicen pues no, muchas gracias, ya conseguí en la Fundación Rockefeller” (Énfasis propio) (Entrevista con coordinador de PSM).

De este extracto, rescatamos un obstáculo ratificado por los interlocutores para fines de disponibilidad: la falta de psiquiatras y la dificultad para llenar los cupos disponibles, que provoca la insuficiencia del personal disponible y mengua la calidad del servicio. Es importante también indicar que los mismos encargados del servicio público estiman otras instituciones de atención como mejores (“consiguen otra cosa mejor”), lo cual está en función del salario proporcionado al personal.

En suma, en el contraste con otras entidades federativas, la ciudad cuenta con ventajas en el número de trabajadores de la salud mental para atención de no derechohabientes. Asimismo, reconocemos como pertinente la mayor contratación de psicólogos en los últimos años. El

problema es la concentración por tipo de unidad (en hospitales psiquiátricos, a nivel nacional) y desde una lógica territorial en Ciudad de México, donde la atención de primer nivel en SM tiene un mayor número en los ámbitos central y norponiente, salvo la disponibilidad prioritaria de profesionales para los usuarios con problemas de adicción en la franja oriental de la urbe. Respecto a las condiciones laborales del personal de planta en el primer nivel de Sedesa, se identifican elementos de insatisfacción al coexistir diferentes modalidades de contratación y debido a la sobrecarga de trabajo.

6.4. Medicamentos psiquiátricos

Una dimensión de la atención es el acceso idóneo a medicamentos que permitan o fortalezcan una adecuada recuperación, más aún en el marco de los servicios públicos de salud.

En el 2018, según condición de surtimiento de receta, casi nueve de cada 10 personas que fueron a una unidad IMSS en las últimas dos semanas, a nivel nacional, consiguieron todos los medicamentos. En ISSSTE fue siete personas y en los Servicios de Salud Estatales (centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud) solo cinco. En este último, un 25% tuvo que acceder a los medicamentos fuera del lugar de atención y un relevante 21% no consiguió alguno o ninguno de los productos. Es decir, en los servicios de SSA y Sesa había una menor existencia de medicamentos en el 2018 en la misma unidad de consulta, en contraste con IMSS e ISSSTE.

Cuadro 25. Porcentaje de surtimiento de receta en el uso de servicios de salud ambulatorios en las últimas dos semanas, total y por uso de establecimientos del IMSS y SSA, 2018

	Total	IMSS	SSA y Sesa	CAF	Otros privados
Nacional					
Usuarios con receta	90.5	89.6	87.1	98.6	90.1
Usuarios que consiguieron todos los medicamentos en el lugar de consulta	65.0	88.1	53.2	81.0	38.9
Usuarios que los consiguieron fuera del lugar de consulta	25.8	6.2	25.7	14.9	56.4
Usuarios que no consiguieron alguno o ninguno de sus medicamentos	9.2	5.6	21.1	4.0	4.6
Ciudad de México					
Usuarios con receta	87.9	90.8	87.3		
Usuarios que consiguieron todos los medicamentos en el lugar de	53.4	96.0	34.3		

consulta			
Usuarios que los consiguieron fuera del lugar de consulta	39.1	2.0	45.1
Usuarios que no consiguieron alguno o ninguno de sus medicamentos	7.5	2.0	20.5

Fuente: elaboración propia con datos de Ensanut 2018-20219 y Shamah-Levy, *et al.* (2020). Nota: La columna total estima usuarios con receta en todos los servicios de salud (públicos y privados). CAF: Consultorios adyacentes a farmacias

En Ciudad de México, el rezago en los servicios de SSA y Sesa fue más pronunciado: solo un tercio consiguió los productos recetados en la misma unidad de consulta, mientras que el 45% optó por una búsqueda efectiva por fuera, ante la falta de existencia y suficiencia en la misma unidad de atención. Además, un porcentaje similar al promedio nacional (20.5%) no consiguió alguno o ninguno de sus medicamentos, afectando la eficacia del servicio recibido.

Si la mirada es por tipo de problema de salud que fue atendido, en todo servicio de salud, el subconjunto nacional que tuvo signos neurológicos o psiquiátricos no se distanció demasiado de las proporciones nacionales promedio para todos los síntomas. No obstante, menos usuarios con los síntomas señalados pudieron acceder a los medicamentos respectivos (7%).

Cuadro 26. Porcentaje de surtimiento de receta en el uso de servicios de salud ambulatorios en las últimas dos semanas, por todo motivo de atención y por síntomas neurológicos y psiquiátricos, nacional, 2018

	Total	Por síntomas neurológicos y psiquiátricos
Usuarios con receta	90.5	96.7
Usuarios que consiguieron todos los medicamentos en el lugar de consulta	65.0	67.0
Usuarios que consiguieron fuera del lugar de consulta	25.8	26.0
Usuarios que no consiguieron alguno o ninguno de sus medicamentos	9.2	7.0

Fuente: elaboración propia con datos de Ensanut 2018-2019

Para los años 2020 y 2021 encontramos un detalle nacional por necesidad de salud en los últimos tres meses que fue atendida. Seis de cada 10 usuarios con cualquier necesidad y receta consiguieron sus medicamentos en el servicio donde fueron atendidos. Cuando fue de manera

específica por necesidad de salud mental, hubo menos probabilidad de existencia de los insumos para el tratamiento en el mismo lugar de atención, aunque con mejor resultado en el 2021 (de 45.8% a 57.7%).

Cuadro 27. Porcentaje de surtimiento de receta en el uso de servicios de salud ambulatorios por toda necesidad de salud y necesidad de salud mental, nacional, 2020 y 2021

	Año 2020		Año 2021	
	Por necesidad de salud	Por necesidad de SM	Por necesidad de salud	Por necesidad de SM
Usuarios con receta	89.0	75.1	89.4	87.0
Usuarios que consiguieron todos los medicamentos en el lugar de consulta	62.6	45.8	66.9	57.7
Usuarios que consiguieron fuera del lugar de consulta	30.8	41.5	21.5	30.1
Usuarios que no consiguieron alguno o ninguno de sus medicamentos	6.3	12.8	11.6	12.2

Fuente: elaboración propia con datos de Ensanut Continua 2020 y 2021

De hecho, el acceso y/o compra fuera del lugar de consulta fue mayor para las condiciones de salud mental, si bien en el año 2021 la proporción decreció (de 41.5% a 30.1%). Finalmente, la población que no consiguió alguno o ninguno de los productos psiquiátricos recetados se mantuvo estable entre los dos años citados: 12 puntos porcentuales.

Cuadro 28. Porcentaje de surtimiento de receta en el uso de servicios de salud ambulatorios por toda necesidad de salud y necesidad de salud mental, Ciudad de México, 2020 y 2021

	Año 2020		Año 2021
	Por toda necesidad de salud	Por necesidad de SM	Por toda necesidad de salud
Usuarios con receta	86.0	74.3	85.8
Usuarios que consiguieron todos los medicamentos en el lugar de consulta	62.6	38.3	57.4
Usuarios que consiguieron fuera del lugar de consulta	30.9	36.0	32.2
Usuarios que no consiguieron alguno o ninguno de sus medicamentos	6.4	25.7	10.4

Fuente: elaboración propia con datos de Ensanut Continua 2020 y 2021

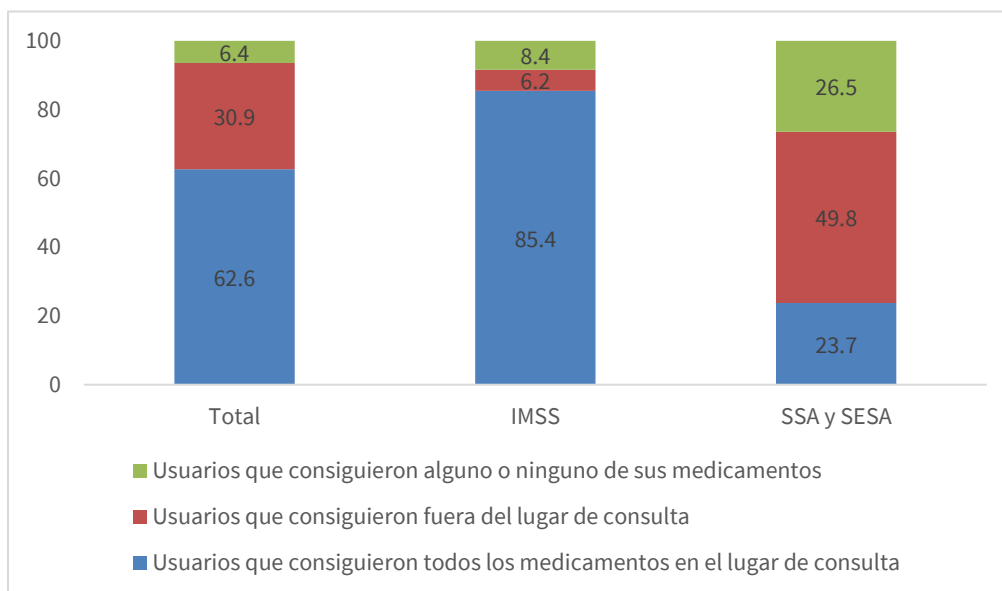
En Ciudad de México, los valores por condición de surtimiento de receta para toda necesidad de salud en el 2020 fueron similares a las proporciones nacionales (ver figura anterior). En el 2021 hay un punto de inflexión, un menor grupo de personas accedió a todos los medicamentos en el lugar de consulta (57.4% vs. el 66.9% nacional), y mayor afluencia lo tuvo que buscar por fuera (32.2% vs. el 21.5% nacional).

En particular, apreciamos una situación llamativa para Ciudad de México, si solo observamos los datos para necesidad de salud mental en el 2020²¹. Menos usuarios por salud mental, consiguieron todos los medicamentos recetados en cualquier establecimiento de atención que el promedio nacional (38.3% vs. 45.8%), y el doble del promedio nacional simplemente no accedió a ningún fármaco o lo hizo de modo parcial (25.7% vs. 12.8%). Es decir, en el contexto de la pandemia por Covid-19 y la priorización de servicios médicos, hubo una menor existencia y suficiencia de medicina psiquiátrica en la capital.

Si apreciamos los datos por toda necesidad de salud en los últimos tres meses, en relación con la institución de atención (IMSS y SSA-Sedesa) en Ciudad de México, la provisión de tratamiento en los centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud fue limitada en el 2020. Solo un 23.7% accedió a todos los medicamentos en el lugar de consulta y casi la mitad de capitalinos que contaban con receta en dicha red tuvo que acceder a los productos por fuera del mismo establecimiento (49.8%). Estos valores se distancian de las proporciones nacionales respectivas para los servicios de la Secretaría (62.8% y 22.8%).

²¹ En la Ensanut 2021, al desagregar por condición de surtimiento de receta, se presenta una ausencia de datos por representación estadística a nivel de necesidades de salud mental en Ciudad de México.

Figura 39. Porcentaje de surtimiento de receta en el uso de servicios seleccionados de atención por toda necesidad de salud, Ciudad de México, 2020

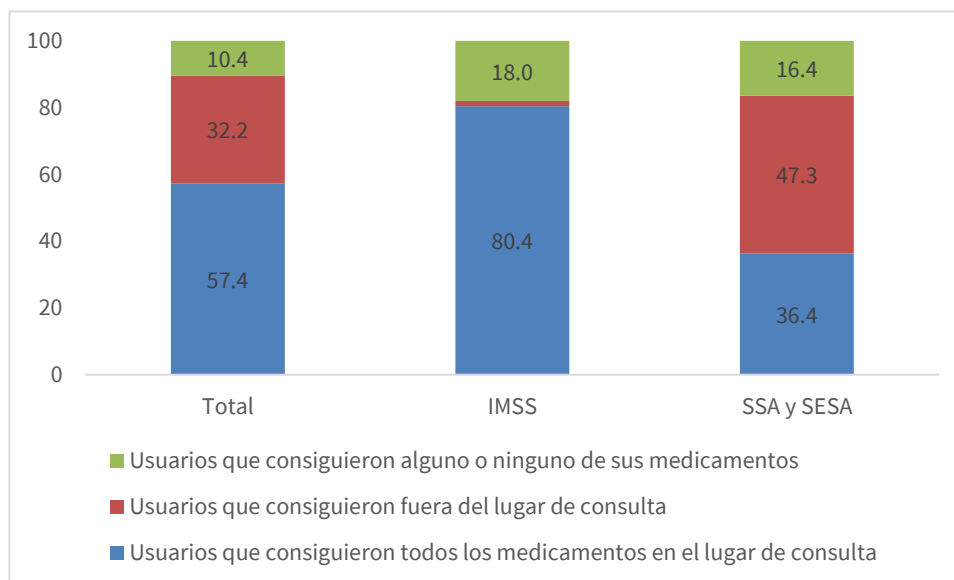


Fuente: elaboración propia con datos de Ensanut Continua 2020. Notas: ^{/1} Usuarios con receta: total (86.0%), IMSS (90.9%), SSA y Sesa (68.5%); ^{/2} La columna total estima usuarios con receta en todos los servicios de salud (públicos y privados).

En especial, es alarmante notar que una de cuatro personas (26.5%, ver figura anterior) que acudió a la infraestructura de la SSA y Sedesa en la ciudad, y que contó con receta, no pudo acceder a alguno o ninguno de los fármacos que necesitaba.

En el 2021, la situación mejoró levemente para SSA y Sedesa, en su capacidad de proporcionar medicamentos en el mismo lugar de consulta. En realidad, el aspecto más resaltante es la obtención de peores promedios en lo concerniente a usuarios que no accedieron a un tratamiento completo, en el total (para todo servicio de salud) y para el IMSS.

Figura 40. Porcentaje de surtimiento de receta en el uso de servicios seleccionados de atención por toda necesidad de salud, Ciudad de México, 2021



Fuente: elaboración propia con datos de Ensanut Continua 2021. Nota: ^{/1} Usuarios con receta: total (85.8%), IMSS (96.1%), SSA y Sesa (75.8%); ^{/2} La columna total estima usuarios con receta en todos los servicios de salud (públicos y privados).

El porcentaje alto de población usuaria de SSA y Sedesa acudiendo a otro establecimiento o instancia para adquirir los productos recetados no solo se explica por la disminución en el flujo de atención de las unidades médicas debido a la pandemia. Después de todo, la caída de usuarios accediendo a su tratamiento completo en el IMSS no cae drásticamente. Identificamos estas circunstancias:

- No todos los centros de salud disponen de farmacia disponible (en especial, en los las unidades T-I y T-II). El personal médico puede sugerir al paciente un establecimiento cercano, para que no implique un costo alto a nivel de gastos o tiempo de desplazamiento.
- Cuando hay farmacia, puede haber problemas de existencia y suficiencia de productos gratuitos. De hecho, el personal especializado en el área de psiquiatría y psicología y la población usuaria entrevistada para esta evaluación reportaron una sostenida carencia de medicina, la cual genera molestia y entorpece la eficacia de los servicios de salud, así como la adherencia a la ingesta del tratamiento y la apropiación de éste por los usuarios. Los usuarios entrevistados describieron un agravamiento del problema en los últimos meses (a la fecha de las entrevistas, julio de 2022

- c. Esto se da por dos razones principales. Primero, limitaciones presupuestales para la adquisición de productos. Por ejemplo, el PSM dejó de recibir fondos federales consistentes para la compra de medicina psicotrópica. Segundo, problemas de abastecimiento ante la falta de automatización y control eficiente de inventario. El detalle sobre estas razones se puede encontrar en el capítulo 8.

Este panorama demanda de un desplazamiento de los usuarios hacia otras unidades de la misma red pública a buscar el producto, con los consiguientes costos de economía y de oportunidad. No obstante, pueden no encontrarlo por lo señalado en el inciso b anterior. El resultado final puede ser adquirirlo a través de la oferta privada, lo cual, como usuarios de un servicio que la normativa declara como gratuito, involucra problemas de equidad.

Las cifras de 2018 no son del todo comparables con los números de 2020 y 2021 (surtimiento de receta por uso de servicios de salud en las últimas dos semanas vs. surtimiento por necesidad de salud atendida en los últimos tres meses), pero marcan una tendencia: en ambos periodos, hubo más problemas de existencia y suficiencia de medicina para la población usuaria de los servicios de salud en Ciudad de México que a nivel nacional. En particular aparecieron más problemas de disponibilidad en unidades de salud adscritas a SSA y Sedesa.

7. Procesos de atención: utilización de servicios y admisiones

Caracterizamos la atención de salud mental en los centros de salud de la Secretaría. Partimos de un contexto más amplio: la afluencia hacia este tipo de servicios es baja en general y, ante las limitaciones de la sanidad pública, la población acude a la consulta privada. Luego, tomamos nota de condicionantes adicionales que facilitan o entorpecen el proceso de operación en las unidades de primer nivel de la Sedesa, en función de las normas establecidas, así como percepciones de servidores, personal especializado en el área de psiquiatría y psicología y personas usuarias. En ese sentido, este capítulo aborda la etapa de admisiones al servicio, mientras que el seguimiento el desarrollo mismo de las sesiones en los MSM.

7.1. Utilización de servicios de salud mental

De acuerdo con estudios en la región, la brecha promedio de tratamiento para trastornos mentales es de 81.4%. Esto quiere decir que ocho de cada 10 personas con TSM no reciben una atención apropiada (SSA, 2020b), que puede ser porque la cobertura es insuficiente o bien las personas no utilizan los servicios disponibles. A continuación, exponemos indicadores que nos puedan dar una descripción reciente sobre la segunda razón, no solo en los servicios de la Sedesa, empleando principalmente datos disponibles de la Ensanut 2018-2019, la Ensanut Covid-19 2020 y la Ensanut Covid-19 2021²². Respecto a la cobertura, ver capítulo 9.

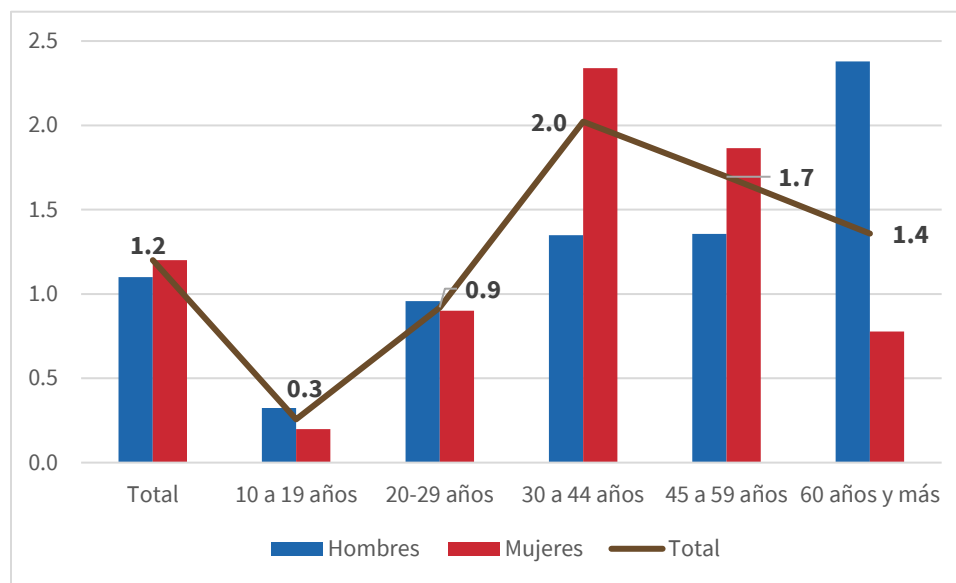
En un recuento de motivos para acudir y solicitar servicios de salud ambulatorios, en los últimos 15 días, solo 1.2% de la población nacional (más de 85,000 personas) lo hizo por síntomas neurológicos y psiquiátricos²³ (Shamah-Levy, *et al.*, 2020). En la capital, dicho promedio fue un poco más alto (1.5%). Considerando a la población de 10 años y más, a nivel

²² Dos aclaraciones para esta sección. La primera es que los instrumentos Ensanut no tuvieron como propósito específico aportar información sobre prevalencias y utilización de servicios de salud para pacientes con problemas de SM, pero sus datos nos ayudaron a construir una caracterización exploratoria. La segunda es que usamos dos conceptos distintos para identificar los problemas de salud y las consecuentes trayectorias en los servicios ambulatorios de atención. En Ensanut 2018-2019 se empleó la noción de problema o motivo por el que solicitó atención en las últimas dos semanas, más a partir de Ensanut Continua 2020 se usó la categoría necesidad de salud en los últimos tres meses, para así distinguir la proporción de la población que buscó o no atención. Entonces, en función de los datos utilizados se puede aludir a alguno de los dos conceptos.

²³ Ensanut 2018-2019 consideró los siguientes padecimientos como valores nominales: alcoholismo, tabaquismo, padecimientos generados por consumo de drogas, pérdida de la memoria, estrés, depresión.

nacional, los grupos etarios que solicitaron mayor atención por estos motivos fueron los ubicados en el rango de 30 a 59 años (ver figura siguiente).

Figura 41. Utilización de servicios de salud ambulatorios en los últimos 15 días por síntomas neurológicos y psiquiátricos a nivel nacional, por género y grupos de edad, 2018, porcentajes



Fuente: elaboración propia con datos de la Ensanut 2018-2019

Conforme se avanza en edad, hay un mayor requerimiento de servicios de salud para este tipo de síntomas. Hay una diferencia por género en este punto, pues luego de un pico entre los 30 y 44 años, la frecuencia en mujeres se torna en descenso. En el caso de los hombres, la progresión, que en general es más paulatina, tuvo su punto más alto recién en el segmento a partir de los 60 años.

Desde una mirada de necesidad de salud en los últimos tres meses (más allá de si acudió o no a un servicio), comparemos datos respecto al segmento que reportó condiciones de salud mental²⁴. Hubo una mayor necesidad de salud mental en el 2020 que en el 2021, en cualquier grupo de edad a partir de los 10. Proporciones notablemente elevadas en dicho año 2020: de 10 a 19 años (8.3%), de 45 a 59 años (7.9%) y de 30 a 44 años (7.7%). En el 2021, las diferencias notorias respecto a los promedios nacionales disminuyeron, salvo para el subconjunto capitalino de 45 a 59 años, que con 5.2% mantuvo tres puntos porcentuales de diferencia con el valor nacional respectivo (2.1%). El porcentaje de necesidad fue más alto en la ciudad que

²⁴ Ensanut Continua Covid-19 2020 consideró los siguientes padecimientos como valores nominales: depresión, ansiedad, insomnio, estrés, mientras que Ensanut Continua 2021 incluyó los mismos, con el añadido de “cualquier otra condición mental”.

en el promedio nacional, y más en mujeres que en hombres (sea en la capital o en el país), en cualquiera de los dos años señalados.

Cuadro 29. Necesidad de salud mental en los últimos tres meses, por género y grupos de edad, nacional y Ciudad de México, 2020 y 2021, porcentajes

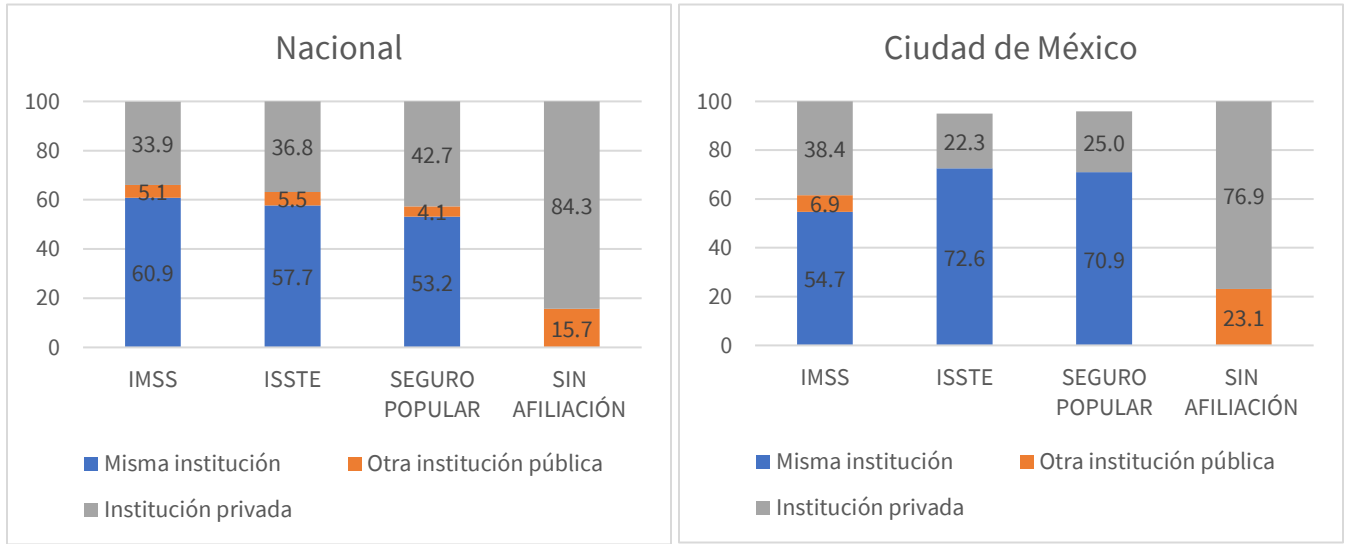
		Total	Género		Grupos de edad					
			Hombres	Mujeres	0 a 9 años	10 a 19 años	20-29 años	30-44 años	45-59 años	60 años y más
Año 2020	Nacional	2.8	2.2	3.3	0.5	3.3	2.9	4.4	3.3	1.9
	Ciudad de México	6.4	5.6	6.9	4.5	8.3	6.5	7.7	7.9	4.0
Año 2021	Nacional	1.9	1.6	2.2	0.8	2.3	1.8	3.1	2.1	1.3
	Ciudad de México	3.3	2.7	3.7	0.9	3.2	1.1	3.0	5.2	3.6

Elaboración propia con datos de Ensanut Continua 2020 y Ensanut Continua 2021

De acuerdo con lo expuesto, en un contexto de baja afluencia de los ciudadanos a los servicios de salud por malestares de salud mental, los principales afectados fueron los adolescentes y jóvenes, en conjunto con la población en el rango de edad previo a la adultez mayor, lo que ofrece indicios sobre las repercusiones del encierro (en el primer grupo) y sobre el temor a las infecciones por Covid-19 y la posibilidad de morir (en el segundo grupo).

Sobre la institución que proporcionó atención, es claro que la población utiliza en mayor medida los servicios privados. Para cualquier problema de salud en el 2018, la mayoría lo elegía (43.2%), seguido del IMSS (27.6%) y de los establecimientos de la SSA (centros de salud y hospitales). Más rezagada quedaba la utilización del ISSSTE (5.8%). En la relación utilización por afiliación, la mayor fidelidad correspondió a quienes contaban con un seguro privado: más de 90 puntos porcentuales de uso correspondiente (Shamah-Levy, *et al.*, 2020). Respecto a quienes contaban con seguro público, entre el 34% y 42% se atendía en consulta privada, donde la principal fidelidad aparecía en el IMSS. Por su parte, ocho de cada 10 personas que no tenían ningún tipo de adscripción, optaban por la atención privada.

Figura 42. Concordancia entre esquema de aseguramiento e institución que proporcionó la atención curativa, nacional y Ciudad de México, 2018, porcentajes



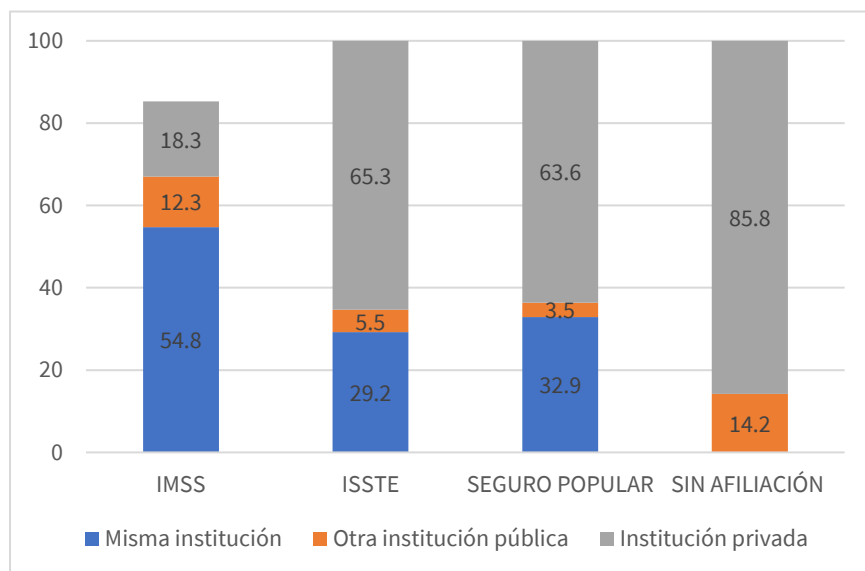
Fuente: elaboración propia con datos de Ensanut 2018-2019 y Shamah-Levy, *et al.* (2020). Nota: se reporta solo respecto a las personas que mencionaron el nombre de la institución donde se fueron a atender, por problema de salud en los últimos 15 días.

En Ciudad de México, había una menor proporción de afiliación y uso en el IMSS, aumentando en casi dos y cinco puntos porcentuales, respectivamente, la frecuencia en otra institución pública e institución privada. En el caso del grupo sin afiliación, la elección por la consulta privada también fue predominante (76.9%), representando a 63,865 personas, mientras que la proporción de uso de otra institución pública (23.1%) fue mayor al caso nacional (15.7%) y representó a 19,167 individuos.

Si bien las cifras capitalinas para ISSSTE y SP no cuentan con resultados en el reactivo “Otra institución pública”, posiblemente por razones de alcance y representatividad de la muestra, los incluimos para fines de aproximación: como en cada contraparte nacional, la mayoría de afiliados en estos dos casos buscaban unidades médicas de la misma institución.

En relación con el subconjunto nacional que utilizó los servicios de salud por condiciones neurológicas y psiquiátricas, 55% de las personas afiliadas al IMSS se atendieron en la misma institución, tan solo cinco puntos porcentuales menos que el promedio general por todos los síntomas. Cuando buscaron otro lugar, el comportamiento de estos afiliados se distribuyó de modo más proporcional entre acudir a otro seguro público o ir al ámbito privado, frente al promedio nacional por cualquier enfermedad.

Figura 43. Concordancia entre esquema de aseguramiento e institución que proporcionó la atención curativa, nacional por síntomas neurológicos y psiquiátricos, 2018, porcentajes



Fuente: elaboración propia con datos de Ensanut 2018-2019. Nota: se reporta solo respecto a las personas que mencionaron el nombre de la institución donde se fueron a atender, por problema de salud en los últimos 15 días.

Para las personas inscritas en ISSSTE pareciera que había una mayor desconfianza en atender sus problemas mentales. Solo tres de cada 10 acudieron al mismo servicio, donde la elección por la atención privada era bastante significativa (65.3%). Esta misma inclinación es abrumadora para el caso de las personas sin seguridad social alguna: casi nueve de cada 10 buscaron un servicio privado. En este caso, la proporción era similar a la nacional para cualquier síntoma.

Las personas que buscaron atención por necesidad de salud en los últimos tres meses (años 2020 y 2021) siguieron una tendencia similar a lo ya expuesto, en cuanto la utilización de servicios privados. Para el año 2020, los datos nacionales indican una diferenciación entre el servicio de salud privado en general y los consultorios adyacentes a farmacias (CAF). Así, un 37% optó por el privado (sin contar a los CAF). Lo siguió el IMSS (22%), los servicios de bajo costo en los CAF (19.2%) y los servicios de SSA y Sesa (15.1%). Ahora bien, si solo nos atenemos a las necesidades de salud mental, todas las proporciones de asistencia y atención en instituciones de salud públicas (incluidas en el cuadro siguiente) descienden, los CAF mantienen los 19 puntos porcentuales y el resto de consultorios privados asciende casi 13 puntos.

En Ciudad de México, las distribuciones por toda necesidad de salud siguieron una secuencia similar. Por necesidad de salud mental, la elección por los servicios privados fue abrumadora, aunque los CAF no fueron tan preponderantes como en el caso nacional. En la opción pública, destacamos también que los servicios de la Secretaría de Salud mantuvieron una frecuencia de respuesta similar al promedio por toda necesidad, a diferencia de las caídas en el IMSS y el ISSSTE.

Cuadro 30. Institución de salud donde se atendió, por toda necesidad y necesidad de salud mental en los últimos tres meses, nacional y Ciudad de México, 2020, porcentajes

Institución de salud ^{/1}	Nacional		Ciudad de México	
	Toda necesidad de salud	Necesidad de salud mental	Toda necesidad de salud	Necesidad de salud mental
IMSS	21.7	11.8	24.7	8.6
ISSSTE ^{/2}	4.4	3.4	7.8	2.0
SSA y Sesa (centros de salud y hospitales)	15.1	8.8	11.0	12.2
Privado	36.8	49.5	33.0	63.3
Privado – CAF	19.2	19.5	22.1	5.0
Total, en cualquier tipo de atención privada	56.0	69.0	55.1	68.3

Elaboración propia con datos de Ensanut Continua 2020 y Shamah-Levy, *et.al.* (2021). Notas: ^{/1} Se realiza una selección de instituciones de salud para fines del cuadro, por ello la suma de valores por columna no llega a 100% ^{/2} Se incluye ISSSTE estatal.

Dicho de otra forma, para cualquier necesidad de salud en el año 2020, en un escenario de restricción en el acceso a servicios públicos de salud por la priorización ante la pandemia por Covid-19, casi seis de 10 mexicanos (o capitalinos) que buscaron atención, utilizaron la vía privada (sea CAF u otra alternativa) y siete de 10 siguieron la misma tendencia para el caso de una necesidad de salud mental.

Para el año 2021, los datos nacionales añaden una diferenciación mayor respecto a la consulta privada. Para toda necesidad de salud en los últimos tres meses con búsqueda de atención, la elección de la población mexicana por la consulta privada de cualquier tipo obtuvo el 56.6%, prácticamente la misma proporción que en el 2020. Viendo en detalle, la selección se inclinó más por un consultorio en el domicilio particular del médico (22.0%) y por la asistencia a los CAF, éstos últimos manteniendo el sólido 19% del año anterior. Por su parte, las proporciones para el IMSS y los servicios de SSA y Sesa se recuperaron ligeramente.

Cuadro 31. Institución de salud donde se atendió, por toda necesidad y necesidad de salud mental en los últimos tres meses, nacional, 2021, porcentajes

Institución de salud ^{/1}	Toda necesidad de salud	Necesidad de salud mental
IMSS	23.3	15.9
ISSSTE ^{/2}	2.8	3.4
SSA y Sesa (centros de salud y hospitales)	16.4	19.1
Privado – CAF	19.9	12.1
Consultorio dentro de hospital privado	5.5	2.4
Atención privada en torre de consultorios	5.8	0.6
Consultorio en domicilio particular de médico privado	22.2	34.0
Otros privados	3.2	6.6
Total, en cualquier tipo de atención privada	56.6	55.8

Elaboración propia con datos de Ensanut Continua 2021 y Shamah-Levy, *et al.* (2022). Notas: ^{/1} Se realiza una selección de instituciones de salud para fines del cuadro, por ello la suma de valores por columna no llega a 100% ^{/2} Se incluye ISSSTE estatal.

En lo que concierne a afectaciones atendidas por salud mental, por cualquier tipo de servicio privado se llegó a 55.8%, prácticamente la misma proporción que por cualquier necesidad de salud, y menor al valor que obtuvo el año anterior, con una diferencia relevante de 13 puntos porcentuales. Viendo frecuencias por servicio público o privado, el consultorio en domicilio particular del médico tuvo el principal valor (34.0%), seguido de SSA y Sesa (19.1%), IMSS (15.9%) y los CAF (12.1%). En ese sentido, si bien el IMSS obtuvo un mayor porcentaje que en el año anterior, aún se mantuvo el rezago en la elección comparado con cualquier necesidad de salud. Los CAF también descendieron en la elección, mientras que el conglomerado de servicios de los SSA (incluyendo la oferta estatal de centros de salud y hospitales) recuperó presencia, incluso por arriba de la elección por cualquier necesidad de salud.

Así, la población utiliza en mayor medida los servicios privados de salud mental, lo que puede relacionarse con deficiencias de la oferta pública, incluso si hay una afiliación a la seguridad social de por medio. Estas tendencias en el comportamiento suelen profundizarse cuando se requiere dar respuesta a malestares o necesidades de salud mental.

Otra manera de caracterizar las decisiones en la búsqueda de atención médica es la distinción de los motivos de elección. Dentro del segmento que buscó atención a nivel nacional por cualquier necesidad de salud en los últimos tres meses, durante el año 2020, casi el 30% lo hizo por afiliación, seguido de la cercanía (22.4%), costos accesibles (11.6%) y atención rápida (10.9%). Es decir, solo tres de cada 10 mexicanos, con necesidades de salud, acudían al servicio al que estaba afiliados, priorizando otras elecciones relacionadas con una accesibilidad efectiva.

Cuadro 32. Motivos principales de elección del lugar donde se atendió por toda necesidad y necesidad de salud mental en los últimos tres meses, nacional, 2020, porcentajes

Motivos ¹	Por toda necesidad de salud	Por necesidad de salud mental ³
Tiene afiliación	29.0	13.3
Está cerca	22.4	5.4
Es barato/no cuesta	11.6	12.5
Le atienden rápido	10.9	10.4
Le gusta cómo lo atienden	9.8	19.0
No tuvo otra opción	8.4	9.8
Esta unidad ofrece el servicio que necesita	8.1	14.6

Elaboración propia con datos de Ensanut Continua 2020 y Shamah-Levy, *et al.* (2021). Nota: ¹ Se realiza una selección de motivos principales para fines del cuadro, por ello la suma de valores por columna no llega al 100% ³ En esta columna se aproximaron porcentajes de los principales motivos de atención por necesidad de salud mental.

La distribución de los motivos por los que se buscó atención por necesidad de salud mental varió. El gusto o satisfacción por la atención tuvo la mayor frecuencia de respuesta (19.0%), seguido por la elección por la unidad con el servicio específico que buscaba (14.6%), afiliación (13.3%) y costos accesibles (12.5%). Lo más resaltante, consistente con los datos previos presentados, es que la afiliación incluso importa menos cuando se requiere atención en casos de malestar emocional. Además, la primera y segunda razón están relacionadas con las impresiones de los usuarios que fueron entrevistados para examinar la atención de los módulos de salud mental en centros de salud, como veremos más adelante.

Por lo visto, de una forma exploratoria, en Ciudad de México se reportó mayor necesidad de salud mental en el 2020 que en el 2021, mientras que ambas cifras siempre fueron más altas en relación con las distribuciones nacionales respectivas. La mayor utilización del servicio privado

de salud para atender estos síntomas es abrumadora, en concordancia con la conducta por cualquier necesidad de salud.

La realidad del comportamiento de los usuarios de los servicios de salud requiere mayores estudios y generación de información estadística. Por lo pronto, hacemos en esta evaluación una caracterización cualitativa más detallada, para dar cuenta de algunas tendencias vistas en esta sección (la búsqueda de atención por necesidad de salud mental que aumentó en el 2021 al acudir a la infraestructura capitalina de SSA y Sedesa, las razones primordiales para seleccionar una unidad que atienda dicho tipo de malestares).

7.2. Admisiones

Comenzamos a detallar las formas de atención en los módulos de salud mental de centros de salud. En lo que sigue del capítulo empleamos información cualitativa obtenida en entrevistas. Para identificar apego a diseño o cumplimiento, contrastamos con los siguientes documentos:

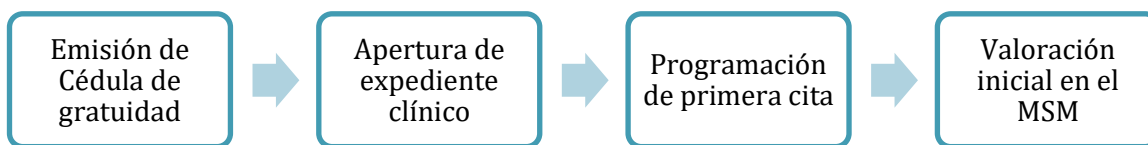
- a. Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en la ciudad (Gaceta Oficial, 22 de mayo de 2006), y su reglamento (Gaceta Oficial, 4 de diciembre de 2006).
- b. Ley de Salud de la Ciudad de México (Gaceta Oficial, 9 de agosto de 2023)
- c. Ley de Salud Mental del Distrito Federal y reglamento
- d. Manual Administrativo de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (diciembre 2019)
- e. Formato de hoja diaria de salud mental - Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México
- f. Formato de consentimiento informado para atención médica psiquiátrica y psicológica - Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México
- g. Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012

De modo adicional, podemos tomar en cuenta un documento con procedimientos detallados sobre la atención específica en estos módulos de salud mental. Sin embargo, es normativa administrativa que, a la fecha del trabajo de campo y análisis, no estaba aprobado por SSPCDMX. Es información relevante y que corrobora en buena parte la forma de actuar que observamos de parte del personal especializado en el área de psiquiatría y psicología. En ese sentido, podemos mencionar a veces esta documentación, pero con la precaución de que no es un documento oficial.

7.2.1. Protocolo de ingreso

El procedimiento regular para la atención en el centro de salud requiere el trámite de formalización para acceder de modo gratuito a los servicios médicos y medicamentos. La entrega de documentos de identificación y residencia local (copia del acta de nacimiento, comprobante de domicilio vigente no mayor a dos meses, credencial de elector y CURP) y la falta de registro vigente en alguna institución de seguridad social permite a cualquier usuario disponer de una cédula de afiliación y credencial de gratuidad. La exigencia de estos documentos está en línea con lo expresado en el Título segundo, Capítulo 1 del Reglamento de la Ley que regula el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos.

Figura 44. Elementos en el protocolo de ingreso al MSM, centros de salud de Ciudad de México



Fuente: elaboración propia con datos de entrevistas realizadas y el documento preliminar de procedimientos en materia de atención a salud mental de SSPCDMX (2021)

No obstante, no completar estos requisitos no implica necesariamente que no haya atención. Sobre la afiliación a seguridad social, la psicóloga D.5 comentaba: “Nosotros nos basamos en la política de cero rechazos, aunque sea derechohabientes de otro seguro se les puede dar la atención. Yo tengo entendido que la política de cero rechazos es a nivel federal. Me ha tocado gente del IMSS, ISSSTE, SEDENA”. Al respecto, y de modo consistente, el director general de los SSPCDMX declaró en su momento que la Sedesa y los SSPCDMX cuentan con políticas públicas de salud y actuación que involucran el cero rechazo, “con el objetivo de atender y recibir (...) a pacientes de toda la población que requieren de atención, independientemente de su derechohabiencia o seguridad social (...)”²⁵. El médico psiquiatra E.2 también confirmaba la disposición de atención en salud mental, precisando que un usuario, que ya contaba con alguna afiliación a otra institución de seguridad social, no iba a poder acceder a los

²⁵ Ver oficio DG/SSPCDMX/0151/2021, respuesta al Punto de Acuerdo del Congreso de la Ciudad de México: Atención a afectados de explosión en Colonia Morelos <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/1aebd1c5092342971f2cc74c4cf46104f2f96cf2.pdf>

medicamentos que forman parte de los beneficios al contar con la gratuidad. Este enfoque nos parece positivo, pertinente y apegado a derechos.

Las personas usuarias entrevistadas corroboraron la importancia de tramitar la cédula de gratuidad y recordaron haber entregado los documentos indicados para el acceso a la atención. Como ejemplos, la paciente C.1 declaró que pasó por una entrevista con el trabajador social donde le preguntaron por los motivos para asistir a los servicios en dicho centro de salud, sobre la afiliación a otros seguros, y le explicaron sobre los documentos adicionales para el carnet, así como la vigencia de la cédula de gratuidad por 4 años. Por su parte, el paciente F.8 comentó que por vía telefónica le explicaron todo el trámite y los papeles a entregar, lo cual hizo sencillo el proceso.

Con este trámite realizado, y cuando no se ha empleado de modo previo algún otro servicio médico en el respectivo centro de salud, es clave que los usuarios pasen primero por medicina general: “por norma el paciente tiene que tener todos los servicios cubiertos en el expediente integral, aún si la afectación sea salud mental o sea dental o sea otorrino” (Entrevista con psicólogo D.1). El médico general elabora la historia clínica y facilita la referencia hacia el MSM, para finalmente acceder a una primera sesión con el personal de salud mental; el usuario solicita programación de cita en el área de Archivo o directamente con el psicólogo o psiquiatra²⁶.

Algunos de estos pasos indicados pueden ir dándose de forma paralela: “Si no tienen expediente y quieren cita, se les agenda y se les anota los requisitos necesarios (para el seguro de gratuidad). Una vez que se abre el expediente se les otorga el carné y ahí se les va agendado sus citas” (Entrevista con psicóloga D.3). También encontramos registro de cierta flexibilidad respecto a la secuencia entre la visita al médico general y al MSM:

“Antes, cuando querían pasar a Psicología tenían primero que pasar a Medicina General y el médico general hace una hoja de interconsulta para Psicología, pero eso se ha visto muy tardado, entonces pasan directamente a Psicología y si yo veo que no tienen servicio en medicina general, pido que antes de la segunda cita acuda al médico general” (Entrevista con psicólogo D.1)

²⁶ Este procedimiento es congruente con la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, así como en lo observable en el formato de hoja diaria de salud mental, el Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de derechohabientes y usuarios y el documento preliminar de SSPCDMX que describe el procedimiento de Consulta en Salud Mental en Unidades de Primer Nivel de Atención. También mantiene congruencia con lo recomendado en la Guía mhGAP 2.0

Consideramos que estas acciones dúctiles o cambios operativos en la secuencia de actividades son positivas para cuidar la oportunidad y eficacia del servicio, porque a su vez, no implica la transgresión de pautas establecidas, como la realización del trámite de gratuidad o el cumplimiento de la Norma Oficial del Expediente Clínico. Asimismo, es también positivo que la percepción de los pacientes sea precisamente que los trámites de acceso son sencillos y ágiles.

En la primera sesión en el MSM, procede la valoración inicial a los usuarios: “yo hago todo el protocolo de apertura de historia clínica (en psicología), evaluación, dependiendo de la necesidad de cada paciente” (Entrevista con psicóloga D.4). De este modo, se inicia una programación continua de citas en el área de Archivo. El registro para estas programaciones no está automatizado, las anotaciones son realizadas en paralelo tanto por el Archivo del centro de la salud como por el personal respectivo de psicología o psiquiatría.

Como indicamos de forma previa, una regla de atención para los servicios del PSM es dar siempre preferencia a los usuarios de primera vez, separando tres citas al día. Así, de acuerdo con la coordinadora del PSM en una jurisdicción, “en archivo clínico siempre tienen esos espacios para poderlos otorgar”, lo que consideramos pertinente e idóneo.

Excepto un caso particular, ningún paciente declaró complicaciones para la obtención del seguro de gratuidad o para el acceso a los procedimientos de ingreso, negando además cualquier malestar durante la realización de los mismos; encontrando indicios de eficacia en el servicio. La excepción estuvo relacionada con una paciente que acudió al servicio de psiquiatría en un centro de salud de Milpa Alta por referencia (de la unidad San Antonio Tecómiltl a San Pablo Oztotepec). Pese a las coordinaciones realizadas entre las áreas de Trabajo Social, personal de la segunda unidad no le permitía pasar a su cita, aludiendo que debía hacer fila como nueva paciente. La queja relatada se sumó a la incomodidad de la usuaria entrevistada de hacer un trayecto de una hora y media para llegar al único centro de salud de la demarcación que disponía de un psiquiatra. En ese sentido, a la falta de suficiencia de profesionales médicos de la Psiquiatría se suman barreras de accesibilidad.

Si bien el procedimiento de acceso se suele llevar a cabo de manera eficaz, el personal especializado en psicología y psiquiatría que fue entrevistado indicó las limitaciones del servicio ante la ausencia de manuales exclusivos relacionados con la atención en salud mental de primer nivel. Como se mencionó anteriormente en este apartado, existe un documento preliminar de procedimientos en materia de atención a salud mental en los CS a cargo de SSPCDMX, no obstante, a la fecha de la realización del trabajo de campo se desconocía cuándo iba a ser publicado e implementado en las unidades de atención.

Los profesionales sí tienen referencias generales, es decir, referencias para todo profesional médico: la norma oficial del expediente clínico, el manual del expediente clínico, así como el manual de referencia y contrarreferencia para canalizar pacientes a un segundo o tercer nivel. También cuentan con algunas publicaciones generales como las guías de práctica clínica, guías abreviadas y rápidas sobre la atención. Una coordinadora del PSM en una JS los mencionó al referirse a los apoyos que poseen los psicólogos para desempeñarse en sus puestos, donde “no es una obligatoriedad que se siga como tal, pero es un modelo de atención que nos ayuda para unificar, para apoyarnos en el manejo y atención de los padecimientos”. Adicionalmente, indicó que las mismas guías son manejadas por el personal médico y el paramédico.

Lo cierto es que el personal especializado en el área de psiquiatría y psicología precisó la necesidad de contar con instrumentos específicos para una atención de salud mental en primer nivel. Esto ayudaría a homologar la actuación profesional en las diversas jurisdicciones sanitarias. Por ejemplo, el psicólogo D.1, indicó que existen algunos formatos que deben completarse pero que no hay estandarización en su empleo dentro de los MSM. Por ejemplo, mencionó el formato SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan), el cual tiene como objetivo documentar e informar la evolución del paciente en cuatro partes: Subjetivo corresponde a cómo se siente el paciente y a lo que el doctor observe, Objetivo a los resultados de pruebas y exploración física, Análisis a los diagnósticos probables y diferenciales, y Plan a las órdenes médicas a seguir creando un plan de tratamiento (Reznich, Wagner y Noel, 2010). De acuerdo con el psicólogo D.1, “todas las notas en el expediente deben tener el SOAP, pero (hubo) algunos psicólogos que no lo siguen o que lo hacen extremadamente narrativo, entonces se pierde la manera del flujo”²⁷.

Contar con un manual de procedimientos exclusivo para Psicología en primer nivel permitiría “explicar de manera exhaustiva estos procedimientos para evitar errores y sesgos” (psicóloga D.5), como en el ingreso de información en los formatos establecidos para la caracterización de los pacientes y las consultas. Con esto se ganaría consistencia entre profesionales de distintas jurisdicciones, a riesgo de cierta pérdida de flexibilidad. Eso no quiere decir que la coordinación central no emita instructivos específicos y que la atención no esté homologada, pero como desarrolló la psicóloga D.2:

“No es lo mismo que me dejen un instructivo para llenar formatos a que yo tenga un manual con fundamento y que esté avalado. Sí sabemos cómo se hace una nota, parecida a una nota médica, tenemos estructura, instrumentos como historia clínica y

²⁷ El Manual Administrativo de SSPCDMX refiere la supervisión del llenado de los expedientes clínicos de pacientes; por su parte, en las entrevistas el personal mencionó la existencia de visitas sin una periodicidad definida para revisar el llenado y el cumplimiento de la metodología referida

consentimiento informado, pero no tenemos un manual de salud mental. Es una cuestión académica, que alguien debería sentarse a trabajar. (...) Siempre ha sido una promesa, que dicen que están trabajando en ello. Tenemos compañeros con doctorado, un aval académico para realizarlo, tenemos los recursos para hacerlo” (Entrevista con psicóloga D.2).

Por el momento, antes que un manual, se trabaja con instructivos específicos, en particular cuando hay cambios en el llenado de formatos, aunque su aplicación está sujeta a ambigüedades. Bajo la misma lógica, la psiquiatra E.1 estipuló que, frente a la falta de manual, se consultan entre colegas para llenar los documentos:

“Es irnos preguntándonos. Nosotros como médicos tenemos más experiencia en hospitales, tenemos más idea de cómo se maneja un expediente, de cómo son las notas, es una ventaja saber cómo hacer el seguimiento con los pacientes. En cambio, a los psicólogos sí les puede costar más trabajo pese a que son clínicos, pero quizás no han tenido tanto contacto en un hospital, puede ser más difícil para ellos saber todos los procedimientos. Se les va diciendo, conforme se va avanzando en todo lo que tenemos que entregar” (Entrevista con psiquiatra E.1)

Así, ella declaró que los psicólogos le consultan sobre la estructuración del expediente: “si me preguntan o veo algo de cómo está el expediente pues les comento (...) cómo se estructuran las notas de devolución o si falta algún dato en la historia clínica”. En comparación con el cuerpo de Psiquiatría, es más probable que los psicólogos tengan menos horas de experiencia en práctica hospitalaria, con su consiguiente carga administrativa de llenado de expedientes. La réplica ha sido el apoyo del personal de salud más experimentado; no obstante, esto representa una carga adicional a sus labores que se interpone en la eficacia de los recursos humanos y de tiempo disponible en la jornada de trabajo.

La falta de documentación específica se da en un contexto de desventaja más amplio: como lo acotó la psicóloga D.2, el ejercicio de su disciplina no cuenta con un estatuto o reglamento que pueda ser citado en normas oficiales. Por ejemplo, la relacionada con la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres (NOM- 046-SSA2-2005) contempla que, para su correcta aplicación, se apliquen ciertas normas oficiales adicionales (por ejemplo, NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica), pero no hay alusión a algún reglamento o estatuto para Psicología. A pasar de que ésta sea mencionada en sus definiciones de atención integral, indicadores de violencia psicológica, maltrato psicológico y violencia contra las mujeres, además de indicarse la importancia de servicios psicológicos en la promoción de la salud y la

prevención, la detección de posibles casos y diagnóstico de violencia familiar o sexual, en su tratamiento y rehabilitación, en especial de la violación, y en su sensibilización, capacitación y actualización.

En SSPCDMX se han elaborado procedimientos específicos para la atención en primer nivel de salud mental: del psicólogo clínico, psiquiatra y medicina general. Están en proceso de revisión y validación, de acuerdo con la coordinación central del programa. Uno de los psicólogos entrevistados intervino en la elaboración del manual del psicólogo clínico, dentro de un equipo técnico de cinco personas: “lo llevamos elaborando más de 4 años (...) para poder tener un manual operativo de cómo atender, qué atender, cómo referir y cómo valorar de acuerdo a diferentes circunstancias, más la parte operativa y legal de la norma”. En cambio, éste todavía no fue publicado y el personal de psicología clínica lo advirtió como una necesidad no atendida.

La falta de documentación, que formalice procedimientos de atención en psicología o psiquiatría dentro de primer nivel, nos lleva a señalar implicancias en las acciones de supervisión. Habíamos indicado en el capítulo 5 que la supervisión era una de las principales estrategias que realizaba la coordinación del PSM para el logro de metas. Encontramos declaraciones sobre la frecuencia y consistencia de dichas supervisiones.

Sobre la supervisión de los documentos que el personal de salud debe completar, el psicólogo D.1 recordó que entre los años 2015 y 2016 se realizó una valoración de los expedientes de acuerdo con un formato de evaluación del psicólogo clínico que poseen en la unidad: “desde la nota de evolución, historia clínica completa, pero (que sea) congruente entre el diagnóstico y el plan de tratamiento, el tarjetero de salud mental. Sí hay un protocolo de evaluación, pero el nivel de evaluación a la unidad es muy esporádico”²⁸. Según él, dicho formato no es parte de un lineamiento oficial. Con ello, encontramos un punto débil respecto a la eficacia del servicio, puesto que no se puede aseverar que los procedimientos de atención sean pertinentes si no se efectúa inspecciones en los centros de salud sistemática y periódicamente.

A falta de procedimientos específicos, un instrumento empleado es la guía mhGAP: “hoy día nos basamos mucho en la guía mhGAP pero es solo una guía general”, destacando que la

²⁸ Como se mencionó anteriormente, el Manual Administrativo de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México cuenta con varios procedimientos enfocados en supervisar los procesos administrativos, operativos y de atención médica realizados por los profesionales de la salud en las Unidades Médicas de primer nivel; no obstante, no se explicita su periodicidad y se detectan inconsistencias con respecto a lo reportado por el personal especializado en el campo, aun cuando en las supervisiones se establece la necesidad de analizar la prestación de servicios a la luz de las leyes, reglamentos, normas oficiales y demás normatividad aplicable.

supervisión requiere de lineamientos explícitos como normas oficiales que no existen para Psicología, si bien sí las hay para Psiquiatría: “como parte de la supervisión tú me pides cosas y está bien, pero también necesitamos manuales adaptados a las necesidades de primer nivel” (Entrevista con psicóloga D.2).

Como parte de los formatos empleados por psicólogos y psiquiatras en los módulos está el de consentimiento. En él “los pacientes que acuden de primera vez (...) aceptan qué tratamiento, en cuánta duración, para poder estandarizar el protocolo y plasmarlo en la historia clínica” (Entrevista con psicólogo D.1). Que sea ahora un formato indispensable para ser llenado por los pacientes de primera vez es un paso relevante en pro de asegurar la eficacia del servicio y la adherencia, por requerir el intercambio autorizado de información. Al respecto, la psicóloga D.2 dijo que “cuando leemos el consentimiento informado hacemos un acuerdo”, refiriéndose al consentimiento informado como un “contrato”. Los usuarios deben asentir a firmar dicho formato, donde se enuncia en qué consiste la atención y lo que se espera de cada paciente: “Se pide la confidencialidad, la honestidad en los datos personales, el compromiso, la puntualidad y el seguir las indicaciones terapéuticas”²⁹ (Entrevista con psicóloga D.3). En ese sentido, aceptan el tratamiento a determinar “para poder estandarizar el protocolo y plasmarlo en la historia clínica” (entrevista A.1).

Separadamente, exponemos el protocolo de ingreso en casos de urgencia; específicamente en crisis de salud mental, ideación e intento de suicidio. Vimos en el capítulo 4 el incremento último del comportamiento suicida en la capital. Dichos casos requieren de una vía de admisión distinta y el paciente es invariablemente recibido, tengan o no credencial de gratuidad o expediente clínico: “No negamos el servicio cuando el paciente necesita una contención de urgencia, luego se le puede derivar a donde le corresponde” (Entrevista con coordinadora del PSM en jurisdicción sanitaria C.2). Frente a la disponibilidad limitada de atención en salud mental, es posible que en caso de emergencia no sea un psicólogo o psiquiatra quien atienda a estos usuarios sino el personal de turno; en caso que sí haya alguno en horas de atención se puede suspender consultas previamente agendadas, con la autorización de las personas citadas y con la reprogramación de sus citas.

²⁹ De conformidad con lo establecido en la Norma Oficial del expediente clínico y la Norma Oficial para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

Una coordinadora del PSM en una jurisdicción sanitaria explicó con mayor detalle el procedimiento a seguir:

“**Contener**, hacer la entrevista de una manera muy puntual, pero también la parte de valoración para hacer la referencia, y obviamente llamando a un familiar, a un conocido o alguien que pudiera **acompañar** (...) y ponerla como responsable para hacer el **pase de referencia**; en este caso **a tercer nivel**, (al Instituto Nacional de Psiquiatría) Ramón de la Fuente (Muñiz) o el Fray Bernardino (Álvarez). (...) Se le da la educación una vez que ya fue atendida la persona en urgencia, ya sea que determine de propia voluntad si decide o no el **internamiento** (...), más las complicaciones que pudiera tener con ansiedad o síntomas psicóticos (...). Decirles ‘cuando ya la hayan atendido puede que la envíen nuevamente aquí de regreso para el **seguimiento psiquiátrico** en centro de salud’ (énfasis propio) (Entrevista con coordinadora del PSM en jurisdicción sanitaria C.1).

Según la profesional, la atención empieza en Urgencias, donde se realiza la contención: una entrevista breve, la valoración del estado, contacto a una persona responsable del paciente y la elaboración del pase de referencia a un centro de tercer nivel. Fuera de Urgencias, se ofrece la posibilidad del internamiento (en un hospital) y se informa sobre las complicaciones, siempre derivando a tratamiento continuo en los centros de salud.

Adicionalmente, la psicóloga D.4 acotó:

“Si ayer intentó el suicidio, o me ha dicho que tiene pensamientos de suicidio, trato de abrirles un espacio antes, esa posibilidad tengo que ver dónde los voy citando. Se les da la cita, asisten ese día y yo hago todo el protocolo de apertura de historia clínica, evaluación, dependiendo de la necesidad de cada paciente” (Entrevista con psicóloga D.4).

Así, de acuerdo al apremio en salud mental del usuario, se pueden establecer citas más prontas, con flexibilidad para acelerar su atención en los establecimientos evaluados.

El psicólogo D.1 complementó:

“Cuando nos llegan pacientes con ideación suicida o intento suicida, que se cortan pero que se cortan muy grave, no nada más algo superficial, los mandamos a Psiquiatría y trabajamos con Psiquiatría la parte farmacológica y la parte psicoterapéutica” (Entrevista con psicólogo D.1).

Según el profesional, cuando se encuentran casos relacionados con autolesiones y suicidio, el tratamiento escapa de la disciplina psicológica y se precisa coordinar con los colegas psiquiatras el tratamiento a indicar. En su caso, no hay médicos psiquiatras en el mismo establecimiento (una clínica de especialidades en la zona central de la ciudad) por lo que se realiza una referencia hacia otra unidad de salud con dicho personal³⁰.

La atención de este tipo de emergencias no siempre involucra a personal de psiquiatría. Una de las doctoras entrevistadas indicó que, cuando su centro de salud ha recibido urgencias psiquiátricas, usualmente no son psiquiatras como ella quienes las atienden. Esto se da porque está sujeto a la disponibilidad inmediata del personal, y llega a ocurrir que su primer contacto con dichos pacientes se da cuando la urgencia pasó, procediendo al seguimiento. Igualmente, ella enfatizó que “lo importante en esos casos es reducir el tiempo para iniciar un tratamiento farmacológico”. Radica aquí la importancia de las transferencias de conocimiento en abordaje de trastornos mentales, dirigido a personal médico no psiquiátrico, y que forma parte de las líneas de capacitación de la Secretaría, puntualmente las acciones de capacitación en la guía mhGAP.

Un punto adicional fue destacado por una coordinadora del PSM en jurisdicción sanitaria: hay un desconocimiento entre la población respecto a dónde acercar a pacientes en crisis, lo cual simboliza un peligro grave para la integridad de dichas personas. Aquí, el criterio de cobertura se ve afectado porque, aunque el servicio esté disponible, no es conocido y, por tanto, habría menor recurrencia de su empleo; y también el acceso al mismo estaría interrumpido, menguando la eficacia del servicio: “Hace mucha más falta de recursos de salud mental, mucha más difusión de los servicios, también mucho más conocimiento de parte de la población misma” (Entrevista con coordinadora del PSM en jurisdicción sanitaria C.1). Es decir, se requiere apostar por más acciones de promoción de la salud, como las jornadas que ya se realizan intramuros y extramuros, y que señalamos en el capítulo 5 al describir lo que realiza el PSM.

De acuerdo con lo apreciado, el acceso a los MSM requiere cumplir con pasos previos como el trámite de gratuidad y la primera observación de un médico general, acciones que suelen concretarse con relativa facilidad en los centros de salud. El objetivo de acceso a los MSM suele concretarse con relativa facilidad: la mayoría de los usuarios entrevistados no encontraban fallas en la atención directa con el personal especializado de los módulos. Las limitaciones reportadas para una adecuada efectividad se dan en razón de una ausencia de procedimientos o manuales específicos para la atención primaria de salud mental, la insuficiencia en la

³⁰ De acuerdo al Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de derechohabientes o usuarios

disponibilidad del recurso humano de psiquiatría y la falta de mayor difusión sobre los servicios de SM en centros de salud.

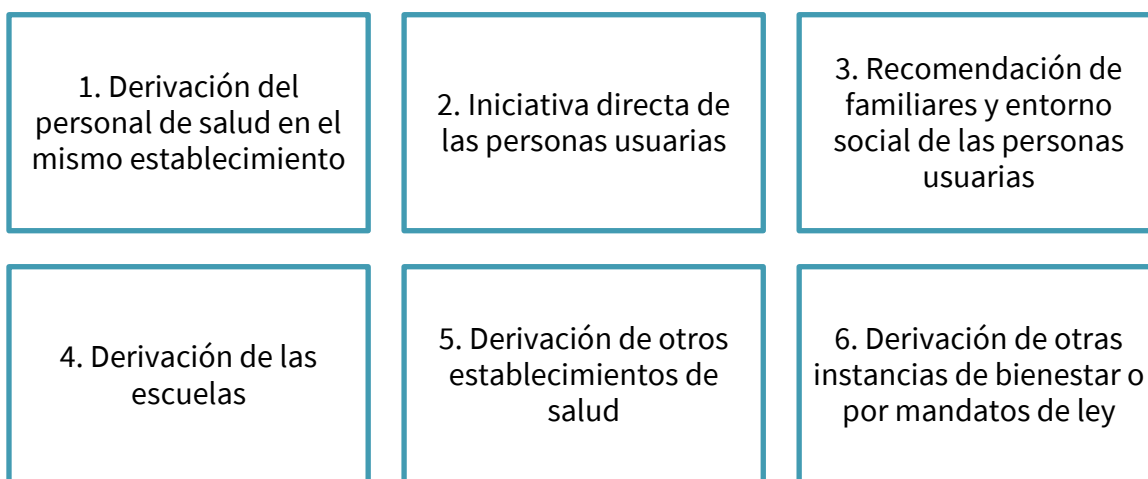
7.2.2. Puntos de entrada al servicio

Identificamos seis formas de acceso a los MSM (ver figura siguiente). Un primer punto de entrada es la derivación de otros doctores del mismo centro de salud, de conformidad con el protocolo establecido. El médico a cargo del servicio en medicina general deriva regularmente a sus pacientes a Psicología. También pueden llegar a los módulos vía otros consultorios o áreas:

“Me parece que hay un buen seguimiento de los médicos porque a veces ellos refieren directamente los pacientes para acá (...). También ha derivado Dental, Trabajo social también nos ayuda en referirnos. En el pasillo tenemos una compañera de enfermería, cuando les toman los signos también les hace la indicación” (Entrevista con psicóloga D.2).

“Llega otro tanto de pacientes por otros servicios, ya sea de Odontología, especialmente en el servicio médico, el médico está haciendo un tamizaje y detecta algo y los manda directamente aquí, ese mismo día vienen y sacan su cita” (Entrevista con psicólogo D.6).

Figura 45. Puntos de entrada a los MSM, centros de salud de Ciudad de México



Fuente: elaboración propia con datos de entrevistas realizadas.

Justamente, la mayoría de los usuarios entrevistados se enteraron del servicio de salud mental a través de los médicos generales del centro de salud, lo cual es congruente con las declaraciones del coordinador del PSM: “Más del 36% llegan con problemas de salud mental a médico general en primer nivel”. De los extractos analizados, destacamos que los médicos generales que atendieron a los usuarios reconocieron que había aspectos que ellos no podían tratar, como la ansiedad recurrente:

“El (médico general) me diagnostica con gastritis y con problemas de ansiedad, pero **me dice que es una ansiedad recurrente y que no era su tema, por respeto a mi persona no quería hacer más preguntas incómodas** y que la unidad ya contaba con el servicio de Psicología.” (énfasis propio) (Entrevista con paciente F.1).

En ese orden, se encontraron indicios de que hay eficacia en la derivación de pacientes de salud mental dentro del mismo centro de salud: se cuenta con declaraciones del personal especializado en el área de psiquiatría y psicología que refieren casos sobre una apreciación adecuada de sus colegas (trabajadores de la salud en otras áreas de los CS) para estimar que los pacientes requieren su servicio. Asimismo, algunos usuarios entrevistados atestiguaron y agradecieron que dichos doctores (no especialistas en SM) admitieran que su prestación no era la más pertinente para aquello que les aquejaba³¹.

Una segunda ruta de entrada es por la propia iniciativa de los usuarios. Sobre ello, el personal especializado de psicología comentó que los pacientes podían enterarse del servicio en las jornadas de promoción de la salud, intramuros o extramuros, o de forma accidental al visitar el establecimiento de salud cuando acuden por otro servicio. Esto brinda un indicio sobre la eficacia de las mencionadas jornadas de promoción, además que permite reconocer cómo los aspectos de difusión, como las pláticas informativas o la señalética oportuna, pueden contribuir a cerrar la brecha de tratamiento.

Del muestreo de pacientes, citamos como ejemplo una entrevista donde se exponen motivaciones personales para atenderse en el área de salud mental:

“Mi vida siempre ha sido aquí en el centro de salud, he venido a todos los servicios y cuando bajó (lo trasladaron de otra locación), lo implementaron entonces se nos hizo fabuloso para la comunidad. **La mayoría venimos a Psicología**. Ya lo venía pensando de antes, porque **todas las familias tenemos problemas**, hay veces que las sabemos

³¹ Estas experiencias concuerdan con el documento preliminar de Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México y el protocolo de la Guía mhGAP 2.0 en materia de referencia de pacientes desde el módulo de medicina general

superar y hay veces que necesitamos ayuda (...), son como opciones para hacer nuestras vidas cotidianas, yo de mi edad **vengo arrastrando la educación de antes** (...) que les pegaba a mis hijas, de que mi voz era manda, mandar, no escuchar” (énfasis propio) (Entrevista con paciente F.9).

El testimonio de la usuaria F.9 es relevante porque nos revela dos aspectos particulares: el primero es su concienciación sobre la importancia de la salud mental, el cual proviene de identificar que la manera en que fue criada es nociva para su familia y sobre todo para sus hijas. El segundo aspecto es su involucramiento con los asuntos públicos de la comunidad, que la hizo saber que tendrían el servicio psicológico en el centro de salud instalado en la localidad. Más adelante, ella relató que pertenece al comité de salud de dicha unidad, y por lo tanto está en contacto frecuente con la trabajadora social, e incluso presentó, con otros miembros del comité, escritos a la jurisdicción para la solicitud de servicios, por lo que sabía de primera mano qué especialidades contaría el centro de salud.

Además, complementó su respuesta sobre su interés en atenderse en Psicología comentando que en la comunidad “estamos mal... todo está de cabeza ahorita”: según ella, por motivos económicos las madres salen a trabajar y no están en permanente contacto con los hijos, lo que provoca que “son más groseros, (...) los niños se ponían al tú por tú con los maestros, ya no hay educación como había antes”. Con ello, admitió que “era buena la educación que nos daban, pero también era muy autoritaria (...), éramos sumisas como mujeres y a veces también como hombres”. En concreto, la usuaria encontró no solo beneficios individuales sino colectivos en que el servicio psicológico se halle en su comunidad, como respuesta a los problemas educativos que resaltó.

Una tercera vía de entrada es a través de familiares y del entorno social de los usuarios, quienes recomiendan el servicio, a partir de reconocer o saber sobre la existencia del mismo:

“He tenido personas que me dicen: ‘mi vecina vino con usted y me dijo que yo viniera’. Les gustó la atención supongo y recomiendan” (Entrevista con psicóloga D.3).

“Por pacientes que ya atendí y que recomiendan como el servicio, terminan viniendo familiares de pacientes” (Entrevista con psicólogo D.6).

Los propios pacientes que testimoniaron para esta evaluación cumplen con el papel de recomendar la atención empleada, como se revisa en el capítulo 9. Entre los mismos, la paciente F.6 explicó que ella se enteró del servicio a través de su hermana: “(Ella) me trajo al doctor y ya las que me dijeron fueron las trabajadoras sociales, (...) fue(ron) el primer contacto que tuve”. Posteriormente, explicó que su hermana buscó dicha atención para ella, por los

conflictos familiares que atravesaba y en particular por una ocasión en la que, después de pelearse con su padre y casi agredirlo físicamente, tuvo una crisis de llanto. Al estar al tanto de la situación, en Trabajo social pidieron atención a la psicóloga, quien más adelante la derivaría también con la psiquiatra del CS.

El cuarto punto de ingreso encontrado fue a través de las escuelas:

“Pueden ser enviados de diferentes instituciones que puede ser la escuela (...); regularmente les decimos que sea con referencia o con un oficio en la cual se especifique porqué la escuela solicita la atención en Psicología” (Entrevista con psicóloga D.4).

Pueden ser derivados de las escuelas, sobre todo de los que son de UDEEI (Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva)” (Entrevista con psicóloga D.5).

“Las profesoras envían. (...) Ahorita está yendo un odontólogo y él me ha ayudado a promocionar el servicio, comenta que hay Psicología y nos envían del kínder, de la primaria (...) para atenderlos aquí” (Entrevista con psicólogo D.6)

Entre las citas del personal especializado de psicología, hallamos que las escuelas deben justificar los motivos por los que demandan el servicio en salud mental para sus alumnos y que los centros de salud tienen vías de promoción en las escuelas, como el que mencionó el psicólogo D.6, lo que brinda un indicio de la eficacia de las acciones de difusión. Además, la referencia desde las Unidades de Educación Especial y Educación Inclusiva es pertinente porque se trata de servicios educativos para alumnado en mayor riesgo de exclusión, sea por discapacidad, condición migratoria, condición de enfermedad, situación de calle, entre otros.

Entre los usuarios, tenemos un caso explícito donde la motivación principal detrás de procurar atención en salud mental provino de la escuela. Para la mamá de la paciente F.11, ambas residentes de Milpa Alta, la exigencia de acceder al servicio surgió de la exhortación en la escuela de su hija, que atravesó incómodamente, pues primero consideró consultorios privados, que estaban fuera de sus posibilidades económicas: “La maestra me metía presión, yo le expliqué que no tenía la economía y dije ‘voy a ver unos centros de salud’ y ya me dijo ‘hay uno aquí en San Juan (Ixtayopan), es un centro de salud, y hay uno acá arriba en (San Agustín) Ohtenco, y sino aquí de (San Antonio) Tecómitl’”. Con esta información, ella primero consultó en el centro de salud de Ohtenco y le informaron que no atendían a menores de edad, y luego en el de San Juan le estimaban “mínimo de dos meses a tres meses para que le hicieran la primera cita a la niña”. Así, ella llegó al centro de salud actual:

“Yo platicué con mi esposo ‘mira voy a ir a checar al centro de salud, si no hay aquí (voy) en Tecómitl. Le pregunté a la (psicóloga), vine primero a (Trabajo) social qué es lo que necesitaba, me dijo que sí, me mandaron con la doctora” (Entrevista con mamá de paciente F.11).

Este ejemplo nos da la oportunidad también de ver barreras de acceso y oportunidad en la admisión, en particular para la infancia. El MSM en Ohtenco no tomó el caso porque el profesional de psicología no tenía especialidad o experiencia en trabajo con niños, mientras que en el módulo de San Juan el tiempo de espera para una primera cita era demasiado largo. El principio de equidad, si lo vemos en términos de la Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal, recién pudo ser efectivo en el cs de San Antonio Tecómitl. Más adelante, continuamos hablando sobre los obstáculos respecto al tiempo de espera para las citas.

Otras dos interlocutoras hicieron mención de las escuelas: la paciente F.4 indicó que cuando su hija se atendía, le comentaron que “si no la llevaba con un especialista pues ya no podía la niña yendo así a la escuela”, en especial porque su hija estaba cometiendo auto-mutilación o *cutting*. No obstante, el ingreso al cs corrió por cuenta de la misma usuaria. La madre del paciente F.3 también llegó a la unidad de atención médica sin documentación de la escuela:

“Últimamente, en sexto (de primaria) sí me dieron una hoja por parte de una escuela, yo se lo enseñé a la doctora, me dijo que era un requisito pero que ella ya tenía contacto con él (su hijo). Se firmó y fui entregar hojas para que la escuela supiera que él estaba viniendo aquí. Tuve muchos problemas con la maestra, dijo que yo compraba diagnósticos, que yo falsificaba carnés, por eso se tuvo que hacer ese trámite” (Entrevista con mamá de paciente F.3).

En este caso, la formalidad del oficio o referencia de parte del centro educativo fue posterior al inicio de la atención del niño, por complicaciones que escapaban al servicio en sí.

El quinto modo de ingreso es la derivación de otros centros y hospitales, o por la ausencia de atención en salud mental en los centros de salud a los que acuden los usuarios.

“Los mandaron de un servicio para cardiología y se enteraron que había Psicología aquí porque allá en el centro de salud de Xochimilco no hay, entonces se quedan acá” (Entrevista con psicólogo D.1).

“Tuve un caso de una chica de 12 años, intento suicida en Naucalpan. Llegaron a una clínica particular, la refirieron al Juan N. Navarro, ahí la atendieron de emergencia, pero

le daban citas como muy largas, le pidieron que busque un centro de salud cerca a su casa” (Entrevista con psicóloga D.2).

“De hospitales de segundo nivel, cuando los pacientes estén estabilizados nos mandan aquí para dar seguimiento, en el centro de salud que les corresponde (...) del Pediátrico, del (HP Juan N. Navarro), del (HP) Fray (Bernardino Álvarez), del (Hospital Pediátrico) Legaria” (Entrevista con psicóloga D.3).

“Puede ser algún otro centro de salud como el (cs T-II Dr. Manuel Gutiérrez) Zavala que no hay Psicología, entonces ellos también nos los envían” (Entrevista con psicóloga D.4).

“Ellos comentan que en sus servicios médicos (en IMSS, ISSSTE, SEDENA) no hay psicólogos, o el personal de Psicología es muy escaso, o que les puedan dar citas cada tres o hasta seis meses o hasta un año. Y no quieren esperar tanto tiempo para recibir atención (...). Me han llegado incluso del (HP) Fray (Bernardino Álvarez), con referencia para acá” (Entrevista con psicóloga D.5).

“La mitad llegan referidos de otro centro de salud (...). Mayormente fueron al hospital psiquiátrico o los referencian de centros de salud de Iztapalapa. Incluso de otros centros de salud de donde no hay psiquiatras y ellos están cercanos a este centro, ejemplo (venían del centro de salud ubicado en) Portales. Ellos no tuvieron psiquiatra un tiempo y venían aquí” (Entrevista con médica psiquiatra E.1).

Estas experiencias son de relativa cotidianidad para los pacientes y el personal de salud de los CS, y se encuentran detalladas en el Manual de Procedimientos de Referencia y Contrarreferencia de derechohabientes o usuarios. No obstante, el procedimiento únicamente abarca casos en los que el recurso de salud mental (psicología o psiquiatría) no se encuentra en el cs en el que el paciente está requiriendo la atención. No se abarcan casos en los que el paciente es referido por personal de otras especialidades dentro del mismo cs o en caso de que el paciente solicite o desee cambiar de especialista.

Exponemos con detalle estas declaraciones porque da cuenta de la ausencia del servicio en otros establecimientos públicos, no solo en los relacionados con la Sedesa, al mismo tiempo que se constata la demanda social. El primer extracto informa sobre cómo un usuario que acudió a un centro de especialidades de primer nivel por otra razón, terminó acudiendo a Psicología. El segundo, sobre cómo un centro de salud en la Js Miguel Hidalgo, ofreció la opción de psiquiatría a una adolescente residente en el Estado de México. Igualmente, encontramos dos motivos para el ingreso: la fidelidad respecto a profesionales específicos (sexto extracto) y

la brecha temporal entre citas en otras unidades de atención, incluyendo instituciones de seguridad social (quinto extracto).

Sobre las opiniones de los usuarios, destacamos una trayectoria en particular, relacionado con las dificultades de acceder al servicio específico de psiquiatría. Una paciente, menor de edad, fue referenciada al paidopsiquiatra de un centro de salud de Iztapalapa, desde el Hospital Pediátrico de Legaria, demarcación Miguel Hidalgo. No pudo seguir de modo continuo en el cs por dificultades en el traslado, ya que las citas recién se otorgaban a partir de las 6 de la tarde. Ocurrió una nueva referencia, esta vez al cs Dr. Galo Soberón, pero la recomendación fue ineficaz pues en este último establecimiento solo se atienden casos de autismo. Finalmente, recaló en el cs T-III México España, volviendo nuevamente a la atención dentro de la Miguel Hidalgo.

Así, la usuaria y su madre procuraron en dos centros de salud el servicio indicado hasta encontrar el actual, lo que implicó un gasto económico importante para conseguir el tratamiento que requería la paciente menor de edad. Esto indica limitaciones en la oportunidad, accesibilidad, eficacia y eficiencia del servicio, relacionado con la baja disponibilidad de psiquiatras. Denota procedimientos de atención no enteramente claros y donde falta información interna dentro de la red de la Sedesa (primer y segundo nivel) sobre personal especializado disponible en el área de psicología y psiquiatría, según criterios territoriales.

Finalmente, encontramos que hay otras instituciones que exhortan a los usuarios a recibir atención en salud mental. La psicóloga D.4 indicó al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) como una de ellas, y en algunas entrevistas se aludió a casos legales:

“Aquí hacemos el primer filtro de los que vienen de Penitenciaría. Nos mandan con un oficio, le sacamos una cita con el psicólogo. Algunos consideran que no necesitan la atención psicológica, cuando no está con la convicción de que lo requiere dificulta la parte de tratamiento. **Se ven obligados a acudir**, porque si no llevan la firma o sello de que acudieron le pueden retirar el beneficio, y tiene consecuencia legal. Hay compañeros que se han encontrado con personas que solo piden que les otorguen el sello y se van. Tampoco podemos hacerlo de esa forma. **Es un riesgo** porque la gente llega exigiendo” (énfasis propio) (Entrevista con coordinadora del PSM en jurisdicción sanitaria C.2).

“También tenemos pacientes que llegan por un proceso legal, sea de **medidas cautelares** (por ser involucrados en casos de violencia), pacientes que han recuperado su **libertad bajo condición**, dentro de esas condiciones es venir a terapia. Eso hace la

coordinación, la jurisdicción sanitaria los refiere” (énfasis propio) (Entrevista con psicóloga D.2).

“Hay un programa que se llama **Reinserción Social** en donde tenemos que atender a pacientes que están en proceso de libertad condicional. (...) La mayor concentración está en el centro de salud Xochimilco; **todo el proceso conlleva mucho tiempo** porque tenemos que hacer un reporte cada vez que viene y enviarlo en menos de 24 horas, tenemos que hacer un reporte mensual de lo que trabajamos con él y tenemos que estar pendiente de si vino o si no vino, (...) **su atención y su reporte es de manera urgente**” (énfasis propio) (Entrevista con psicólogo D.6).

En dos de los tres casos, los entrevistados estipularon que el motivo inicial para el ingreso de este perfil de usuarios no es voluntario sino impuesto por el sistema legal y/o penitenciario. Con ello, el aporte de una de las coordinadoras del PSM en una JS es particularmente valioso, porque revela barreras a la adherencia al tratamiento y el no reconocimiento de la utilidad del mismo por estos pacientes constreñidos a asistir al servicio. Además, sería recomendable averiguar con mayor detenimiento cuál es el riesgo al que apuntó frente a la exigencia de algunos de estos pacientes de no tratarse y únicamente pedir el sello de atención, y si existen medidas de seguridad establecidas en caso de agresiones al personal especializado en el área de psiquiatría y psicología, lo cual es plausible por los antecedentes de los usuarios en cuestión.

En suma, examinando los puntos de ingreso se identificaron estos elementos: eficacia en la derivación de pacientes hacia los MSM, cuando es realizado por médicos no especialistas en SM, y efectividad de las jornadas de promoción de la salud pues hay usuarios que a partir de la información recibida llegan a los módulos, o recomiendan el servicio a allegados.

La derivación de otros centros de salud y falta de atención en salud mental fue registrada como frecuente entre el personal especializado en el área de psicología y psiquiatría, participantes de la evaluación, revelando que no hay suficiencia de servicios de este rubro para la demanda existente, lo que puede conllevar a una búsqueda en múltiples unidades de salud, en particular para los casos que requieren atención psiquiátrica. Finalmente, la referencia por motivos legales y penales presenta retos a la adherencia y a la percepción de utilidad, además de un posible vacío de seguridad que interrumpe el criterio de pertinencia, por no considerar el contexto de las poblaciones potenciales ni las necesidades del personal de salud.

8. Procesos de atención: desarrollo de las sesiones y acceso a medicamentos psiquiátricos

En el marco de la atención en los MSM, nos concentramos en el desarrollo de las primeras citas, la aplicación de pruebas para diagnósticos, la extensión y valoración de las sesiones, el tiempo transcurrido entre éstas, y las particularidades de la atención en pandemia.

8.1. Desarrollo de las sesiones

8.1.1. Primeras citas

En las primeras consultas en los módulos, los profesionales explican cómo van a realizarse las sesiones. De acuerdo con la información cualitativa obtenida, es clave que lo comunicado a los pacientes estuvo constantemente dirigido hacia su bienestar, por medio de la exploración de su estado emocional. Por lo mismo, tenemos casos donde el personal especializado en el área de psiquiatría y psicología averiguó más sobre las intenciones de los usuarios detrás de recibir la atención en salud mental:

“Me dijo ‘usted está consciente de que va a tomar terapia, ¿por qué la va a tomar?, ¿tiene ganas de tomarla, no tiene ganas?, ¿la está obligando el médico o algo?’ y yo le dije que no” (Entrevista con paciente F.2).

“Me dijo que era algo importante decir algún problema de la escuela, ese tiempo (nombre de hijo) no quería ni que lo tocara nadie (...) yo me imaginé otra cosa. Entonces me dijo que, si era lo que yo pensaba, que ella iba a hablar conmigo para que procediera. Pero no, él era (así) porque ya no quería que la maestra o los compañeritos se burlaran de él” (Entrevista con mamá de paciente F.3).

En ambos casos, fue estimado que o se requería una declaración explícita de la voluntad de asistir al servicio, o descartar algún caso de violencia sexual contra el menor paciente. Ello respondió a las situaciones particulares de cada paciente: la paciente F.2 continuó reportando que tenía mucha resistencia a revelar problemas personales, y el paciente F.3 poseía conductas que podrían identificarse como secuelas de agresión sexual (“no quería ni que lo tocara nadie”), lo cual vale notar fue una observación sobresaliente de la psicóloga cargo.

También encontramos casos donde los usuarios recibieron contención emocional desde la primera cita. En esas situaciones, los pacientes entrevistados reconocieron que dichas

primeras respuestas terapéuticas del personal posibilitaron que entablaran confianza con ellos.

Aparte de ello, hay quienes tuvieron atención diferenciada. En el caso de los pacientes F.7 y F.8, la atención se distinguió al tener ellos una mayor aproximación a la psicología, por experiencia propia o por su profesión:

“Lo primero que le planteé fue que ya había tenido una atención anterior, me dijo si ya estaba acostumbrado, le digo ‘sí, por eso vengo, yo tengo mucha confianza con ellos y me siento muy bien’” (Entrevista con paciente F.7).

“Me comentó más o menos como la línea que estaremos siguiendo con base en el tipo de terapia en que él se especializa, cognitivo conductual. Me explicó más o menos en qué consiste y la verdad es que coincidió que también mi línea es más o menos por ese lado, pues compactó bien con lo que yo estaba esperando para este tipo de servicio” (Entrevista con paciente F.8).

De dicho modo, con los dos usuarios la presentación del servicio en la primera cita fue más ágil, visto que tenían experiencias previas para aceptarla. En este punto, el paciente F.8, quien es psicólogo de profesión, admitió una empatía con el quehacer del psicólogo: “a lo mejor a otro paciente se le complicaría, él fue muy claro, pero está el sesgo de que como hablamos el mismo idioma lo entendí más fácil”. En efecto, la mamá del paciente F.3 indicó cuando se le preguntó qué actividades le relató la especialista que trabaja con casos más complejos realizarían con su hija desde el inicio de la consulta: “Me habló en sus términos médicos, la verdad no me acuerdo”.

Algunos pacientes de Psiquiatría comentaron que el médico psiquiatra les externó que era necesaria una atención conjunta con la terapia psicológica, sobre todo para atender cuestiones de índole emocional, así como fortalecer y complementar el tratamiento farmacológico y aumentar la efectividad del tratamiento. Lo más frecuente es que de Psicología deriven a Psiquiatría, como ocurrió con la usuaria F.10: “Yo sabía que necesitaba que me vea un psiquiatra, ella (la psicóloga) me dijo ‘por desgracia el doctor que estaba (en Milpa Alta) ya no está, pero te podemos hacer una referencia para cualquier o algún otro hospital psiquiátrico de la ciudad’”. Para ello, necesitan ser evaluados: “Inmediatamente me aplicó un test, me explicó que era para validar el nivel de ansiedad para ver si yo necesitaba también el envío a Psiquiatría” (Entrevista con paciente F.1). Recordemos que los pacientes firman un formato de consentimiento informado, y según la psicóloga D.3: “En el formato también se establece que, si el profesional lo considera necesario, puede referir al paciente a otra especialidad, y éste se compromete a seguir dicha recomendación”. En ese sentido, se

busca llevar a cabo el procedimiento, a saber, la firma y cumplimiento de lo establecido en el acuerdo de consentimiento.

El objetivo de las primeras sesiones es contar con un diagnóstico o valoración que permita delinear un plan de tratamiento. En la primera sesión se informa sobre los pasos a seguir para atenderse en el centro de salud, cómo obtener las citas de seguimiento, así como el objetivo de la terapia, en cuanto al desarrollo de habilidades de parte del usuario para la mejora en su salud mental:

“El objetivo es que la persona desarrolle e identifique sus propios recursos para la solución de problemas. (...) Para mí es importante decir esto en la primera sesión, cuando se habla sobre el motivo de consulta y se precisa que el responsable es el paciente. Vas a ir aprendiendo e identificando tus recursos y enfrentar las situaciones para que salgas adelante” (Entrevista con psicóloga D.3).

Por consiguiente, se le precisa que es el principal responsable de esta solución, buscando que no se genere una relación de dependencia con el terapeuta (Entrevista con psicóloga D.3). En ello, el personal de salud entrevistado se extendió más al declarar sobre las escuelas terapéuticas y modelos de intervención, además que lo presentaron como un aspecto que se va construyendo a través de las sesiones, y no solamente compete a la primera cita.

En el ejercicio de sus funciones, y no solo en lo que atañe a las primeras citas con los pacientes, el personal de los módulos dispone de ciertos formatos estandarizados. Así, puede cumplir actividades como registrar cada consulta, añadir notas de evolución en los expedientes clínicos, describir tamizajes, llenar tarjetas de control y seguimiento, así como la hoja diaria de consulta externa de salud mental. Además, puede hacer firmar un documento de consentimiento informado. Apreciamos de forma positiva estos esfuerzos de formalización, que contribuye a la eficacia en el cumplimiento de metas. No obstante, como señalamos en la sección 7.2, falta fortalecer la capacitación para el llenado de formatos y se necesita ampliar la exhaustividad de la estandarización documentada, que también involucre a la propia práctica clínica de salud mental, idónea para un primer nivel. De forma complementaria, automatizar las actividades de llenado de formatos podrá mejorar la eficiencia del servicio.

De acuerdo con lo expuesto, en los MSM se realizan acciones para sentar las bases de efectividad y así cumplir con el objetivo de la detección oportuna y tratamiento de los problemas de SM: diagnóstico o valoración, entrega horizontal de información sobre los objetivos de las sesiones y derechos de los pacientes, disponibilidad de formatos para el registro y seguimiento de las consultas.

8.1.2. Pruebas diagnósticas

El personal especializado en el área de psiquiatría y psicología insistió en la importancia de las pruebas que precisan aplicar a los usuarios para la detección y atención de TSM. Éstas son una razón de ingreso al servicio, como explicó el psicólogo D.1 respecto a los pacientes en edad escolar: “Las escuelas de adolescentes y de niños nos mandan a los chiquitines con oficio para terapia o para aplicación de pruebas psicológicas”. Dichas pruebas sirven para determinar si los menores requieren psicoterapia o una valoración psicométrica, así detectan “desde un problema neurológico con las Weshler hasta un problema psicopedagógico o de madurez en el desarrollo”. Asimismo, el psicólogo D.6 mencionó entre las pruebas que poseen en su centro de salud: “WISC y WAIS, que una es para niños y otra para adultos (...), tenemos MMPI de personalidad, me parece que tienen Wender y Neuropsi”.

En este caso, le envían pacientes a su centro de salud porque en otros no poseen dichas pruebas o no han recibido la capacitación necesaria para administrarlas. En efecto, la necesidad de formación para pruebas psicológicas fue levantada por la coordinadora del PSM en una jurisdicción sanitaria, al responder sobre aquello que requieren en su jurisdicción: “No todos los psicólogos en la formación que tuvieron manejan pruebas psicológicas, no es (enseñado) en todas las carreras ni en todas las escuelas que imparten psicología”. Para ella, las pruebas psicológicas son clave porque:

“Así como un tamizaje o una detección te sirve para explicar al usuario situaciones que se van encontrando, cómo se puede atender de acuerdo al resultado obtenido, en las pruebas también al hacer la interpretación y devolverla al familiar y al usuario, se les va explicando más allá de lo que arroja en la mera entrevista o en la historia clínica” (Entrevista C.1).

Igualmente, el psicólogo D.6 indicó que una de las pruebas que tienen donde labora, Neuropsi, precisa la actualización de capacitación para suministrarla. Las pruebas son útiles además para realizar derivaciones bajo criterios más precisos. Los usuarios que llegan a los centros de salud no siempre se quedan en éste a recibir atención, sino que: “depende de qué necesiten, (...) los podemos referir a la clínica de autismo, a terapia del lenguaje en el hospital de Legaria o en el (centro de salud nivel T-III) México España” (Entrevista con psicóloga D.4). En este caso, la profesional está comentando sobre opciones de servicio de SM en el lado norponiente de la urbe.

Ante la relevancia de estos exámenes, la queja transversal del personal fue la falta de recursos económicos para adquirirlas y capacitar al personal de salud en su aplicación. En sus declaraciones, encontramos que hay una insuficiencia del abanico de pruebas psicológicas

actualizadas y requeridas para la atención, así como de los materiales que éstas precisan. Así, esta falta es una barrera para la eficacia del servicio porque disminuye el acceso a los procedimientos de atención, y para la eficiencia en el servicio porque extiende la duración del tratamiento con tal de efectuar pruebas extensas:

“Cuando nos envían para evaluación psicológica **no tengamos la suficiente batería de pruebas para hacer un psicodiagnóstico completo.** (...) Aplicar un Weschler te lleva dos horas, el interpretarlo te lleva otra *talachita* y hacer la integración también. (...) A veces el paciente se desanima y deja de venir (...), **que te hiciera un Weschler y te cito dentro de un mes pues su validez y confiabilidad ya se perdió**” (énfasis propio) (Entrevista D.5).

Ante este escenario, hallamos el pedido generalizado de mayor presupuesto a la adquisición de pruebas vigentes y su correspondiente capacitación, enfatizando que no se pueden separar: “Compañeras que conocen pruebas van a asistir para actualizarse, pero también implica que (...) se debe de contar con los recursos para ello”. Actualmente, se siguen utilizando los exámenes mencionados, aunque sean dilatados en su aplicación y procesamiento, y si se considera necesario para un diagnóstico certero los pacientes son derivados: “a un psiquiatra especialista en niños y adolescentes en el hospital (psiquiátrico infantil Dr. Juan N.) Navarro o el Centro de Investigación y (Servicios de) Educación Especial de la UNAM, hacen también pruebas. Como es una asociación civil no es totalmente gratuito” (Entrevista D.6). Es decir, la insuficiencia de recursos puede conllevar a postergar la oportunidad del diagnóstico y atención, e incluso ser realizado en instancias por fuera de las unidades de la Secretaría.

8.1.3. Duración de las sesiones

Durante la primera cita, los psicólogos y psiquiatras explicaron que los pacientes son informados sobre la duración de las sesiones. En Psicología, el número de sesiones planteado por paciente no es fijo, “no hay un número determinado” (Entrevista con coordinadora del programa en jurisdicción sanitaria). Éste varía “de acuerdo a la demanda, al problema, a las necesidades de las personas” (Entrevista con coordinador del PSM), lo que nos parece adecuado. Respecto al último punto, la psicóloga D.3 complementó que “hay pacientes que evolucionan bastante bien donde ellos mismos desarrollan su recurso, necesitaban apoyo psicológico, no un proceso como tal, es un acompañamiento en sacar emociones”: frente a tal evolución, es posible reducir la cantidad de citas estipuladas.

Así, las respuestas sobre cuántas sesiones son indicadas para un proceso terapéutico dentro del servicio psicológico fueron diversas (ver cuadro siguiente). En la muestra de personal

entrevistado, el promedio total de sesiones para Psicología corresponde a 13.7 sesiones y el promedio mínimo a 8.5 sesiones.

Cuadro 33. Número de sesiones de psicología y psiquiatría por usuario en los módulos de salud mental, centros de salud de la Sedesa

Entrevista	Cantidad de sesiones
Sesiones de psicología	
A.1	Mínimo 6, promedio 12 a 15
C.2	Promedio 10 a 12
D.2	Promedio 10 a 15
D.3	Mínimo 12, promedio 16 a 20
D.4	Promedio 12 a 15
D.5	Mínimo 10
D.6	Mínimo 6
Sesiones de psiquiatría	
C.1	Promedio de 8 a 10
E.1	Promedio de 16 a 21

Fuente: elaboración propia con datos cualitativos de campo

A nivel de Psiquiatría, el número de sesiones también es variado en función de las necesidades específicas por paciente. Según una coordinadora del programa en jurisdicción sanitaria, el promedio de sesiones es de 8 a 10 consultas, “tal vez un poquito más prolongado si es que requieren de un tratamiento quizá más allá de los 12 meses, 16, 18, 24 meses”. De acuerdo con la psiquiatra E.1, la cantidad de citas estaba en un rango de 16 a 21 consultas. Así, el promedio total de sesiones para Psiquiatría, en el marco del trabajo de los MSM, corresponde a 13.8 sesiones lo cual es casi idéntico al promedio de sesiones en Psicología.

Los pacientes asisten a sus citas de Psicología o Psiquiatría en un horario de 9 a 14 horas aproximadamente, y mencionan estar satisfechos con los horarios de atención que tienen disponibles los profesionales de la salud mental. Respecto a la duración de cada cita, ésta también presenta respuestas heterogéneas:

Cuadro 34. Duración de sesiones por usuario en los módulos de salud mental, centros de salud de la Sedesa

Entrevista	Duración de sesiones
C.1	Promedio 45 minutos
D.1	Mínimo 30 minutos y promedio 45
D.2	Promedio 45 minutos
D.3	45 a 50 minutos
D.4	45 a 50 minutos
D.6	Promedio 45, máximo 60 minutos

Fuente: elaboración propia con datos cualitativos de campo

De tal manera, el promedio total de la duración de las sesiones es de 46 minutos, con un mínimo de 30 y máximo de 60 minutos. Aquí es importante resaltar que la extensión de 45 minutos es la referencia estándar para una consulta terapéutica, sea psicológica o psiquiátrica, y era aceptada como apropiada por los entrevistados: “es un tiempo adecuado, un tiempo suficiente de consulta para poder abordar mucho de lo que se está trabajando” (Entrevista con coordinadora del programa en jurisdicción sanitaria). Además, dicho tiempo era el que consideraban más realista para cumplir no solamente con la atención brindada, sino con las labores que la acompañan del lado administrativo:

“En teoría como debería ser el periodo de atención es que tenemos una hora para atender al paciente; 45 minutos para otorgarle consulta y 15 minutos para el llenado de formatos que serían el llenado de la nota de evolución, el registro de la consulta, el llenado de tarjeta de control y seguimiento, y la descripción de tamizajes” (Entrevista con psicólogo D.6).

Cuando hay pacientes “con mucha catarsis” (psicólogo D.6) o “vienen en crisis” (psicóloga D.4) la duración de la sesión llega a 60 minutos, lo cual atrasa el inicio de las citas siguientes porque la documentación correspondiente tiene que ser llenada obligatoriamente. Ante ello, no parecen encontrar muchas quejas de los pacientes: “los pacientes entienden, nunca he tenido yo un problema con un paciente porque me tardé con otro, nunca” (Entrevista con psicóloga D.4). Por su lado, los usuarios indicaron que sus citas duran de 30 a 40 minutos, aunque encontramos el caso de la paciente F.6 quien estimó la duración de sus citas en Psiquiatría entre 20 a 30 minutos (en un Cecosam, lo que da cuenta de las limitaciones de oportunidad y eficacia en dicho servicio). La usuaria F.1 comentó que desearía que sus citas duraran 50

minutos, lo cual es más aproximado a la duración idónea para el personal especialista de los módulos.

Revisando lo hallado sobre la duración de las sesiones, en su mayoría cumplen con la duración adecuada (45 minutos mínimo) según los estándares del sexto criterio de evaluación (eficacia). Asimismo, es adecuado que el número de sesiones dependa de la situación de los pacientes y de sus necesidades. En cambio, debido a la carga laboral burocrática que acompaña a la atención y la necesidad de extender el tiempo previsto ante pacientes que lo requieren, dicha duración se flexibiliza; en el primer caso, en desmedro del personal de salud cuyo uso del tiempo de su jornada laboral es afectado, y en desmedro de los pacientes si la atención les es negada.

8.1.4. Escuelas y enfoques terapéuticos

Vimos en el capítulo 6 que un psicólogo general o laboral (es decir, no clínico) puede ocupar un puesto dentro del servicio público de salud mental. Esto conlleva a que las pautas para la valoración del conocimiento y del manejo de temas relacionados con salud mental no sea homogénea en la operación; por ende, podría repercutir en la eficacia del servicio.

En esa línea, personal que asume funciones de coordinación en el PSM sostuvieron que no existe un enfoque terapéutico determinado que se solicite a la hora de la contratación del personal:

“No tenemos un modelo hegemónico hasta ahorita. Hay 50,000 modelos de intervención (...). No nos interesa si tú eres del modelo cognitivo conductual, del modelo analítico o sistémico. No hay preferencias” (Entrevista A.1).

“No es un requisito especial que tenga una escuela de una formación en especial, bien pueda ser humanística, psicodinámica, cognitiva conductual, transpersonal, creo que todos los psicólogos con formación en el área clínica de su elección están habilitados y tiene las herramientas (necesarias)” (Entrevista C.1).

Así, no hay un modelo hegemónico en los servicios de salud pública de acuerdo con la coordinación central, tal es así que no se pide una formación específica en los procesos de selección. Sin embargo, se registraron intentos por determinar qué enfoques emplear dentro del servicio:

“En algún momento se nos comentó que se iba a implementar un filtro o una formación donde se pidiera que las corrientes o escuelas que se ocuparan fueran cognitivo

conductual, sistémico y no recuerdo el otro, pero descartando la parte del psicoanálisis y la Gestalt” (Entrevista con psicólogo D.6).

Según el psicólogo entrevistado, ello se debía, en el caso del psicoanálisis, a que un proceso desde dicha corriente puede extenderse por años y que no correspondía a las circunstancias concretas de la oferta en salud mental dentro de los establecimientos evaluados. Más allá de este dato, lo más importante, de acuerdo con la coordinación del programa, es que los profesionales seleccionados sepan plantear objetivos terapéuticos y que su atención se ciña a la rigurosidad científica:

“Todas las terapias alternativas no están autorizadas oficialmente para implementarlas con nosotros, por ejemplo, flores de Bach, *reiki*, terapia de ángeles, etcétera. De pronto revisamos y supervisamos expedientes, ‘tú que estás haciendo, qué es esto que dice aquí, pues aplícate porque esto no corresponde’. (...) Evitamos a toda costa todos los modelos alternativos, (cuando) no tienen ningún sustento conceptual teórico” (Entrevista A.1).

La exigencia de base científica en los recursos terapéuticos implica entonces la supervisión de la coordinación del PSM para evitar referencias a terapias que dentro de los centros de salud se entienden como inválidas. Adicionalmente, se tienen como imperativos de la supervisión el seguimiento de la normatividad y de los protocolos ya cubiertos: “hacer un proceso de evaluación incluyendo la historia clínica, elaborar un diagnóstico tanto epidemiológico (en los términos del) CIE-10, capítulo 5, y un plan de tratamiento escrito en el expediente clínico” (Entrevista A.1).

Al consultarles a los psicólogos y los psiquiatras sobre enfoques y escuelas en Psicología, mencionaron una multiplicidad de éstas, como el psicoanálisis, la psicoterapia psicodinámica posmoderna, la terapia Gestalt, y la psico-oncología.

Por encima de éstas, el personal especializado en el área de psicología y psiquiatría reconoció una predominancia de la escuela cognitivo-conductual, lo cual es una tendencia histórica en la Secretaría. Así lo explicó la psicóloga D.3: “Cuando yo entré a trabajar a los servicios de salud era el enfoque terapéutico más amplio, porque es la formación que llevamos. Se estableció que se diera este enfoque”. Asimismo, su colega D.2 complementó: “La mayoría de las guías de práctica clínica se basa en los modelos cognitivo-conductual”. En este punto, es necesario esclarecer por qué dicha escuela es preponderante en el servicio público.

Primero, encontramos el valor que el mismo personal especializado en el área de psiquiatría y psicología otorga a la formación cognitivo-conductual:

“Es **la más reconocida científicamente** (...). La idea es **guiar al paciente a que identifique qué pensamientos lo están llevando a no funcionar adecuadamente** o a ir generando una depresión o una ansiedad (...). ¿Por qué otro pensamiento lo podemos modificar que te pueda ayudar a adaptarte mejor a la situación? Ya también **el usuario empieza a generar sus propias estrategias o nuevos pensamientos** como parte de la reestructuración cognitiva” (énfasis propio) (Entrevista con psicóloga D.4).

La psicóloga D.4 orientó la justificación de su apreciación hacia esta escuela de acuerdo con el peso científico que se le atribuye, y al reconocimiento y desarrollo de estrategias terapéuticas. Ello nos recuerda lo antes comentado por su colega D.3 sobre la finalidad de la atención:

“Algo que queda claro dentro de lo que llamamos el encuadre del proceso terapéutico, ‘yo vengo a que me solucione los problemas’. No, (...) la solución no la tengo, la solución la tienes tú (como usuario). Vamos sensibilizando y responsabilizando a la persona para que se haga cargo de sí misma y no crear una dependencia con nosotros” (Entrevista con psicóloga D.3).

Entonces, la utilidad de seguir esta escuela es la construcción de instrumentos propios en el paciente, para enfrentar sus problemas por sí mismo, haciéndole independiente del terapeuta y funcional ante la sociedad. Ésta es la estrategia que siguen para lograr la eficacia del servicio y una adherencia al tratamiento por parte de los usuarios, dado que priorizan el desempeño de las facultades ejecutivas de los pacientes.

Algunos profesionales entrevistados destacaron que esta escuela se corresponde con la terapia breve. Ésta es ligada a la atención de salud mental eficaz en el sector público; puesto que para mantener abierto el acceso a sus usuarios, es necesario que las sesiones del tratamiento a brindar sean acotadas a las dificultades puntuales que aquejan a los pacientes. De este modo, su número se restringe a la resolución de las mismas (“no tratando de resolver todo”) y se liberan espacios de la jornada laboral del personal para más turnos.

Ahora bien, el psicólogo D.1 defendió que la terapia breve escapa del modelo cognitivo conductual, arguyendo que él dentro de la psicodinámica lo ejecuta. Esto es porque la terapia breve no es una especialidad ni una escuela, sino un modelo de intervención:

“Sí, todas las personas que tienen una maestría en psicoterapia tendrían que poder establecer protocolos de terapia breve. (...) Se enseña en cualquier tipo de corriente en terapia para poder saber cómo trabajar a un año o a dos años con un paciente, y con quien o bajo qué circunstancias trabajar en terapia breve o dar otra modalidad” (Entrevista con psicólogo D.1).

La psicóloga D.2 lo secundó en ello, afirmando que “un modelo psicodinámico también está basado en un motivo de consulta, (...) a nivel institucional, donde los tiempos y necesidades son distintos, igual se sigue un modelo dinámico”. Aparte de ello, el psicólogo D.1 corroboró que su utilización no es universal en todos los centros de salud públicos, en el marco de una variedad de abordajes que no necesariamente permiten ampliar la disponibilidad del servicio: “He visto en otras unidades donde no se dan atenciones de terapia breve y son sistémicos, cognitivos conductuales y están saturados, llega un paciente ahorita y le van a dar cita para psicología hasta julio o hasta mayo”.

De tal manera, encontramos que aquello que algunos profesionales entrevistados, que laboran en los MSM, establecen como crucial para una gestión eficaz y eficiente en la entrega del servicio es la terapia breve. No obstante, la efectividad escapa de lo que este modelo puede lograr, porque idealmente precisa citas de seguimiento prontas (criterio de oportunidad). La terapia breve “requiere un seguimiento más frecuente” (Entrevista con psicóloga D.5), lo cual, como observamos en la siguiente sección, no se da generalmente en el servicio evaluado.

8.1.5. Barreras temporales

En las entrevistas se registraron factores que dificultan el seguimiento al tratamiento. Entre el personal especializado en el área de psiquiatría y psicología, el más mencionado fue el tiempo de demora entre las citas, que impacta directamente en la eficacia del servicio:

“Y aquí **al ser la demanda tan alta y ser la única psicóloga pues la oportunidad de un acercamiento terapéutico es muy postergada**, (...) Si yo le doy ahorita la referencia a un servicio de psiquiatría (...), aproximadamente un mes, pero **puede ser hasta mes y medio**. En el caso de chicos que identifico que pueden tener algún retraso envío al hospital de rehabilitación, pues todavía es más tardado, 3 meses, 4 meses” (énfasis propio) (Entrevista con psicóloga D.4).

“El problema de los sistemas de salud son los tiempos de espera, pues ven a muchos pacientes y no puede ser cada semana, como sería lo ideal. (...) Ahorita es **un mes y medio para pacientes de primera vez, a veces llega a ser hasta 2 meses. Eso influye si un paciente llega a venir**” (énfasis propio) (Entrevista con médica psiquiatra E.1).

“**Al haber alta demanda y solamente un psicólogo y hacer todas las demás actividades**, (...) **Generalmente el tiempo entre cita y cita es de 3 semanas a 1 mes**, (...) aquí he tenido buena aceptación y si llegan, sí son constantes, pero en Tepepan (...) **tenían que esperar 3 semanas y ya no regresaban**. Para mí era una pérdida muy grande” (énfasis propio) (Entrevista con psicólogo D.6).

“Las demás actividades” de la última declaración hace alusión a la carga administrativa que ya fue referida anteriormente, con las limitaciones adicionales de falta de automatización en la captura de datos y expedientes clínicos, así como la falta de homologación de procedimientos también ya expuesta. Dicha carga termina contribuyendo a las limitaciones para consultas de seguimiento más prontas.

Según el personal especializado en el área de psicología entrevistado, la frecuencia ideal para pacientes de primera vez en psicología es una vez por semana. La frecuencia en psiquiatría debería ser una vez por semana para pacientes que recién inician tratamiento psiquiátrico; luego de 3 o 4 meses de sesiones la cita subsecuente debería ser una vez por mes. Sin embargo, ninguno de los dos intervalos de tiempo se respeta en los MSM; ello interrumpe el proceso terapéutico y contradice directamente la oportunidad y eficacia que el servicio debería tener. Este obstáculo se debe a que hay menor disponibilidad de profesionales en territorios densamente poblados como Iztapalapa, conforme vimos en el capítulo 6, donde se puede lograr que el tiempo de espera sea al menos dos semanas, pero no es menor a dicho intervalo de tiempo. También, responde a que el personal de salud en la atención evaluada no es suficiente: encontramos que había solo una psicóloga en un centro de salud de la Miguel Hidalgo, mientras que la red de centros en Milpa Alta había dejado de tener el único psiquiatra disponible, por una reciente renuncia.

Los entrevistados establecen una diferencia con casos de mayor severidad, ante los cuales una espera de varias semanas no es sostenible, por lo que gestionan disponibilidad más inmediata para este tipo de situaciones. Ello es particularmente notorio frente a casos donde peligra la vida del paciente, y también al inicio del tratamiento psiquiátrico.

Pese a las limitaciones, el personal especializado en el área de psicología admitía que los usuarios en su mayoría regresan a sus citas con psicólogos y psiquiatras, y que su adherencia al seguimiento es satisfactoria: “la parte de la adaptación fue muy rápido, fue muy positiva la reacción de las personas, incluso yo creo que fue tan buena que hay veces que llegan familias completas” (Entrevista con psicólogo D.6). Esta afirmación es consistente con lo que también apreciamos: la paciente F.4 inició sesiones psicológicas en el centro de salud al que su hija ya acudía por la misma razón. Por su parte, en la entrevista conjunta F.5, la madre expuso cómo inició tratamiento psiquiátrico un año después de que su hija lo comenzó, ambas con el mismo psiquiatra, en un centro de salud de la alcaldía Miguel Hidalgo.

Asimismo, el personal de los MSM destacó casos donde identificaron que el proceso de recuperación sería prolongado y el usuario continuó a pesar de la larga duración: “tengo una chica que la llevo viendo cuatro años (...) es muy grave y que tuvo mucha adherencia, seguí

trabajando con ella en zoom desde mi casa, y luego regresó acá y seguimos trabajando” (Entrevista con psicóloga D.4). A nivel de los usuarios encontramos correspondencia con la declaración. Por ejemplo, las entrevistas F.1, F.2, F.5 y F.6 exponen periodos largos de relación con los profesionales (cuatro, dos, tres y seis años, respectivamente), con variaciones en la frecuencia de sesiones a lo largo del tiempo.

De acuerdo con los profesionales que tienen contacto con la población usuaria, la dilación entre citas provoca que la mejora de los pacientes también tarde:

“Yo los veo cada semana, cada 15 días, los pacientes tienen una mejor rehabilitación a veces. (...) A las 10 sesiones es casi el año, si no les cancelé, si no vino, que le reprogramo” (Entrevista con psicóloga D.4).

“El éxito de la terapia es más largo, me tardo más en trabajar con ellos entonces no salen tan rápido. Por ejemplo, un tratamiento que yo podría hacerlo en 3 meses lo termino haciendo en un año” (Entrevista con psicólogo D.6).

De tal manera, el éxito terapéutico se atrasa, haciendo al servicio ineficiente y conlleva a menos espacios disponibles para citas a nuevos pacientes. Aquí nos preguntamos cuánto más abarrotadas estarían los establecimientos observados si no aplicasen la terapia breve antes explicada. Sin embargo, en las declaraciones se reconoció al mismo tiempo que los usuarios a quienes atienden probablemente no podrían ni atenderse en consultorios particulares, ni tendrían tiempo disponible para ir de modo más frecuente a sus consultas, ambas situaciones en razón de barreras económicas y en el uso del tiempo.

Del lado de los pacientes, ningún entrevistado reportó tener un tiempo de espera entre citas mayor a 2 meses, pero la demora entre citas es universalmente reconocida entre ellos. Frente a dicha situación hay posiciones encontradas. Por un lado, hay quienes no identificaron que ésta entorpezca su proceso curativo, reconociendo las circunstancias materiales para atenderse en el sistema público de salud:

“No ha sido una cita periódica de cada semana, ya que de repente al doctor lo mandan a cursos, a impartir clases, dentro de la misma unidad tiene que dar algunas orientaciones (...); pese a ello, el doctor ha estado al pendiente de mí” (Entrevista con paciente F.1).

“Uno tiene que tener disponibilidad si uno se quiere sentir bien porque en los privados uno tiene que pagar, lo hacen esperar pues a donde no tiene uno que dar ni 5 centavos pues cómo no se va uno a esperar” (Entrevista con paciente F.2).

“(El doctor) me dice ‘vamos a procurar el tiempo que sea necesario’, le dije que sí. (...) No llevo prisa en decir ‘sabe qué, necesito que ya mañana’. Inclusive me hizo hincapié que esto es un proceso que se lleva su tiempo y hay que ver cómo se puede mejorar paulatinamente” (Entrevista con paciente F.7).

“Yo veo cómo está de atareado con tanta gente, somos aquí 12 mil habitantes (en un pueblo localizado en Xochimilco). (...) Siempre tiene pacientes. Más bien todos siempre tienen pacientes entonces como que no se da abasto” (Entrevista con paciente F.9)

En estos extractos, hallamos que los usuarios tuvieron en cuenta la carga laboral del personal especializado en el área de psicología y psiquiatría, y la densidad poblacional de los centros de salud donde se atienden, además de resaltar que la premura frente a la atención es prescindible frente al desarrollo adecuado de sus tratamientos correspondientes. Vemos aquí una tolerancia en torno a la calidad del servicio, en pro de un beneficio mayor, en línea con lo que vamos a exponer respecto a la provisión de medicamentos. Por otro lado, la falta de frecuencia en las citas se destacó como algo que complica la recuperación:

“A lo largo de un mes puede suceder varias cosas ¿no? a lo mejor la primera parte del mes sucede algo muy importante en mi vida, (...) quizás se me olvide para el momento en el que quiero hablar con él. (...) Me gustaría que pudiera ser a lo mejor dos veces al mes” (Entrevista con paciente F.8).

“Yo digo que está mal porque hay niños que necesitan más apoyo, incluyendo a mi niña, que sería como más seguiditas porque un mes pues si como que se desorienta” (Entrevista con mamá de paciente F.11).

Inclusive en estas citas no existe una condena absoluta a la eficacia de las sesiones según la frecuencia actual, sino un deseo de mayor atención: “Yo lo entiendo por el lado de que al final de cuentas muchas personas ya están empezando a acudir a servicios psicológicos (...), es como un gusto a lo mejor personal, me gustaría que pudiera ser más frecuentemente” (Entrevista con paciente F.8). Aquí, ratificamos un alcance que repercute en otros criterios de evaluación: la mayoría de los usuarios entrevistados no encuentran fallas en el servicio en sí, en la relación con el trabajo de los profesionales de salud mental, sino en problemáticas estructurales a los centros como la falta de disponibilidad del mismo personal.

Es importante mencionar que la mayoría de los pacientes entrevistados experimentan un tiempo de espera entre citas no mayor a un mes. Los casos en los que esto no se cumple se deben a que los profesionales de la salud consideran que los pacientes se encuentran estables y han tenido una respuesta adecuada al tratamiento, por lo que no es necesario que la

frecuencia entre citas sea mayor. Si es posible, para casos más estables se otorgan citas una vez por mes o incluso con mayor tiempo de por medio. De manera relevante, hubo personal de los módulos que reconoció que pueden haber tiempos de espera entre citas de hasta mes y medio, mientras que tanto personal de los módulos como usuarios señalaron las esperas más largas que se pueden dar para acceder a psiquiatría en otras instancias, como los Cecosam. Con lo cual, hay un riesgo alto de no adherencia y es una demostración clara que el servicio en esta dimensión no es eficiente, no solo en Sedesa.

Las demoras entre citas refuerzan percepciones negativas que los usuarios poseen de la atención pública, que también califican como un riesgo en situaciones graves: “que tarden tanto podría ser perjudicial para algunas personas, para un servicio de emergencia, para prevención de crisis, si alguien pasó por un evento muy estresante como un desastre natural, un asalto” (Entrevista con paciente F.8).

De este modo, tenemos una barrera para la adherencia y una prueba grave de ineficiencia en el servicio que es compartida tanto por usuarios como por el personal de los módulos, frente a la voluntad mayoritaria de seguir con las consultas indicadas. En efecto, los usuarios reiteraron seguidamente que no cuestionaban la extensión temporal del tratamiento, por entenderlo como primordial para su salud mental.

De este modo, encontramos que la dilación entre sesiones de seguimiento afecta la eficacia del servicio (por la insuficiencia de personal disponible en salud mental), su oportunidad (por no asegurar citas prontas para los pacientes) y la adherencia al tratamiento (por aletargar el proceso terapéutico y el alcance de cambios positivos en su calidad de vida). Las soluciones a cada aspecto se encuentran en las declaraciones de los interlocutores profesionales y usuarios: más personal de salud especializado, aplicación generalizada de terapia breve, más tiempo de la jornada laboral para la atención a pacientes, y programación de citas en los intervalos idóneos psicológica y psiquiátricamente. De este modo, no será solamente la atención que cada profesional de psicología o psiquiatría ofrece lo cual sostenga la adherencia al tratamiento, sino el funcionamiento eficaz y eficiente a nivel estructural de los módulos en cuestión.

8.1.6. Transporte e infraestructura

De acuerdo con la información obtenida en las entrevistas, los medios de transporte más comunes para llegar al centro de salud son combis, peseros, camiones, Metrobús y, en menor medida, metro y automóvil. Las personas no tardan más de 45 minutos en trasladarse hasta su centro de salud, incluso hay pacientes que pueden llegar a hacer 10 o 15 minutos, y la mayoría gasta entre 20 y 35 pesos para ir y regresar de sus consultas. Dicho gasto es una barrera

económica potencial, pero no lo fue para los pacientes entrevistados en esta evaluación, en donde juega a favor el hecho de que los módulos suelen estar en centros de salud T-III, que tienden a estar ubicados en áreas céntricas o de alto tránsito por alcaldía. El psicólogo D.1, que toma como base la experiencia en una unidad de salud en Cuauhtémoc, señaló que los usuarios se acercan al establecimiento de salud independientemente de si tienen seguro de gratuidad o no; su decisión se basa en la cercanía al puesto de trabajo o al domicilio.

Por lo mismo, los pacientes entrevistados reportaron que los centros de salud están bien ubicados; al asistir al establecimiento durante la mañana y a plena luz del día, no sienten que las inmediaciones del centro de salud sean inseguras. Las excepciones fueron el cs T-I Santa Cruz Xochitepec (Xochimilco), por presencia de puntos ciegos y callejones poco visibles, el cs T-III Francisco J. Balmis (Iztapalapa), donde registramos el robo a un trabajador en las inmediaciones y la presencia ocasional de personas consumidoras de sustancias inhalantes, y el cs T-III México-España (Miguel Hidalgo), donde se indicaron asaltos y robos a pacientes y personal de salud.

Donde se generan problemas es en el traslado adicional para acceder a un servicio de psiquiatría, o a un medicamento psicotrópico, ante la falta de disponibilidad tanto del servicio como de los productos en cuestión. En este punto, se vuelve un factor relevante las posibilidades económicas de los pacientes. Al consultarle sobre motivos para el abandono del tratamiento, la coordinadora del PSM en una jurisdicción sanitaria declaró que ello podía darse por: “la cuestión de los tiempos, que a veces es un poquito espaciado. Cuando sí necesitamos mandarlos de una unidad a otra, la parte de los recursos para el traslado” desanimaría también a los usuarios. El problema es más crítico si la población usuaria está localizada en el norte capitalino, donde el objetivo es indagar por alternativas que reemplacen la necesidad de trasladarse hasta alguno de los HP ubicados en el sur de la urbe.

Sobre los servicios de comunicación en centros de salud, hay casos como el de la Clínica de Especialidades 6 (Cuauhtémoc) y el cs T-III México-España, donde poseen dichos servicios en diversas áreas, el cs T-III Dr. Rafael Carrillo (Iztapalapa), que solamente los presenta en oficinas clave, y el cs T-I Santa Cruz Xochitepec donde el acceso a los equipos de cómputo es limitado. En esta última unidad, en el cs T-III Lago Cardiel (Miguel Hidalgo) y en el cs T-III Francisco J. Balmis los profesionales entrevistados no tienen servicio ni equipo de telefonía. El último tiene la particularidad de no tener punto de red para telefonía e internet en los consultorios de salud mental porque el área donde se ubican dentro del establecimiento no fue originalmente pensaba para atención a pacientes.

En el cs T-III Dr. Rafael Carrillo cuentan con directorio impreso con los servicios ofrecidos, incluyendo los de salud mental; en el cs T-III Francisco J. Balmis también tienen un directorio, pero hecho a mano. En el cs T-III Dr. Gastón Melo, el cartel que detalla los servicios del centro no menciona al servicio de psicología; y en el cs T-III Dr. Rafael Ramírez Suarez (Gustavo A. Madero) la lista de responsables incluye a la psicóloga entrevistada, quien formalmente no tiene asignada una plaza que implique responsabilidades adicionales a la terapia. En cuatro centros de salud no hay módulos de orientación operativos, y en particular en el cs T-III México-España algunos pacientes reportaron perderse por los señalamientos confusos y que no indicaban qué tipo de especialidad correspondía a cada consultorio. En ese sentido, hay centros de salud que requieren mejorar la presentación de información y señalética, ya que es un factor relevante en el acceso a los servicios de salud en general, y en particular a los de salud mental.

Respecto a la infraestructura del espacio de atención para salud mental, tres de ocho consultorios tienen un tamaño que no es suficiente para tres personas o más. Por lo demás, la tercera parte de los usuarios entrevistados declararon que los espacios de los consultorios son reducidos, añadiendo además que en el mismo o en otros centros de salud el tamaño es más amplio y que para ciertos pacientes (niños, ansiedad en espacios abarrotados) sería más conveniente mayor amplitud.

Todos presentan mobiliario mínimo para las labores del personal, sin tomar en cuenta las que deben efectuar en computadora. En ciertos casos hay insumos adicionales como un mueble para que los pacientes se recuesten de modo horizontal (cs T-III Francisco J. Balmis), y una variedad de materiales lúdicos para atención a niños en el cs T-III Dr. Rafael Ramírez Suarez y en el cs T-III Lago Cardiel. Algunas psicólogas entrevistadas explicitaron que algunos de los materiales adquiridos provienen de su propia inversión. Aparte de la falta de pruebas psicológicas ya explorada, el personal en cinco centros de salud informó que hay escasez de papelería.

Siguiendo sobre aspectos físicos del consultorio, no se identificaron mayores quejas sobre el ruido de exteriores que puede interrumpir las sesiones en los módulos. Respecto a la privacidad, ningún usuario declaró que pensaba que ésta estuviese en juego por la infraestructura empleada. Para los usuarios, fue crucial sentir que los temas personales y las revelaciones emocionales que se daban durante las consultas no fuesen oídos por externos, “hay cosas que yo he platicado con ella que son muy confidenciales y que solamente con ella he podido expresar” (Entrevista con paciente F.1). En dos ocasiones se indicó que el consultorio empleado está al lado del servicio de Odontología, pero ninguno reportó pensar que podía filtrarse sus conversaciones.

Un factor que contribuye a que se genere y se mantenga la sensación de privacidad es la reacción del personal de los módulos frente a las interrupciones:

“La doctora no abre hasta que termina la sesión con la persona que está. Eso me parece bien, a no ser que vengan de Dirección y le digan ‘soy Fulano de tal’, entonces ya se levanta ella a abrir” (Entrevista con paciente F.1).

“A veces (interrumpen), pero casi siempre es por pacientes que llegan y dicen ‘¿me puede dar consulta?’ y ya la psicóloga les dice ‘tiene que hacer esto, esto, esto y esto’, todo el procedimiento. Lo más resumido que pueda porque sabe que tiene paciente” (Entrevista con paciente F.10).

Aunque la última interlocutora indicó que las interrupciones son frecuentes, estimó que la actitud de la doctora de responder brevemente facilitaba que no se perdiera la intimidad creada en las sesiones.

De tal manera, se comprobó la accesibilidad física de los centros de salud evaluados, desde una perspectiva cualitativa. También es adecuada la privacidad y el manejo que hace el personal de las interrupciones. En cambio, hay puntos vacíos compartidos en la disposición de recursos, como la escasez de papelería, la falta de servicios y equipos de telefonía, cómputo e Internet, señalética e insumos adicionales.

En las entrevistas y en las secciones redactadas previamente, el personal indicó que hay componentes clave para el desempeño de sus tareas que cubren con sus recursos, sean impresiones, materiales para atención a niños, uso de Internet para coordinación por WhatsApp entre colegas de otros establecimientos, y más. Ello decanta en una gestión ineficiente por insuficiencia presupuestal, no solo en términos de lo que corresponde al PSM sino a la distribución y administración por centro de salud, que a la vez de sobrecargar al personal les quita parte de sus ingresos y del tiempo invertido en la jornada laboral, que se añade a la insatisfacción laboral ya comentada en el capítulo 6. Finalmente, vale recalcar la inseguridad de la ubicación de dos centros de salud por acciones delictivas comprobadas, por lo cual la seguridad en el acceso podría verse potencialmente amenazada.

8.1.7. Atención no presencial durante la pandemia

En la época de la contingencia sanitaria, el personal especializado en el área de psicología y psiquiatría expresó que en algunos centros de salud se habilitó la atención por teléfono o por Internet, y en otras no. El psicólogo D.6 sostuvo que en Xochimilco les pidieron mantener las consultas presenciales, mientras que la psicóloga D.4 comentó que sus servicios se

suspendieron y al momento de la entrevista continuaba recibiendo pacientes que descontinuaron su tratamiento desde la pandemia. Ella declaró que en varios establecimientos más los servicios en salud mental se suspendieron. De manera similar, el psicólogo D.1 contó que en su centro de salud todos los profesionales en salud mental dejaron de asistir presencialmente por poseer factores de riesgo (tercera edad, asma) por más de un año (de marzo de 2020 a abril de 2021). La paciente F.1 enfatizó que no recibió ninguna comunicación sobre la suspensión de las consultas presenciales, y cuando pidió el número de su psicólogo para preguntar cómo continuar sus avances, se lo negaron. Meses después, retomó consulta a distancia, a partir de una iniciativa de comunicación por parte del psicólogo a cargo de su tratamiento.

Adicionalmente, el personal de los módulos informó que hubo barreras a la atención durante el confinamiento, porque ellos mismos se enfermaron de Covid-19, porque hay poblaciones con quienes se complica la atención a distancia como a los niños, y sobre todo por la falta de espacios aislados donde otras personas no oigan a los pacientes: “Yo vi esa parte de vacilar. Si yo tengo problemas con mi esposo y él está trabajando en casa pues no puedo hablar” (Entrevista con psicóloga D.3), “Mi casa es pequeña, entonces yo le tenía que decir a mis papás que salieran al patio” (Entrevista con paciente F.1). Por lo mismo, varios afirmaron que si bien mantener la atención no presencial podría beneficiar a ciertos grupos de personas como a quienes tienen dificultades para desplazarse por sí mismos, la gran mayoría de pacientes antepone el tratamiento en los consultorios por la importancia que le atribuyen a la confidencialidad de lo compartido, además de desear salir de sus casas.

Por consiguiente, la modalidad de atención menos encontrada fue la videollamada: solamente una usuaria declaró tener sesiones de dicha manera, y cuando se preguntó sobre su disponibilidad, los doctores declararon que no se efectuó por falta de recursos. Ahora bien, es relevante indicar que entre los usuarios hay quienes tenían servicio de Internet en sus domicilios; en cambio, los trabajadores de la SM explicaron que la mayoría de la población a quienes atienden no lo disponían. El psicólogo D.1 pidió que les dieran a los pacientes su contacto personal para hacer sesiones virtuales, “de 7 al día o 5 al día como antes, eran 2 o 3 a la semana”. Algunos participaron de actividades virtuales como charlas sobre el manejo del estrés y emocional en pandemia, y charlas a padres y estudiantes en las escuelas locales. Debido a ese enlace con escuelas, la psicóloga D.4 declaró “si hubiera sido por virtual (sesiones habilitadas con los recursos necesarios) hasta la demanda hubiera aumentado durante ese periodo”.

De dicho modo, hubo recomendaciones como la del psicólogo D.1 de consultar a los usuarios si podría atenderse virtualmente y dedicar un día de la semana para sesiones de este tipo. La

única paciente entrevistada que fue atendida por videollamada, la usuaria F.1 (de octubre de 2021 a enero de 2022), afirmó que fue su psicólogo quien la llamó cinco meses después de suspendidas las terapias presenciales para preguntarle si estaba dispuesta a realizar las terapias virtuales. Los psicólogos D.1 y D.6 indicaron que la exigencia administrativa en torno al registro de las actividades también tendría que resolverse, porque todo el proceso se hace en papel y los formatos correspondientes se deben entregar diariamente. Este último complementó que cuando se ofrecía en su centro de salud la atención vía videollamada, sus pacientes pedían ser reagendados con tal de ser recibidos en el consultorio físico, por no estar acostumbrados al uso de plataformas virtuales y por no sentirse en libertad de expresarse en sus hogares.

Respecto a la atención telefónica, la coordinación central del PSM comentó que el DIF otorgó teléfonos precargados para las sesiones virtuales en pandemia, pero que varias de las consultas telefónicas se sostuvieron por los propios medios del personal especialista de los módulos; información ratificada por los psicólogos, quienes explicaron que gastaron para el saldo de las líneas que emplearon, sin que fuese cubierto por los centros de salud. La paciente F.2 contó que continuó atendiéndose por teléfono y que dichas consultas la ayudaron sobremedida, puesto que la gastritis que se le presenta por ansiedad volvió de modo agudo, y sin esas llamadas “no sé qué hubiera pasado porque yo estaba realmente mal de la dolencia, de la encerrada, de todo”.

Bajo esta modalidad, los expertos también registraron reticencia de parte de usuarios y preferencia por la atención presencial, por la privacidad y por el hábito de desplazarse hasta las instalaciones de salud. Además, añadieron que a pobladores de ingresos bajos les es más económico ir a atenderse. El coordinador central del PSM señaló la propuesta a nivel federal de la telementoría para que la atención diferida sea por videollamada o por teléfono, pero sin recursos para el personal especializado no es realista. Estos elementos informan de que las alternativas de comunicación para mejorar la pertinencia del servicio y aumentar el número de consultas de salud mental son posibles, pero solo como opciones complementarias y manteniendo la oferta presencial, en vista de las restricciones materiales y sociales en un sector de la población.

8.2. Acceso a medicamentos psiquiátricos

Se caracterizan las dinámicas, conductas y estrategias que emplean los usuarios no derechohabientes para conseguir medicina psiquiátrica en la capital, dado el suministro limitado de fármacos en la infraestructura SSA-Sedesa y la restricción presupuestal para la adquisición de medicina de parte del PSM (observaciones hechas en el capítulo 6).

8.2.1. Falta de suministro de medicina psiquiátrica

En el marco de la elaboración del Programa Operativo Anual, el PSM estima la medicina psicotrópica a adquirir para dar respuestas farmacéuticas en los centros de salud con MSM, conjunto con las coordinaciones respectivas de SM en las JS y con la provisión de información del personal médico y paramédico.

Esta estimación anual no involucra un proceso de automatización robusto. La Coordinación del PSM recurre al empleo de un registro nominal de pacientes por médico psiquiatra, que se realiza en Excel y, en sus palabras: “no tenemos otra forma de hacerlo (...). Programamos de manera artesanal”. Así, explican el funcionamiento de dicho registro:

“Nos dicen el médico psiquiatra de manera anual **cuando programamos medicamentos, revisamos su base de datos, hacemos filtros en esa base.** (...) Sacamos diagnósticos, cuántos diagnósticos de depresión (...), con esquizofrenia, (...) con ansiedad. Y de estos pacientes con ansiedad, cuántos pacientes con tratamiento, porque hay **diferentes esquemas de tratamiento farmacológico,** (...) ocho planes de medicamentos para depresión que son diferentes efectos, diferentes edades y diferentes presentaciones. (...) **A partir de eso jugamos con sus datos** (...) para decidir qué medicamentos compramos. **Y lo hacemos junto con ellos,** con el área clínica (...) **tomando en cuenta** el número de pacientes en el último año. Es **el listado de pacientes activos,** que son los pacientes vistos en el último año.” (énfasis propio) (Entrevista A.1).

En este punto, hay una complicación respecto a la heterogeneidad en técnicas y estrategias, en este caso de médicos y psiquiatras, porque al reunirse distintos esquemas de intervención, en función de la diversidad en el bagaje de los profesionales médicos, se debe solicitar medicamento para cada uno de ellos. Por tanto, en la coordinación del PSM relatan que la planeación para la compra es “muy laborioso”, y que sería más eficiente si existiese una base de datos actualizada en tiempo real por todos los médicos del centro de salud que recetan tratamiento psiquiátrico.

En la etapa de distribución y disposición de medicina en los centros de salud, a cargo de otra unidad administrativa de SSPCDMX, se presentan problemas de existencia y suficiencia. Los doctores que atienden a usuarios no saben con certeza cuánta y qué medicina poseen en las farmacias de los centros a la hora de recetárselas. La psiquiatra E.1 explicó que en farmacia:

“Llevar un control en el sistema, pero no sé si actualizan su base de datos todos los días (...), **creo que ellos no van descargando en la computadora de inmediato cuántas cajas van entregando.** (...) de otras jurisdicciones también están preguntando dónde hay medicamentos. Nos mandan una actualización cada inicio de mes, **como no solamente nosotros mandamos recetas** sino los médicos generales (también), **no tenemos la idea de qué tanto se ocupan y cuándo ya no hay (medicamento psicotrópico)**” (énfasis propio) (Entrevista con médica psiquiatra E.1).

Bajo la misma línea, el psiquiatra E.2 declaró que a veces han tenido medicamento no solicitado en farmacia: “Cuando yo llegué aquí, la farmacia tenía unas 1,500 piezas de Metilfenidato y no había psiquiatra aquí, ni se estaba recetando”, y que cuando se publican las existencias de medicamento de acuerdo a los datos de cada jurisdicción, no necesariamente corresponde a lo que efectivamente se encuentra en la farmacia. Entonces, ha habido casos donde los pacientes se han acercado a pedir medicina y les negaron la entrega, porque, según el registro de la jurisdicción sanitaria, no poseían el tratamiento, pero éste sí se hallaba en inventario; o que los datos de otros centros de salud no son exactos: “Hay medicamentos donde los pacientes se tienen que trasladar hasta la farmacia del cs T-III Dr. Rafael Carrillo (Iztapalapa) que está autorizada, y resulta que no hay” (Entrevista con médica psiquiatra E.1). Adicionalmente, han tenido medicamento que está disponible pero no suelen emplear, sin recibir otros que consideran necesarios.

De ello decanta un problema más: el vencimiento de la medicina disponible. Según uno de los médicos psiquiatras entrevistados, aunque hay un registro con las fechas de caducidad de los medicamentos, éste no se encuentra actualizado y “se llega a caducar el medicamento, y a veces falta y en otros lados hay”, además que han tenido omisiones como medicamentos sin clave para ingresarles a dicho registro. El resultado es que “de repente pues ahí está el medicamento, pero no estábamos enterados y lo sacan cuando ya va a caducar”, con lo que pide tener un registro real de la distribución y el vencimiento de los medicamentos.

Así, el personal especializado en el área de psicología y psiquiatría, y desde la propia coordinación central del programa, corroboró que el problema no es solo de adquisición sino de abastecimiento logístico. Se evidenció que hay mucho desconocimiento, entre pares, sobre el abastecimiento de la medicina en cada centro de salud.

La psiquiatra E.1 se adentró más en las consecuencias que la falta de provisión de medicamento ocasiona en los usuarios de los servicios:

“Finalmente **nos toca esa responsabilidad de decirle a los pacientes que en una institución pública quizás hay estos inconvenientes**, que no se pueda surtir una receta, esperar en la fila, etc. Pero eso también hace de pronto tedioso algo que **de por sí le costó trabajo aceptar un tratamiento y encima ir y que no haya**, es algo que genera molestia a un paciente, sí es algo que no acerca, que **no permite que tengan esta seguridad y confianza en el servicio**” (énfasis propio) (Entrevista con médica psiquiatra E.1).

Por consecuencia, la insuficiencia de medicina disponible no solamente implica la ineficacia del servicio de entrega de tratamiento psiquiátrico, sino que interrumpe la adherencia al mismo. Ambos psiquiatras pidieron encarecidamente la actualización diaria de la cantidad y la presentación de las medicinas disponibles: “la idea que se coordinen mejor esa parte entre las necesidades que tenemos reales, las necesidades que ellos observan y la coordinación porque por eso se caduca, si no sabemos dónde está el medicamento pues cómo vamos a usarlo” (Entrevista con médico psiquiatra E.2). Sugieren que exista un registro de la medicina que se recibió en farmacia y la que los pacientes reciben, con tal de haya congruencia entre el diagnóstico y el tratamiento.

Frente a los inconvenientes relatados, el profesional médico recurre a distintas estrategias para que el servicio logre sus objetivos. Una es recetar productos que quizá no son los más adecuados, pero de los cuales hay suficiencia en las farmacias:

“Los pacientes pasan primero a consulta general y luego pasan conmigo, (...) en la nota veo y ya estaba indicado (...) un antipsicótico para un paciente con mucha ansiedad y el paciente lo aceptó y lo está tolerando. Entonces yo le dije que no era lo ideal, pero me dice ‘démelo’, y le comento ‘mire no es lo ideal, pero si ya le está funcionando y usted entiende el riesgo pues no se lo puedo negar’ (...). Un antipsicótico no es lo ideal para un trastorno de ansiedad, pero puede servir, puede tener efectos secundarios” (Entrevista con médico psiquiatra E.2)

Aunque afirmaron que se explican todos los riesgos, éstos son significativos: “Los más frecuentes son síntomas parkinsonianos, (...) la cara inexpresiva, temblor, rigidez, llegan a tener salivación y en los casos más graves (...) las discinesias que son movimientos involuntarios, torcedura de mandíbula, cuello, son dolorosos y graves” (Entrevista con médico psiquiatra E.2). La paciente F.1, quien comentó previamente que en pandemia encontró el servicio de Cecosam cerrado, señaló que al no tener más medicamento (Sertralina, antidepresivo) el psiquiatra de guardia, que estaba en dicho Cecosam, “me da una caja de

tabletas de Clonazepam (ansiolítico) y me dijo ‘tómese eso y pues aguante’, y le digo ‘¡cómo que aguante, doctor!’”.

Otra estrategia fue la creación de un chat entre psicólogos y psiquiatras que laboran en el marco del PSM, donde se consultan las existencias de las farmacias de otros centros directamente:

“A veces nos dicen, ‘en tal centro de salud nos están reportando que hay cierto medicamento’, entonces yo los mando para allá. (El cs T-III Dr. Galo Soberón y Parra) tenía muchísimo y pues ahí se les mandaba a todos los Metilfenidato (...) y cuando yo sé es por el chat” (Entrevista con médico psiquiatra E.2)

“Cuando no hay aquí, porque es muy seguido que no hay aquí, siempre voy al (centro de salud) que está en la alcaldía Iztapalapa. Es que ahora con la pandemia y todo eso, estuvo bien limitado” (Entrevista con paciente F.6).

Así, el personal especialista deriva a otros centros a los pacientes para que soliciten ellos mismos los productos que necesitan, aunque saben que ello representa inaccesibilidad al servicio por la inversión adicional en tiempo y dinero: “A veces cuando se requiere enviarlos por algún medicamento controlado, por ejemplo, la única farmacia que maneja medicamento controlado (en Iztapalapa) es el (cs T-III Dr.) Rafael Carrillo, (el problema es que) a veces no tienen los recursos para estarse trasladando” (Entrevista con coordinadora del PSM en jurisdicción sanitaria C.2).

Adicionalmente, puede que los pacientes encontraran el medicamento, pero venía en una dosis o presentación distinta o no idónea, respecto a la prevista por el médico especialista: “Me dijo que me tomara media. Creo que no conseguíamos de esa dosis y por eso tenía que partirla. Entonces no había más que cápsulas, pues cómo voy a partir las cápsulas” (Entrevista con paciente F.6).

De forma similar, exponemos un ejemplo de psiquiatras organizando “vaquitas” ante situaciones urgentes, aunque precisamos que esta dinámica se dio en un Cecosam³²:

“Los primeros meses me era muy difícil porque yo no trabajaba y se lo comenté en una ocasión al médico, fue la segunda consulta, le dije ‘hay un detalle, no estoy laborando, no dependo económicamente de nadie, **estoy en una situación de crisis**, no tengo red

³² Como ya fue mencionado, Cecosam ofrece atención de SM de primer nivel, aunque su gestión es de responsabilidad de la SSA. Incorporamos relatos sobre el servicio ya que es una alternativa concreta de psiquiatría ante la insuficiencia de dichos profesionales en los centros de salud.

de apoyo, ¿qué hago?', al doctor lo vi conmovido, (...) **agarró una bolsa y fue a otros consultorios a pedir medicamentos** para mí. Entonces esa experiencia fue maravillosa, (...) me consiguió 5 o 6 cajas y me dijo 'va a salir adelante'" (énfasis propio) (Entrevista F.1).

La falta de coordinación con las farmacias de los centros de salud y la ausencia de medicamento provocan que los mismos profesionales recurran a maniobras que contengan la falta de oportunidad, accesibilidad, eficacia y eficiencia de los servicios de salud mental, que deberían contar con abastecimiento suficiente de medicamentos psiquiátricos a los usuarios que acrediten debidamente la gratuidad.

8.2.2. Gastos suplementarios para adquirir medicina psicotrópica

El tema anterior inevitablemente lleva a los pacientes -sin seguridad social, que cumplieron con los trámites de gratuidad- a asumir por sí mismos la adquisición del tratamiento: "Yo diría que este año (...) la mayoría, un 80%, lo compran" (Entrevista con médico psiquiatra E.2). Los pacientes conocen claramente qué medicinas adquieren particularmente y cuánto gastan en ellas, que se refleja que seis de siete usuarios que consumen medicamento psiquiátrico explicaron en sus entrevistas dónde consiguen y cuánto abonan por ellos mensualmente, que puede fluctuar hasta los \$6,000 pesos.

De las declaraciones de los pacientes, se refleja también la falta de eficacia de los servicios médicos para indicar presentaciones diversas del mismo medicamento, para una mayor accesibilidad, y el conocimiento de los usuarios de la variedad de mercancía y de precios en las cadenas de farmacias a donde van a adquirirlas. De forma complementaria, frente a la necesidad de comprar medicina, una usuaria relató que incluso solicitaba apoyo a su doctor en el Cecosam, para que no coloque en sus recetas la fecha de emisión, o en todo caso, una fecha posterior, dado que la farmacia podía exigirle que la fecha de prescripción sea del mismo día a la venta, por ejemplo, en el caso del Clonazepam a gotas. Y ella podía no tener el dinero a tiempo para realizar dicha compra. En su escenario así, la oportunidad de acceder al producto queda mermada por una barrera económica.

Una dificultad añadida es que en ciertas localidades las cadenas de farmacias no poseen abasto de ciertos medicamentos, por lo que los usuarios deben gastar en traslados adicionales, aparte del costo del tratamiento en sí. Dicha falta en la cobertura de los servicios de suministro de medicamento lo explica la paciente F.10, que reside en Milpa Alta:

“Clonazepam tiene que ser una farmacia grande por así decirlo, (Farmacia) Benavides, (Farmacias) San Pablo, ese tipo de farmacia ¿no? (...) **Aquí en Milpa Alta lo estuve buscando y no lo encontraba** (...). Tuve que ir al centro y lo encontré en una farmacia Benavides, pero aquí pregunté en (...) farmacias un poco más grandes de Milpa Alta, de Villa (Milpa Alta) y no, me decían no, **no lo tenemos, es controlado** (...). Pues me daban ese pretexto (...) les tengo que dar la receta, ellos se la quedan, ven que sea un médico que esté certificado (...) **no sé si es por problemas o por cosas legales** de las farmacias de aquí” (énfasis propio) (Entrevista con paciente F.10).

Frente a tales gastos adicionales, éstos se cubren por medio de apoyo financiero de familiares y cónyuges, pero ello les coloca en situaciones de adversidad que amenazan su bienestar personal y familiar:

“Teníamos que conseguir dinero prestado para poderle comprar (Concerta)” (Entrevista con mamá de paciente F.5).

“Mi esposo me los compra, pero sí me decía que había un medicamento en especial que costaba casi 800 pesos, (...) no me dice cuánto para que yo no me angustie tanto, (...) luego me quedo sin medicamento, pero para que no gaste él pues no (le aviso) (...) Mi hermano normalmente a la semana me regala mil pesos para mis medicamentos o para lo que me haga falta en la casa” (Entrevista con paciente F.4.)

Los psiquiatras entrevistados están al tanto del gasto suplementario que asumen los pacientes, lo que se acumula a los factores de potencial abandono del tratamiento y de los servicios de salud mental. La psiquiatra E.1 explicó que “muchos pacientes no tienen suficiente ya que viven al día (...), Fluoxetina lo puede encontrar hasta en 40-50 pesos, pero incluso esa cantidad puede ser difícil para ellos. Aparte es una caja de 14 tabletas, si toman dos al día pues se duplica el costo”. Mientras tanto, el psiquiatra E.2 declaró que los pacientes tienen poderes adquisitivos variados: “hay algunos pacientes me dicen ‘está carísimo’, y cuesta 150 pesos, otros me dicen ‘tuve que comprar uno carísimo, el de patente a mil pesos”. Según el mismo doctor, hay muchos medicamentos genéricos que van de 40 a 400 pesos al mes, si bien resaltó que tiene un paciente que debía adquirir Clozapina, que es una medicina que cuesta mil pesos, sumando el tratamiento mensual de 3,000 a 4,000 pesos.

De forma adicional, a los galenos les es difícil asegurarse si los medicamentos que consiguen los pacientes por fuera son efectivos o no:

“No tenemos la certeza de que sean bio-equivalentes, no tenemos sustento de que haya sido probado, hemos llegado a ver que no tienen los mismos efectos o más efectos secundarios. De pronto con medicamentos muy baratos se ha generado mucha duda, si tendrá el permiso de COFEPRIS” (Entrevista con médica psiquiatra E.1)

Dicho extracto es crucial, pues revela preocupación por un peligro que tiene la potencialidad de ser de gran impacto, en especial tomando en cuenta los efectos secundarios negativos de ciertos medicamentos enumerados anteriormente: la falta de suministro gratuito de medicina es extremadamente grave pues mengua el control de la supervisión psiquiátrica de los especialistas y abre las puertas a riesgos de salud innecesarios.

Así, la barrera económica para conseguir medicina psiquiátrica, así como los elementos de ineficiencia en la gestión del recurso en las farmacias de la Secretaría, dificulta la eficacia del servicio de salud mental en los centros de salud, así como la adherencia al tratamiento.

De acuerdo con lo expuesto, el servicio de salud mental pierde oportunidad ante los costos de traslado, búsqueda y adquisición de medicamentos, que son asumidos por los pacientes, ante la ineficiencia del servicio analizado. Asimismo, la población usuaria no derechohabiente no tiene necesariamente la capacidad económica para cubrir dichos costos. Estas barreras de accesibilidad ponen en una situación de adversidad a los usuarios, y la recuperación de su bienestar va a depender también del apoyo económico de la red familiar o social. Además, el gasto suplementario es factor de potencial abandono del tratamiento y existen riesgos en la calidad de los productos que son adquiridos por fuera del sector público de salud.

8.2.3. Reconocimiento de cambios positivos por medicamentos

A pesar de los problemas cubiertos hasta ahora, las entrevistas revelan también la admisión de beneficios a partir de la ingesta de medicamentos psiquiátricos y la mejoría en su bienestar, lo cual se adscribe al criterio de evaluación sobre adherencia al tratamiento. Dicho reconocimiento se evidenció al hablar sobre el costo del medicamento, como lo acotó la usuaria F.4 cuando contaba sobre el apoyo financiero que su hermano le brinda para la compra de medicina:

“Yo antes de la pandemia trabajaba haciendo limpieza con él. A partir de la pandemia me dice ‘sabes que, ya no vengas, yo te voy a seguir pagando’ (...) Luego le digo ‘¿ya quieres que vaya de limpieza?’, dice ‘**no hermana, componte, recupérate**, yo te voy a seguir dando tu dinero’” (énfasis propio) (Entrevista con paciente F.4).

Por ejemplo, al ser consultada si el gasto mensual de 2,500 pesos en medicina le es elevado, la paciente F.1 respondió: “No me pesa porque mi salud mental vale oro. (...) Trabajo la mayor parte del día y yo sé que tengo que guardar cierto porcentaje para mi medicación porque para mí es muy importante (...) a medida que voy avanzando voy viendo el progreso”. Lo mismo explicitó la usuaria F.6: “es una tranquilidad el saber que estoy evolucionando, que sigo evolucionando y que lo voy a seguir haciendo y que ha sido de la mano con ellas (la psicóloga y la psiquiatra que la ven en un centro de salud de Iztapalapa). Y aparte que ya estoy más tranquila, también mis hijos están más tranquilos de mi salud mental”.

Estas citas nos revelan una primera característica aunada a la opinión favorable respecto a los medicamentos: en una declaración, cuando la paciente F.6 habló de “ellas” aludió a la psiquiatra y a la psicóloga que la atienden. Igualmente, la paciente F.1 finalizó señalando su apego al tratamiento psicológico y psiquiátrico. Ello nos indica que el reconocimiento de efectos positivos por medio de la medicina psiquiátrica y su tratamiento va de la mano con el servicio psicológico, remontándonos a las declaraciones previas del personal de los centros de salud sobre las diferencias entre ambos. Los interlocutores destacaron constantemente que los servicios de atención en salud mental eran apremiantes para su bienestar emocional: “Yo estoy bien sabiendo que mi hija recibe las consultas, el medicamento lo conseguimos nosotros (lo compran), pero dentro de todo mientras tenga la atención mi hija yo estoy tranquila también” (Entrevista con mamá de paciente F.5).

Al respecto, los médicos de psiquiatría declararon que la atención psicológica es un paso significativo para que los pacientes alcancen bienestar y estabilidad en su salud mental:

“Yo estoy a favor de la terapia y (...) trato de mandar a la mayoría de los pacientes a psicología porque está demostrado que las dos cosas juntas sirven mejor. Siempre les digo que la parte médica la van a ver conmigo pero que también es importante la terapia (...), en ciertos casos tiene mayor peso la terapia y en otros el medicamento” (Entrevista con médico psiquiatra F.2).

De forma complementaria, los psicólogos manifestaron que hay casos donde sus servicios no consiguen cubrir todas las necesidades de atención de los pacientes, por lo que precisan la referencia a psiquiatría:

“Tengo casos específicos de chicos que no fueron diagnosticados con TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) en la niñez, o si lo fueron, pero en la adolescencia, ‘yo no necesito el medicamento’ y lo suspenden, y llegan conmigo a los veintitantos diciéndome que no han podido hacer nada, que su promedio en la preparatoria fue tan bajo que es prácticamente imposible que en una universidad sean

aceptados y que no se pueden mantener en un empleo porque se les dificulta mucho la concentración (...), a largo plazo este trastorno les ha impedido ser funcionales a lo largo de su vida” (énfasis propio) (Entrevista con psicóloga D.4).

Por lo tanto, el personal entrevistado aceptó en general que la medicina psiquiátrica es un factor relevante para la salud de sus pacientes, y para el desarrollo de vidas funcionales y autónomas, en un entorno multidisciplinario de atención. Es más, que sus facultades ejecutivas vuelvan a desempeñarse como fruto de la atención ofrecida fue un punto que resaltaron como gratificante: “Lo más bonito es ver que recuperan su funcionalidad, ‘ya salgo’, ‘ya empecé a trabajar otra vez’, ‘ya empecé mi vida social, estar con mi familia” (Entrevista con psiquiatra E.1).

Sobre cómo llegaron a identificar dichos cambios positivos, tenemos testimonios con recorridos de salud diferentes. La paciente F.1 argumentó que, para ella, la indicación de tomar medicamento fue acertada y aceptó que éste es útil para su mejoría: “Mi cerebro está completamente adaptado a la medicación, que me están haciendo el efecto esperado, y que, según la evaluación del psiquiatra, comenta que va a empezar a aminorar dosis en una cita posterior, es decir, **ya hay avances, ya hay regeneración cerebral**” (énfasis propio). Sus declaraciones también revelan que está consciente que una menor necesidad de medicamento es reflejo de una salud mental en mejor estado. Para alcanzar dicho estado de mejora, ella afirmó que la experiencia, a través del servicio público psiquiátrico en un Cecosam, fue clave, refiriendo que encontró un sustento ético en dicho establecimiento.

Por consecuencia, la usuaria posee un reconocimiento de la ética médica y de la contribución de la atención de ambas especialidades (psicológico y psiquiátrico, el primero a través de una clínica de especialidades de Sedesa). Luego, continuó relatando que carga con un trauma que la hace valorar todavía más el trato humano de los profesionales de salud mental con quienes ha interactuado (en la unidad de Sedesa y en el Cecosam).

La paciente F.5 empezó por relatar cómo llegó al servicio evaluado, en cuanto “venía muy alterada, ya traía muchísimos problemas”. La usuaria manifestó satisfacción por el servicio recibido (en un centro de salud del norte de la ciudad), en cuanto el médico psiquiatra a cargo de su caso fue eficaz al atender a ella y a su madre, supervisando y modulando la dosis médica. En ese sentido, la paciente reconoció la eficacia del medicamento en sí, afirmando que “yo para estar bien pues sí ya necesito mi medicamento adecuado”.

La usuaria F.6 comentó que fue derivada por la psicóloga al psiquiatra (dentro del mismo centro de salud en Iztapalapa), con quien progresivamente trabajó para llegar al tratamiento que sigue en la actualidad. De tal suerte, ella encontró eficiencia en el servicio psiquiátrico

puesto que no solamente involucró un protocolo escalonado para obtener una dosis y receta adecuada, sino que éstas se regularon de acuerdo con el diagnóstico de salud mental y a las necesidades reales de la cotidianidad de la paciente (trabajo de cuidados para su mamá), con lo que hubo congruencia entre su medicación y las facultades ejecutivas que debe ejecutar en su vida familiar.

Entre los datos recopilados, encontramos un contraejemplo a las opiniones positivas de las pacientes anteriores, aunque refiere a un trato recibido en el Cecosam Cuauhtémoc. La usuaria F.4 acudía en su momento al MSM cercano a su domicilio (en la alcaldía Miguel Hidalgo), pero para el tratamiento psiquiátrico iba al Cecosam en cuestión. Sobre uno de los psiquiatras que la atendió, declaró lo siguiente:

“(Tuve) un conflicto con el psiquiatra y dejé de ir (...) desde hace como 2 o 3 meses. (...) Me llegó el momento así como que dije **‘bueno no estoy avanzando’**, yo iba con el psiquiatra y nada más iba y me decía ‘¿cómo estás?’ y le decía yo cómo estaba cómo me sentía y **nada más escribía en su libro, ‘¡ah! no entonces nada más te voy a cambiar de medicamento’ o ‘te lo voy a aumentar’ o ‘te lo voy a quitar’, pero no me decía ‘vamos bien o vamos mal’**, hasta que un día le pregunté y me dijo ‘pues es que es una enfermedad que nunca se te va a quitar, **toda la vida va a ser con ansiedad**, yo te puedo seguir dando medicamento toda la vida, pero ya depende de ti’. Entonces, me enojé mucho ese día, dije **‘bueno si depende de mí entonces ¿a qué vengo?’**, (...) me dio receta para tres meses y ahorita no he ido, ya me toca ir este mes, pero no me siento con la convicción de ir (...) Sentí que **el psiquiatra no le estaba dando la importancia que al inicio le daba a la situación**” (énfasis propio) (Entrevista con paciente F.4).

Más allá de que la cita refiere a una situación ocurrida por fuera de la red primaria de la Secretaría, colocamos esta porción de la entrevista para resaltar lo que necesita una persona usuaria en un servicio de salud mental. En la cita, el médico psiquiatra no logró que hubiera adherencia al tratamiento, ni que la usuaria se identifique con la utilidad del servicio: al no contarle a la paciente de forma más directa cuál era el estatus de su diagnóstico en salud mental (“vamos bien o vamos mal”), al demostrar menor interés (intencionado o no) en la atención a la paciente, al transmitir que la dosis de medicamentos era lo central de su atención, y finalmente al no conseguir esclarecerle que la ansiedad es una condición crónica y por qué ella requiere atención psiquiátrica sostenida.

La entrevistada añadió que la psicóloga (del centro de salud) le había comentado: “este psiquiatra no me gusta, vamos a ver si te podemos mandar a otro psiquiátrico”, como parte de este ejercicio de ir buscando y probando servicios de psiquiatra para los pacientes, cuando dicha atención no está incluida dentro del mismo centro de salud o dentro de la jurisdicción sanitaria de la Sedesa, más aún en el norte de la ciudad, alejado de la oferta pública relacionada en los HP y el Cisame del sur.

Adicionalmente, la paciente F.4 comentó que “anoche no tomé para poder estar bien ahorita, si yo me hubiera tomado la Risperidona, que es el antipsicótico, ahorita andaría como zombi, toda adormilada porque me duerme, me pone mal”. De acuerdo con su punto de vista, el medicamento le impide facultades ejecutivas como expresarse y dar la entrevista con la concentración que requiere; si se le agrega que según ella “nunca había medicamentos, o si no estaban súper caros”, sus motivaciones para continuar el tratamiento son bajas y está en peligro de interrumpirlo.

Aun así, ella indicó que desearía la provisión gratuita de medicina, si bien pareciera sugerir que está menos interesada en la retroalimentación de los profesionales: cuando se le preguntó si hay algo adicional que precise para sentirse bien respondió “el hecho de los medicamentos, y poder ir a un lugar de psiquiatría que le dé importancia a lo que me está pasando, que me dé sólo el medicamento y ya”. A esta postura se opone lo declarado por la psiquiatra E.1, quien mantuvo la exigencia de ir más allá de recetar medicamento, pues puede implicar tolerancia al mismo y la reducción de los efectos que procuran obtener con ellos:

“Nos ha tocado recibir pacientes de otras instituciones que antes ese medicamento llegaba a recetarse así. Cada mes que iban a su consulta, les extendían la receta sin indagar si lo sigue necesitando o no. Ese medicamento (benzodiazepinas, recetados para trastornos de ansiedad) no sirve a largo plazo, puede generar tolerancia y abstinencia. Muchos de los pacientes que he visto con ese consumo crónico de benzodiazepina, son pacientes de 20 años de estar usando Clonazepam, van a tener mucha resistencia porque piensan que es lo único que les hizo bien. Hay que estar muy lentamente tratarles de quitarles el consumo” (Entrevista con médica psiquiatra E.1).

Aquí, hallamos que la atención psiquiátrica en las historias clínicas de los pacientes, procedentes de otras instituciones con atención médica psiquiátrica, que observó la especialista, falló por remitirse a recetar medicina, como lo denunciaba la usuaria F.4; pero que la solución no es omitir la atención psiquiátrica en sí, sino incidir en el seguimiento de la administración de la medicina e ir disminuyendo su dosis. Vale acotar que la psiquiatra E.1 incluyó entre los medicamentos que generan tolerancia y abstinencia al Clonazepam, uno de

los que era recetada la paciente F.4, según ella sin mucha atención a su estado particular de salud.

Así, el personal especializado en el área de psicología y psiquiatría, y personas usuarias entrevistadas resaltaron la eficacia del servicio y la adherencia al tratamiento cuando se requiere la ingesta de productos farmacéuticos. Siempre y cuando el servicio ofrezca un abordaje multidisciplinario y exista un intercambio horizontal y consentido de ideas e información sobre los problemas de SM, incluyendo los riesgos de la propia medicación a un largo plazo.

8.2.4. Combate de resistencias y estigmatización

El último punto por desarrollar está relacionado con los motivos por los que los usuarios de los servicios de salud mental resisten aceptar la medicación psiquiátrica. Algunas de las pacientes que antes declararon haber tenido buenas experiencias con ésta y que admitían los beneficios en su calidad de vida, también aceptaron que no tenían la mejor opinión sobre los mismos; por ejemplo, la paciente F.1 mencionó que ella se atendió “pese a mi resistencia de mala praxis, porque se dice que los medicamentos psiquiátricos son drogas y todo este tabú que se le tiene a toda esta parte de la salud mental”. Para la paciente F.6, su admisión del beneficio de la atención psiquiátrica y del medicamento correspondiente no fue fácil, pues ella admitió que tenía una perspectiva negativa sobre este campo científico.

De este modo, hallamos el criterio de evaluación sobre el reconocimiento de la utilidad, superando la estigmatización que traía cuando inició su atención en los servicios psiquiátricos. En el caso de esta paciente, también se añadió que su hermana perpetuaba la imagen nociva respecto a la medicina: “me dijo ‘no te tomes eso, te quiere drogar, te quiere tener drogada’, ‘tú has cambiado mucho desde que tú vas con esas doctoras’”. Su testimonio coincide con lo declarado por el personal especializado en el área de psicología y psiquiatría respecto a los temores que poseen los usuarios: “Algo que sucede muy frecuente cuando le decimos te voy a referir a psiquiatría, generalmente se niegan por el temor a crear dependencia al fármaco” (Entrevista con psicólogo D.1).

El miedo a generar dependencia a la medicina psiquiátrica es prevalente como lo explica la psiquiatra E.1, sin que representen a la mayoría de usuarios que más bien aceptan la administración de medicamento e identifican las mejorías que éste produce:

“Una parte que no es la mayoría, tampoco es tan poquita, que está constantemente con este pensamiento de que me voy a volver adicto o no quiero depender del medicamento. Estas dos razones son los que hacen que abandonen, o suspendan porque dicen que les hace daño, o porque ya me sentía bien, entonces el daño son efectos secundarios, o efectos que son mínimos” (Entrevista con médica psiquiatra E.1)

Justamente, la aceptación de las indicaciones de uso de medicamentos psiquiátricos proviene de la reticencia que los usuarios traen de creencias anteriores, y que les hacen dejar el tratamiento y los servicios de salud mental porque no consiguen reconocer el provecho que ambos les traen. A su vez, el psiquiatra E.2 aceptó que hay pacientes que no llevan un proceso de acuerdo con las indicaciones que les provee, y que ello está ligado a equiparar este tipo de medicina con drogas y adicción. Ambos psiquiatras concordaron en que siempre hay riesgos de dependencia, en particular con personas que ya consumen o en su momento consumieron alguna droga, o con quienes ya traen tolerancia a productos como las benzodiazepinas antes comentadas.

Aquí, la psiquiatra E.1 añadió que es importante que los usuarios sepan que requieren adherencia al tratamiento para observar resultados y que tienen que estar informados sobre los riesgos y efectos secundarios. Para ella, éstos a veces no se pueden evitar del todo: “como médicos hacemos este balance, riesgo/beneficio, tiene que predominar el efecto terapéutico que el secundario”, pero que en ocasiones los pacientes no prestan atención a las indicaciones o no se mantienen constantes en la medicación: “Necesitan tiempo para comenzar hacer efecto, antidepresivos y antipsicóticos dos a cuatro semanas (...). Si lo tomo tres días y lo dejo de tomar por un dolor de cabeza leve entonces ya no le di tiempo para saber si el medicamento funciona”.

Por consecuencia, ella consideró que la admisión de tener una salud mental que precisa tratarse es un paso indispensable para la identificación y la apropiación de los servicios en cuestión:

“Trabajar mucho en la conciencia cognitiva de lo que pasa a nivel cerebral, todo lo que influye para que les pase eso, es parte de la aceptación (...). **La psiquiatría es mucho la conciencia de la enfermedad**, si yo como paciente no tengo esta comprensión que tengo un trastorno y que necesito tomar medicamento pues no voy a apegarme al tratamiento” (énfasis propio) (Entrevista con médica psiquiatra E.1).

En dicha afirmación la secundan sus colegas psicólogos, quienes comentaron que desean mayor apoyo del área de psiquiatría sobre cómo lidiar con dichas reticencias: “Alentar el trabajo interdisciplinario, por ejemplo, los psiquiatras cómo nos pueden apoyar con los pacientes. (...) Es una parte que tenemos que manejar para sensibilizar tanto a los padres como a los propios pacientes” (Entrevista con psicólogo D.1). De acuerdo con la psicóloga D.4:

“Hay pacientes que les doy la referencia a psiquiatría, **les doy la psicoeducación**, tenemos esto con el medicamento, **es un conjunto, tratamiento farmacológico con la psicoterapia**, pero **todavía tengo pacientes que se resisten al medicamento**, no lo toman adecuadamente, lo suspende, entonces retroceden o ‘no fui a mi referencia’” (énfasis propio) (Entrevista con psicóloga D.4).

La psicóloga pidió apoyo en “la tolerancia a la frustración, porque puede llegar a yo tener unos objetivos con el paciente y no avanzar como yo lo tenía planeado”, mientras que afirmaba como la psiquiatra E.1 que concientizar sobre el impacto favorable de la medicina psiquiátrica “es importante para darle la atención integral y entonces es estarlos otra vez psicoeducando”.

De tal manera, la adherencia al tratamiento es compleja y retadora. Esto implica en que sea el compromiso y la estimación de los servicios de atención de parte de las personas usuarias, en conjunto con un abordaje multidisciplinario y relación médica horizontal y comunicativa, los que finalmente derroten estigmas y celos, terminando en el reconocimiento de la utilidad y apropiación del tratamiento recibido.

Aun así, es clave destacar que esta observación proviene de una mayoría de pacientes entrevistados que han aceptado a través del servicio público evaluado que la medicina es positiva para su salud mental, posición que el personal especializado en el área de psicología y psiquiatría comparte, y que es una premisa constante en todos los centros de salud cubiertos, es decir como parte de la dotación indispensable gestionada por el PSM.

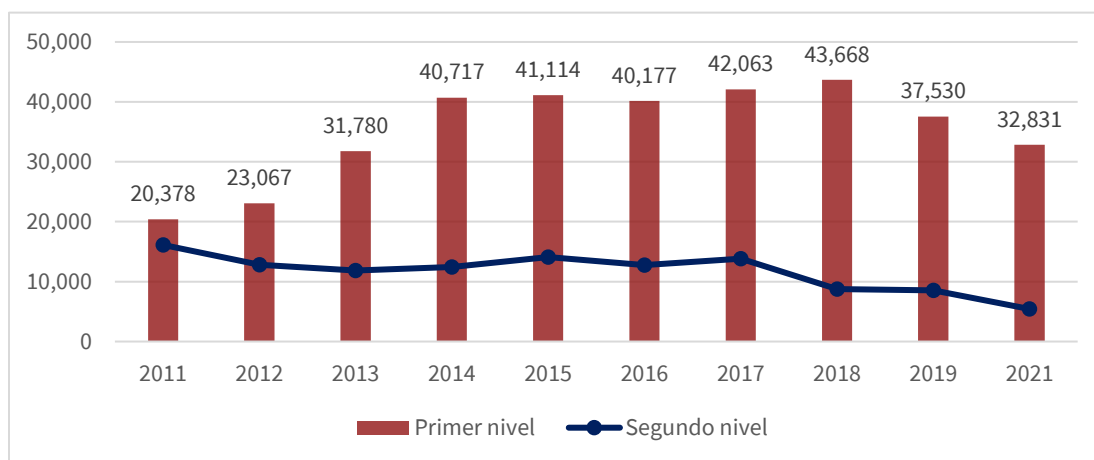
9. Resultados de la atención

Detallamos los resultados del servicio de SM para no derechohabientes, donde los usuarios exponen sobre efectos directos. Informamos sobre cobertura y tendencia en indicadores subjetivos de bienestar.

9.1. Cobertura en salud mental

El servicio de salud mental forma parte del conglomerado de consultas especializadas, en los establecimientos de la Sedesa, aunque se suele reportar de forma separada en sus Agendas Estadísticas. Entre los años 2011 y 2019, y 2021, la asistencia de pacientes atendidos por primera vez en el año, en servicios de SM de primer nivel, fluctuó entre los 20,000 y más de 43,000, mientras que la mediana se situó en los 38,854. En ese sentido, el aumento de pacientes entre 2011 y 2014 fue progresivo (de 20,378 a 40,717) y notable, pues creció más del doble. Entre el 2015 y 2018 hubo una meseta por arriba de los 40,000, llegando a un punto culminante en el mismo 2018, con 43,668 pacientes. Hubo un alcance menor en 2019 y 2021, aunque siempre por arriba de los 30,000. Destacamos que, en comparación con el año 2019 y pese a los cierres del 2020, en el 2021 se retornó a una asistencia de primera vez de casi 75 puntos porcentuales respecto al valor obtenido en 2019 (32,831), aunque menor a las cifras logradas desde 2014 (sin contar 2020). Esto habla de una persistencia moderada en la demanda, pero también de un retorno pronto de la oferta, a pesar de la contingencia crítica del año 2020.

Figura 46. Consultas en salud mental por primera vez en el año, primer y segundo nivel de Sedesa, años 2011-2019 y 2021



Fuente: elaboración propia con datos de cuadro 5.4 de la Agenda Estadística de Sedesa, años 2011-2021.

En segundo nivel, el número de pacientes atendidos por primera vez ha decrecido progresivamente. El pico se alcanzó en 2011 (16,124), para luego moverse entre los 12,000 y 14,000 hasta el 2017. Tanto en el 2018 como en el 2019 llegó al menos a 8,500 usuarios, y en el 2021 la asistencia obtuvo el valor más bajo: 5,427, solo 33 puntos porcentuales respecto del valor indicado en 2011.

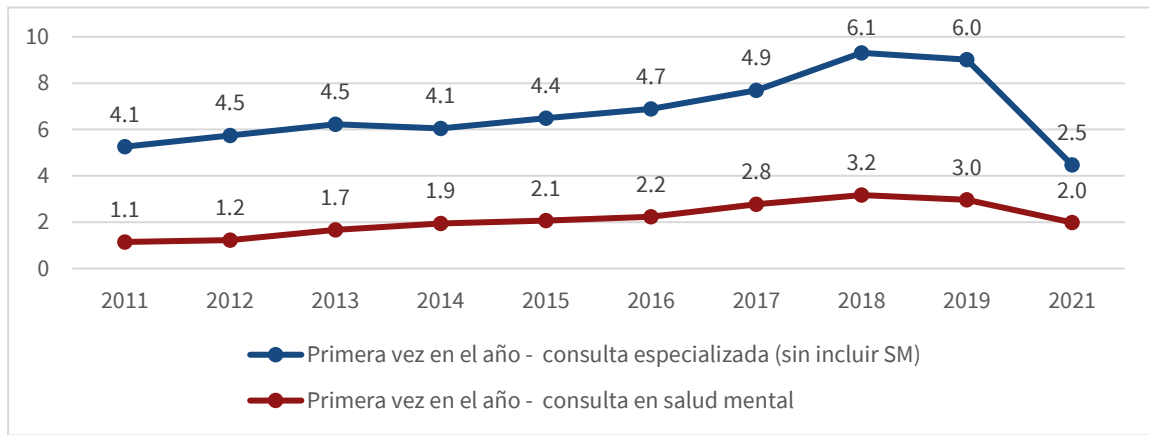
Así, las consultas de primer nivel han adquirido relevancia en la estrategia que implementa la Sedesa para tratar temas de salud mental; lo cual es congruente con lo que señalan, en materia de salud pública, los ordenamientos normativos vigentes: hacer de la atención primaria el eje central de la atención a la salud. El crecimiento de primer nivel frente al segundo mejora la pertinencia y eficacia de los servicios, ya que, como expusimos en el primer capítulo, se requiere ampliar la capacidad de respuesta en el campo preventivo, para así evitar y contener el aumento de prevalencias y aparición de TSM en la población.

En comparación con la frecuencia de pacientes de primera vez por consulta general, la proporción de usuarios en salud mental creció de manera sostenida en primer nivel, obteniendo hasta tres veces la proporción del 2011 en el año 2018 (ver figura siguiente). Aquí hay que tomar en cuenta el descenso en los números de consulta general en el nivel descrito: luego de un pico de dos millones en 2014, la caída ha sido paulatina, hasta alcanzar su valor más bajo en 2019 (en los últimos años y sin contar el periodo 2020): casi 1.3 millones.

En ese contexto, la proporción de consultas de primera vez en SM, respecto de la consulta general, mostró un retroceso en 2021 (2.0%), tanto porque aún no se recuperó la asistencia relativa de 2018 o 2019, como por el incremento llamativo de los usuarios de consulta general en primer nivel: más de 1.6 millones, cifra que superó los valores obtenidos entre 2017 y 2019.

La figura siguiente añade la proporción anual de consulta especializada (sin incluir SM) en relación con consulta general en primer nivel, que siguió un patrón similar a salud mental, en cuanto la inclinación fue ascendente. La caída de asistencia para 2021 fue más marcada, con la peor proporción en 10 años (sin considerar el periodo 2020).

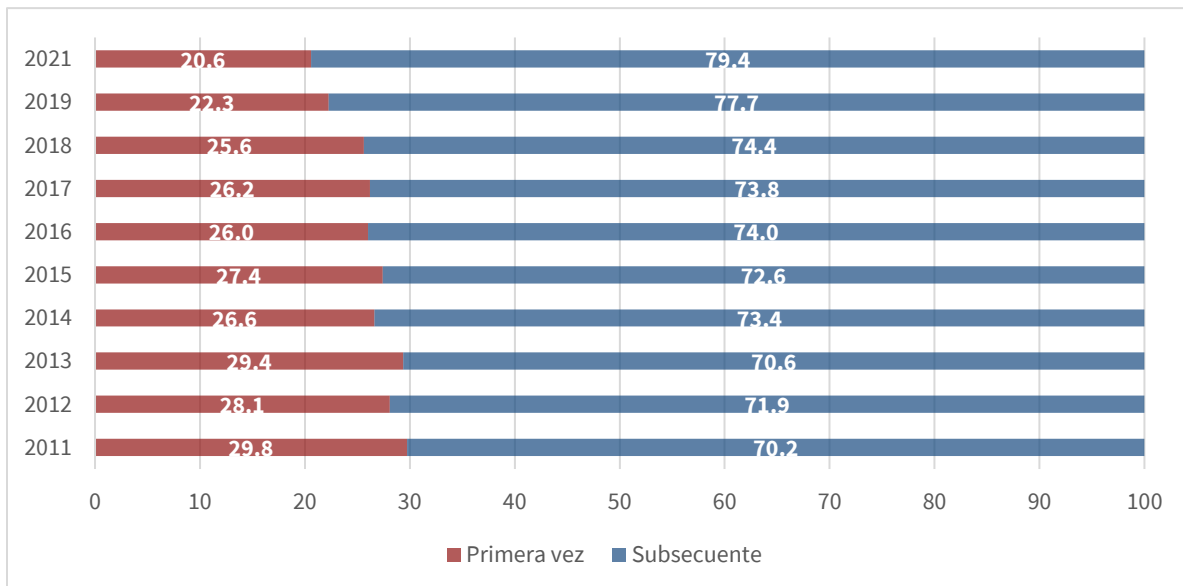
Figura 47. Porcentaje de consultas externas en salud mental y especializada, por primera vez en el año, respecto a consulta general, primer nivel de Sedesa, años 2011-2019 y 2021



Fuente: elaboración propia con datos de cuadro 5.4 de la Agenda Estadística de Sedesa, años 2011-2021.

Observando en detalle las consultas por año, tres de cada 10 consultas de salud mental en 2011 eran de primera vez. Con el transcurrir del tiempo, dicha frecuencia fue cediendo hasta llegar a dos consultas por cada 10. Esto podría relacionarse con la dificultad de contar con pacientes nuevos en los centros de salud para SM, pero también con la necesidad de dar continuidad a la consejería o asistencia psicosocial para los ya ingresados, que, a su vez, requieren un sentido de adherencia al tratamiento y constancia para culminar ciertos procesos personales.

Figura 48. Consulta externa en salud mental, primer nivel de Sedesa, primera vez y subsiguiente, años 2011-2019 y 2021, porcentajes



Fuente: elaboración propia con base en cuadros 5.4 y 5.6 de la Agenda Estadística de Sedesa, años 2011-2021. Nota: Cifra anual subsecuente se obtuvo de restar consulta externa total de primer nivel menos el número de pacientes de primera vez.

Una manera de mostrar el alcance de la cobertura de estos servicios es con el contraste del total de población no derechohabiente en la ciudad. Al 2019, la Secretaría de Salud local reportó que más del 40% de la población capitalina no contaba con seguridad social (de acuerdo con Sedesa, 2019). Al 2021, esto se traducía en más de 3.8 millones de habitantes (Sedesa, 2022). En contraste, las personas aseguradas en el IMSS, ISSSTE e instituciones privadas llegaban al 42.4% (3.9 millones), 12.4% (1.1 millones) y 4.8% (440,160) respectivamente (Inegi, 2020).

Otra manera es retomar el universo de población no derechohabiente con prevalencia de trastornos mentales, usando el criterio de 19.9% de población, y conforme es aplicado por la SSA. No obstante, proponemos un indicador alternativo para el estudio de la cobertura. Al inicio del capítulo 4 habíamos señalado el reparo de cuantificar la población objetivo de los servicios de salud mental solo estimando a la población que tiene un TSM leve, moderado o grave: 1.7 millones en total en la capital, de los cuales más de 760,000 no disponen de algún seguro de salud, siguiendo el método planteado por SSA (2020b). Esto, en un contexto nacional donde no se ha realizado de forma reciente una encuesta de epidemiología psiquiátrica y en donde la planeación de los servicios de salud no siempre cuenta con indicadores de resultados (para un seguimiento de cómo se incide en magnitudes de problemas de salud pública).

Presentamos una mirada alternativa de observar poblaciones con problemas emocionales. Utilizando datos de la Encubos 2019, realizamos aproximaciones para conocer el número de personas que podrían presentar problemas de salud mental, a partir de las preguntas del balance anímico incluido en la Encubos, el cual tiene una batería de consultas similares a las que incorpora Inegi en la Enbiare. El balance anímico está conformado por 10 preguntas: cinco de carácter positivo y las demás de carácter negativo, y abordan temáticas sobre la autopercepción emocional y el estado de ánimo. Las opciones para responder van del 1 al 10, siendo 1 la mínima identificación con el aspecto abordado y 10 la máxima identificación. Para el cálculo de la población objetivo se consideraron a aquellas personas que respondieron 5 o más en al menos tres de las preguntas de connotación negativa. Luego, hicimos una distinción entre población con acceso a algún tipo de seguro de salud y aquella sin acceso.

Cuadro 35. Población con problemas de salud mental por condición de seguro de salud, Ciudad de México, 2019

Alcaldía	Población sin seguro de salud	Población con seguro de salud	Población total
Álvaro Obregón	73,972	94,745	168,717
Azcapotzalco	25,919	109,791	135,710
Benito Juárez	45,102	109,860	154,963
Coyoacán	70,248	152,601	222,849
Cuajimalpa De Morelos	6,521	6,577	13,098
Cuauhtémoc	14,176	36,857	51,034
Gustavo A. Madero	90,139	178,128	268,267
Iztacalco	32,671	42,929	75,600
Iztapalapa	167,792	263,492	431,284
La Magdalena Contreras	23,951	28,233	52,185
Miguel Hidalgo	21,662	63,087	84,749
Milpa Alta	30,042	12,455	42,498
Tláhuac	82,854	23,199	106,053
Tlalpan	52,310	78,852	131,162
Venustiano Carranza	20,304	36,273	56,577
Xochimilco	42,527	60,752	103,278
Total	800,190	1,297,831	2,098,024

Fuente: elaboración propia con datos de Encubos, 2019

De este ejercicio resulta que, en 2019, en Ciudad de México había aproximadamente 800,191 personas con algún problema de salud mental y que no eran derechohabientes de alguna institución que ofrezca servicios de salud. En ese sentido, hay una cierta congruencia con el método propuesto de SSA (2020b): la magnitud solo aumenta 38,569.

Lo que nos lleva a la presentación del cuadro N°36, en una vista por alcaldías. Lo ideal es medir la cobertura considerando el total de la población atendida en los servicios de SM (numerador) frente al total de la población con una necesidad de atención en salud mental (denominador). Sin embargo, la información disponible de Sedesa refiere a la población usuaria atendida por primera vez y el número total de consultas, no a la población total atendida por año. En ese orden, se compara a la población que asiste a cualquier servicio de SM de la Sedesa por primera vez en el año, en cualquier nivel de atención, y a los que específicamente van a los centros de salud, también por primera vez, respecto al total de las personas habitantes con un balance anímico negativo y sin derechohabiencia.

Cuadro 36. Cobertura de servicios de salud mental para no derechohabientes, Ciudad de México, 2021, porcentajes

Alcaldía	Población atendida por primera vez en el año (porcentajes)	
	Todo servicio de SM de Sedesa	En MSM
Zona central y norponiente		
Azcapotzalco	7.2	5.0
Benito Juárez	5.2	3.2
Coyoacán	3.5	3.9
Cuauhtémoc	30.2	30.0
Miguel Hidalgo	9.4	7.8
Zona nororiente		
Gustavo A. Madero	5.0	2.5
Iztacalco	9.2	9.3
Venustiano Carranza	16.3	14.8
Zona poniente		
Álvaro Obregón	2.9	2.9
Cuajimalpa de Morelos	15.5	18.3
La Magdalena Contreras	3.7	3.3
Zona sur y suroriente		
Iztapalapa	2.0	1.2
Milpa Alta	5.5	6.0
Tláhuac	2.4	2.0
Tlalpan	4.0	3.5
Xochimilco	3.1	2.4
Total	4.8	4.0

Fuente: elaboración propia con datos de Sedesa (2022) y registros administrativos de SSPCDMX. Notas: ^{/1} Para el numerador se usaron las cifras disponibles de la Agenda Estadística 2021 y un reporte de SSPCDMX sobre asistencia a los MSM en el 2021. Para el denominador se emplearon los totales por alcaldía de balance anímico negativo y sin derechohabencia, estimaciones realizadas con datos de Encubos 2019; ^{/2} Los porcentajes de la tercera columna deben ser menores a la segunda columna. Ocurren excepciones en Cuajimalpa y Milpa Alta, más relacionado con la consistencia de los datos publicados por Sedesa y SSPCDMX

De este modo, la cobertura de los servicios de SM de la Sedesa es de 4.8% y de los MSM es de 4.0%. Se encuentra pertinencia en el hecho de que haya una priorización de la atención primaria, no obstante, hay una brecha de tratamiento, en cuanto no se logra que al menos uno de cada 10 no derechohabientes emplee los servicios preventivos de la Secretaría.

En la zona central y norponiente hay un protagonismo marcado de los servicios en Cuauhtémoc, en línea con la información presentada de recursos en el capítulo 6. La apuesta de SSPCDMX, y por extensión del PSM, de priorizar esta demarcación en la instalación de centros de salud, clínicas de especialidad y servicios de salud mental de primer nivel, permite que tres de cada 10 habitantes, que viven, trabajan o circulan por la alcaldía, con un balance anímico negativo, asistan a una atención preventiva.

Las demás alcaldías en dicha zona se posicionan de forma rezagada. De este grupo, la mejor colocación para atender balance anímico negativo es la Miguel Hidalgo, dada su disponibilidad de servicios: la única del área donde todos sus centros de salud disponen de un MSM (5), unidades que albergan a su vez a la mayor cantidad de psiquiatras de cualquier alcaldía de la ciudad (6). Cabe añadir que la mediana en la cobertura por cualquier alcaldía se queda en Coyoacán (3.9%), y la única demarcación de la zona por debajo de dicha línea es Benito Juárez (3.2%).

De forma agregada, el bloque norte y central suele contar con las mejores coberturas (salvo lo que veremos de Cuajimalpa y Milpa Alta), que está relacionado con la mayor disposición de recursos. En contraste, estas demarcaciones suelen tener la menor densidad poblacional de personas con balance anímico negativo (por debajo de la mediana de 42,527 habitantes), con excepción de Gustavo A. Madero, Coyoacán y Benito Juárez. En otras palabras, los mayores recursos para salud mental en primer nivel se están destinando a los territorios donde hay una menor magnitud del problema.

Comparado con el total de población sin derechohabiencia, la cobertura en Venustiano Carranza e Iztacalco es relativamente similar en la zona nororiente, con valores alrededor del 2%, similares a Cuauhtémoc. La situación cambia para el grupo con balance anímico bajo.

En la zona nororiente, la cobertura de los MSM llega a 14.8% en Venustiano Carranza, mientras que Iztacalco se queda en 9.3%. Esta mejor cobertura en la primera posiblemente se da porque tiene la mayor cantidad de MSM (9) y la segunda mejor oferta de psicólogos en los mismos (17) de toda la urbe. Con todo, la cobertura de Iztacalco es positiva, pese a estar por debajo del 10%, si se considera que posee la tercera mejor posición en alcaldías (y junto a Miguel Hidalgo, son las únicas demarcaciones con módulos en todos sus centros de salud). Gustavo A. Madero queda muy rezagada, en cuanto es la segunda alcaldía con la mayor densidad de población con balance anímico negativo.

En el área poniente, y por lejos, los módulos de Cuajimalpa tienen la mejor cobertura no solo en esta zona, es también la tercera mejor de la capital (18.3%). Esto se debe a una población objetivo bastante baja (6,521), según las estimaciones que hicimos con datos de Encubos 2019,

y pese a contar con la menor disposición de psicólogos en cualquier alcaldía de la ciudad. En contraste, las coberturas en La Magdalena Contreras y Álvaro Obregón están por debajo de la mediana.

Las tres peores coberturas de los MSM figuran en el eje sur – suroriente: Xochimilco, Tláhuac e Iztapalapa, mientras que la única demarcación por encima de la mediana es Milpa Alta (6%), siendo a su vez la sexta mejor en el orden por alcaldías. De por sí, hay que considerar que la mayor proporción de no derechohabientes en Ciudad está en Milpa Alta: 60.3% del total de la población, según cifras del censo 2020 (en las demás alcaldías las proporciones están entre 41% y 43%), lo que conlleva a una mayor fidelidad en el uso de la infraestructura de Sedesa (cada siete no derechohabientes acude por consulta general de primera vez). La tendencia se replica en una menor escala respecto al uso de los MSM, pese a que no es la alcaldía sureña con más psicólogos y psiquiatras en estos módulos (repartidos mayormente entre Iztapalapa y Tlalpan).

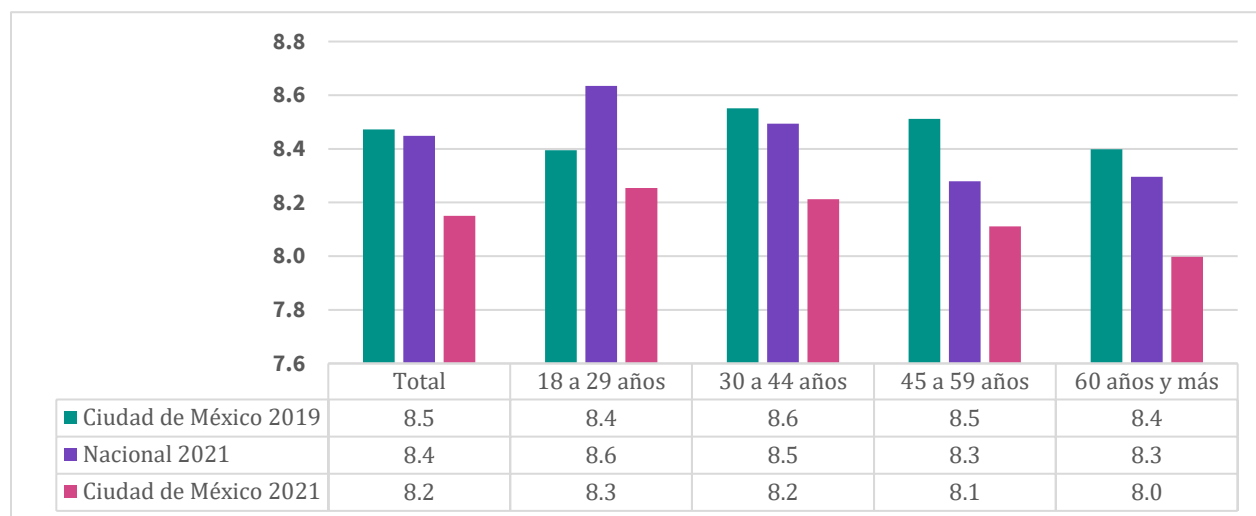
Iztapalapa tiene una cobertura pequeña de uno por ciento. Pese a la mayor contratación de profesionales psicólogos en los últimos 10 años, comentado en el capítulo 6 sobre recursos, los módulos solo disponen de nueve psicólogos, estando por debajo de la mediana por alcaldía, que es 10. Si se incluyera el número de estos profesionales en CAPA, la suma llegaría a 31 (Iztapalapa tiene el mayor número de psicólogos en dichas unidades considerando cualquier alcaldía).

9.2. Indicadores de bienestar subjetivo

Los siguientes indicadores se obtienen de valoraciones que hacen las personas encuestadas sobre su propia vida y sobre diversos aspectos del bienestar, y los presentamos como una forma de estimar cómo los capitalinos han procesado emocionalmente el periodo de contingencia sanitaria, bajo la asistencia o no a servicios de salud mental. El promedio de satisfacción se basa en un juicio personal sobre la vida actual. A su vez, las dimensiones de análisis incluyen la satisfacción en torno a aspectos específicos, como salud, logros en la vida, relaciones personales y sociales. Las mediciones utilizan una escala igual de 0 a 10, donde 0 significa “totalmente insatisfecho” y 10 “totalmente satisfecho. Para este apartado recurrimos a fuentes estadísticas que incluyeron instrumentos con el mismo tipo de reactivos en los últimos años, y que nos permitió hacer comparaciones antes y luego de iniciada la pandemia por Covid-19: la Encubos 2019 y Enbiare 2021, realizadas por Evalúa CDMX e Inegi, respectivamente.

Sobre el promedio de satisfacción con la vida actual en población de 18 años y más, el indicador se movió de forma poco pronunciada dentro del rango de menos un punto porcentual. En todo caso, podemos afirmar que la población adulta de la ciudad, no importando la edad, tiene una menor satisfacción con la vida actual³³.

Figura 49. Promedio de satisfacción con la vida actual por grupos de edad, nacional y Ciudad de México, 2019 y 2021

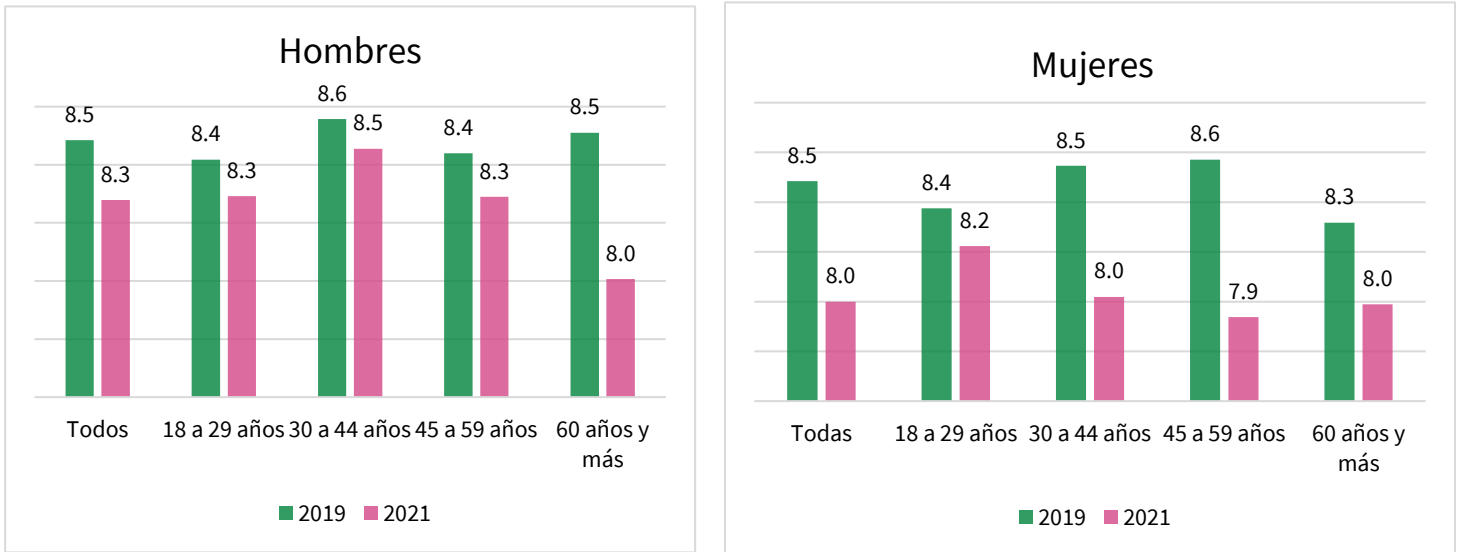


Fuente: elaboración propia con datos de Encubos 2019 y Enbiare 2021. Nota: Las mediciones utilizan una escala igual de 0 a 10, donde 0 significa “totalmente insatisfecho” y 10 “totalmente satisfecho”.

Los descensos más marcados en un alcance local fueron en el grupo de edad de 45 a 59 (de 8.5% a 8.1%) y el de 60 años y más (de 8.4% a 8.0%), en comparación con los promedios correspondientes en el 2019. En una vista adicional por género, la calificación femenina en el 2021 siempre es más baja, en particular para las mujeres entre 30 y 44 años (de 8.5% a 8.0%) y de 45 a 59 (de 8.6% a 7.9%). En el caso de los hombres, la caída más relevante fue en los adultos mayores de 60 años y más, donde los promedios bajan de 8.5% a 8.0%.

³³ El trabajo de campo de Encubos fue en octubre de 2019, y el de Enbiare en junio de 2021.

Figura 50. Promedio de satisfacción con la vida actual por género, Ciudad de México, 2019 y 2021



Fuente: elaboración propia con datos de Encubos 2019 y Enbiare 2021.

Asimismo, en 2021, considerando las 32 entidades federativas, la población adulta y la femenina con menor satisfacción se localiza justamente en Ciudad de México (Inegi, 2021).

En lo que concierne con aspectos específicos de vida, la dimensión más satisfactoria es vida familiar, con los mejores promedios en Ciudad de México para los años 2019 y 2021, y a nivel nacional en el 2021. No en vano, la familia es la institución que genera mayor confianza en la población capitalina, según datos de la Encuesta sobre el Bienestar de los Hogares (Evalúa CDMX y PUEC, 2022). Esto también implica que cuando las redes familiares están rotas hay mayor probabilidad de problemas emocionales fuertes, en un contexto en el que no hay confianza en otras instituciones sociales, económicas o políticas, conforme vemos en las líneas siguientes.

En el marco de ese ámbito íntimo, y continuando con los datos de la última encuesta citada, cuatro de las principales preocupaciones son la falta de dinero (16.8%), la inseguridad ciudadana (12.3%), la salud (11.0%) y la falta de trabajo (10.7%), es decir, primaban problemas de índole socioeconómico, más la inquietud por la ausencia de una convivencia pacífica en el entorno a través de la seguridad.

Las dimensiones peor calificadas están relacionadas con la convivencia pública: ciudad, país, servicios públicos municipales y seguridad ciudadana. Incluso con promedios más bajos en el 2021 que en el 2019.

Cuadro 37. Promedio de satisfacción por aspectos específicos en la población de 18 años y más, por grupos de edad, 2019 y 2021

Aspectos específicos	Ciudad de México	Nacional	Ciudad de México
	2019	2021	2021
Vida familiar	8.6	9.1	8.8
Libertad para tomar decisiones ^{1/2}	SD	8.8	8.8
Vivienda	8.0	8.5	8.4
Relaciones personales	SD	8.4	8.3
Actividad principal	7.8	8.5	8.2
Salud	8.0	8.3	8.2
Vida afectiva (amorosa)	8.5	8.3	8.1
Perspectivas a futuro	8.0	8.4	8.1
Logros en la vida	8.2	8.2	8.1
Vida social (amistades)	7.4	8.2	8.0
Tiempo libre	7.9	7.7	7.5
Vecindario	7.3	8.0	7.5
Nivel de vida	8.5	7.5	7.3
Ciudad	6.7	7.7	6.9
País	6.4	7.2	6.8
Servicios públicos municipales ^{1/2}	SD	6.7	6.5
Seguridad ciudadana	6.3	6.6	5.6

Fuente: elaboración propia con datos de Encubos 2019 y Enbiare 2021. Notas: SD = sin datos, en cuanto no aparecieron como reactivos en el instrumento de 2019.

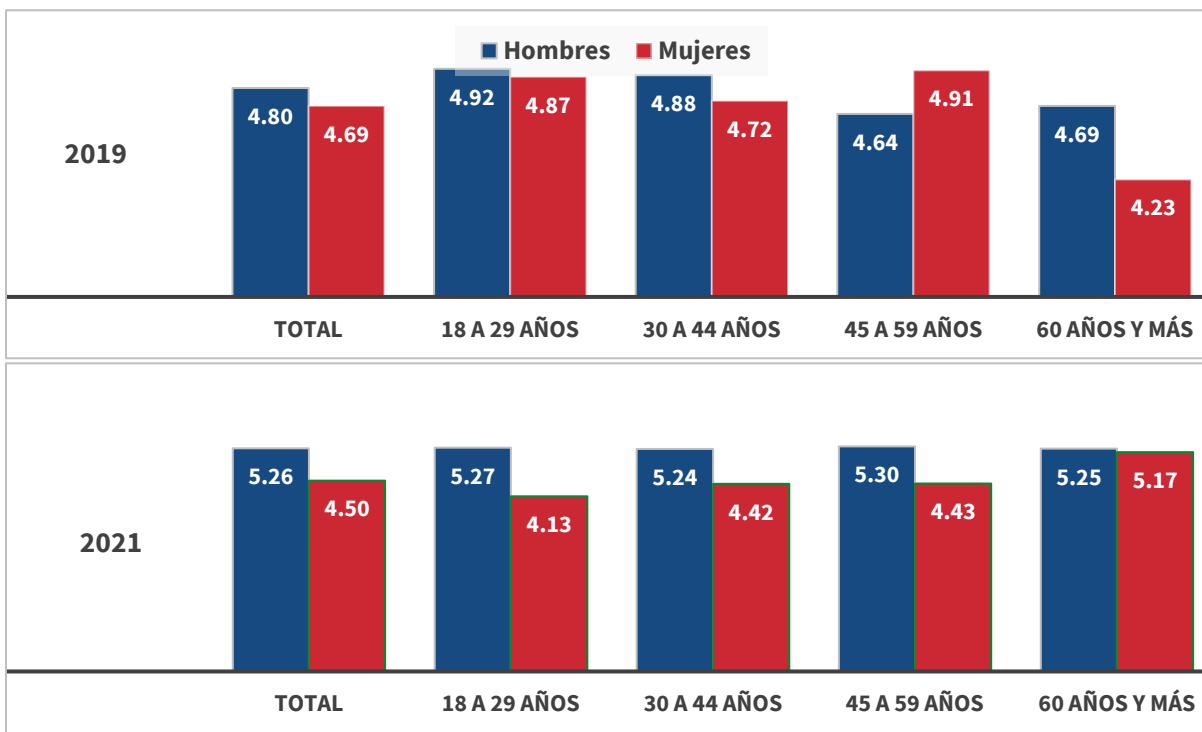
Este escaso alcance de satisfacción de la seguridad ciudadana coincide con la percepción de ser uno de los principales problemas para las familias capitalinas, referida en la Encuesta sobre el Bienestar de los Hogares ya citada. Justamente los resultados de este instrumento señalan los problemas más graves en el lugar donde vive cada persona encuestada. La inseguridad es el valor más resaltante (31.8%), con distancia respecto a la violencia (10.7%) y la falta de trabajo (8.3%). Luego, en una consulta sobre satisfacción en función de un conglomerado variado de servicios públicos (como actividades culturales o alumbrado público), los porcentajes más altos en los reactivos de poco o nada satisfecho correspondió a seguridad pública (61.3%), pavimentación de las calles (52.2%) y transporte público (48.4%) (Evalúa CDMX y PUEC, 2022).

En ese sentido, la percepción de inseguridad ciudadana se traduce en un problema que afecta la posibilidad de disfrute y aprovechamiento en el entorno comunitario. Así, por ejemplo, a la pregunta de qué tanta certeza tienen las personas encuestadas de que les van a ser

garantizados un conjunto de derechos en la ciudad, el derecho a poder recorrer las calles y los caminos de forma segura contó con el porcentaje más alto en los rangos de poca o ninguna seguridad (72%) (Evalúa CDMX y PUEC, 2022).

Volviendo a los indicadores de bienestar subjetivo, el balance anímico mide los estados emocionales (positivos o negativos) en el día anterior de la encuesta³⁴. En la ciudad, en casi cualquier grupo de edad, sea en el 2019 o en el 2021, los hombres tienen un mejor promedio. Por lo demás, en el rango de dos años aumentaron ligeramente dicho balance, en especial en el grupo de los 45 a 59 años. La tendencia no fue similar para el caso de las mujeres capitalinas, que registran más bien un descenso moderado, en especial para las de 18 a 29 años. La excepción fue el caso de las adultas mayores, cuyo estado anímico tendió a aumentar, siendo la única población etaria femenina que superó los cinco puntos porcentuales en cualquiera de los dos años analizados.

Figura 51. Promedio de balance anímico por género y grupo de edad, Ciudad de México, 2019 y 2021



Fuente: elaboración propia con datos de Encubos 2019 y Enbiare 2021.

³⁴ El promedio de balance anímico “se obtiene de restar a los estados anímicos positivos aquellos negativos, por lo tanto, el rango de esta variable toma un recorrido desde -10 a 10” (Inegi, 2021, pp. 4).

Inegi (2021) muestra posibles impulsores y detractores del bienestar, y cómo pueden guardar relación con los promedios de satisfacción con la vida y balance anímico. Así se encuentran coincidencias entre el segmento poblacional con mejor capacidad económica y con menos episodios de depresión y ansiedad, y viceversa.

Por eso, es relevante también observar indicadores económicos o laborales. En el año posterior al inicio de la pandemia por Covid-19 todavía había repercusiones concretas en un plano económico y de bienestar, con datos de Evalúa CDMX y PUEC, 2021: como consecuencia de la pandemia los ingresos habían disminuido en el 62% de la población que contaba con trabajo la semana anterior a la fecha de la encuesta (octubre de 2021). La fragilidad estructural en la calidad del empleo se mantenía de forma persistente: siete de cada 10 casos la PEA trabajaron la semana anterior sin contrato, y casi cuatro de cada diez tenía una relación contractual solo eventual. Respecto a las prestaciones laborales, la respuesta negativa estaba por arriba del 75% en rubros como seguro médico, vacaciones pagadas, reparto de utilidades y ahorro para el retiro (Evalúa CDMX y PUEC, 2021).

Adicionalmente, hay que reconocer también la desventaja económica de las personas que padecen discapacidad y además limitaciones emocionales o mentales. De por sí, ser una persona con este perfil en Ciudad de México conlleva a obtener un menor ingreso promedio: 14,155 pesos trimestrales, frente a los 21,793 pesos para el segmento sin discapacidad. En ese marco negativo, si esta limitación coincide además con problemas emocionales (que engloba a 72,725 residentes), conlleva a peores ingresos: 9,168 pesos trimestrales (INEI, 2020b). Dentro del espectro de la discapacidad, estos datos nos indican que quienes tienen menos apoyos en la sociedad son quienes portan una limitación no inmediata de distinguir, como puede suceder con las discapacidades motoras.

Inegi (2021) también encuentra segmentos con menor satisfacción con la vida y menor balance anímico, que vivieron agresión física o padecen depresión o ansiedad. En particular, más mujeres enfrentaron eventos de violencia por parte de conocidos y/o personas que cohabitan, y más hombres señalaron que estas situaciones se dieron con desconocidos. Esto nos lleva a señalar diferencias por relaciones de género³⁵. La prevalencia total de violencia contra las mujeres capitalinas de 15 años y más a lo largo de la vida fue la de mayor proporción entre entidades federativas en el 2016 (79.8%), y segundo en el 2021 (76.2%), atrás del Estado de México.

³⁵ Con datos de la presentación de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021, que incluye una comparación de cifras con la anterior edición de la encuesta en el 2016 (Inegi, 2022b).

Si bien la distribución por tipo de violencia ha disminuido, entre 2016 y 2021, los valores resultantes siguen siendo altos. Los descensos más remarcables de experiencias a lo largo de la vida son violencia física (de 44.3% a 39.0%) y patrimonial (de 32.0% a 27.4%) (Inegi, 2022b). Por el contrario, el reporte de violencia sexual a lo largo de la vida creció (de 61.5% a 64.5%), que puede ser un indicio de que las residentes tienen menos vergüenza para dar cuenta de experiencias traumáticas en episodios previos de vida. Asimismo, cuatro de cada 10 mujeres, atravesó algún tipo de violencia en la infancia (antes de cumplir los 15 años), de acuerdo con lo declarado en el 2021 (física 35.2%, psicológica 25.7%, sexual 14.5%) (Inegi, 2022b). Por tipo de violencia en la infancia, Ciudad de México tiene valores más altos que el promedio nacional³⁶.

Desde una perspectiva de ámbito de ocurrencia, las mujeres en la ciudad reportaron más eventos violentos en el espacio comunitario a lo largo de la vida en el 2021 (60.9%) que en el 2016. En menor medida, hubo incrementos en el ámbito escolar (36.0%) y laboral (34.6%). Respecto a los últimos 12 meses, son llamativos los aumentos en las declaraciones de violencia en el entorno escolar (de 19.7% a 25.4%) y familiar (de 9.7% a 15.0%) (Inegi, 2022b). Es más, junto al estado de Guerrero, la ciudad tuvo la mayor proporción de violencia familiar por estados, y el segundo lugar por violencia en el ámbito escolar.

Por último, queremos resaltar la gravedad en la yuxtaposición de vulnerabilidades, tal y como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 38. Mujeres de 15 años y más que tienen alguna discapacidad o limitación, según condición de violencia en los últimos 12 meses, Ciudad de México, porcentajes

Actividades cotidianas	Mujeres con discapacidad o limitación	Sin incidentes de violencia	Con incidentes de violencia
Realizar actividades diarias por problemas emocionales o mentales	7.5	39.4	60.4
Hablar o comunicarse	1.6	51.7	48.3
Aprender, recordar o concentrarse	15.2	51.9	48.0
Ver (aunque use lentes)	29.0	52.5	47.2
Escuchar (aunque use aparato auditivo)	8.8	56.5	43.5

³⁶ A nivel nacional por tipo de violencia hacia mujeres que fue experimentada en la infancia: física 33.9%, psicológica 21.6%, sexual 12.6%, 3.4% no recuerda (Inegi, 2022b).

Actividades cotidianas	Mujeres con discapacidad o limitación	Sin incidentes de violencia	Con incidentes de violencia
Bañar, vestirse o comer	3.9	57.4	42.2
Mover o usar brazos o manos	8.1	58.6	41.2
Caminar, subir o bajar usando sus piernas	19.0	62.4	37.4
Total	44.1	53.3	46.4

Fuente: Inegi, 2022b. Nota: los resultados agrupan las opciones de respuestas “no puede hacerlo”, “lo hace con mucha dificultad”, “lo hace con poca dificultad”.

El promedio total de mujeres capitalinas con discapacidad o limitación que pasaron por incidentes de violencia en los últimos 12 meses, es similar al promedio del segmento sin discapacidad (46.4% vs. 45.9%). No obstante, de acuerdo con los datos del Inegi aquí mostrados, las mujeres con discapacidad o limitación atraviesan violencias que están diferenciadas según las actividades que realizan para desenvolverse en sus vidas cotidianas, siendo el porcentaje mínimo de 37.4% y el máximo de 60.4%. En efecto, este perfil de mujeres atraviesa opresiones múltiples, donde su feminidad en sociedades patriarcales es motivo de marginación y la discapacidad funciona como otro eje transversal desde el cual se les niega derechos. Volviendo a lo mencionado anteriormente en el capítulo 1, la discriminación se funda en la idealización de una normalidad que, cuando ésta no es encarnada ni por el género ni por la discapacidad, hace a la persona susceptible de ser negada y violentada (Gesser, Block y Mello, 2020; Rojas Campos, 2019).

En especial, los datos del anterior cuadro indican que el porcentaje máximo de incidentes de violencia en Ciudad de México se encuentra entre quienes presentan malestares mentales o emocionales. Estas mujeres son particularmente vulnerables porque rompen con roles de género que se espera que desempeñen como la crianza y el cuidado, y con estereotipos de género vinculados a la expectativa de que demuestren afectos positivos hacia otros, fungiendo de compás moral de familias y comunidades (Fuller, 2005; Gesser, Block y Mello, 2020). Como veremos en las siguientes secciones de este capítulo, estos roles asimétricos y estereotipos hacia las mujeres repercuten perjudicialmente en sus vidas, siendo las violencias vividas una temática abordada en la atención evaluada.

9.3. Adherencia al tratamiento

La sección anterior informó de la persistencia de determinantes sociales (en aspectos económicos y sociales) que van en detrimento de la salud mental de la población capitalina, en un contexto donde tanto la fidelidad hacia los servicios públicos de salud como la cobertura misma de los servicios preventivos de salud mental son bajas. En ese sentido, es relevante explorar e identificar actuales efectos directos de la atención en los MSM de centros de salud, desde la percepción de los propios usuarios, en cuanto insumos informativos que puedan enriquecer una eventual y próxima política preventiva de SM en Ciudad de México. De eso se trata las siguientes dos secciones.

En este punto, nos interesó observar cómo los usuarios se apegaron al tratamiento ofrecido, en cuanto tuvieron regularidad en la asistencia al servicio y siguieron las recomendaciones de los profesionales de la SM. Organizamos los hallazgos con una breve mención a los precedentes en atención en salud mental con los cuales llegan los usuarios al servicio público, la identificación de cambios positivos y sus beneficios frente a adversidades y a la resiliencia.

9.3.1. Antecedentes en la experiencia con profesionales de salud mental.

Respecto a las preguntas sobre qué habían escuchado sobre los psicólogos o atenderse por salud mental. Primero, tenemos a quienes admiten no haber tenido conocimiento ni sobre atención psicológica ni psiquiátrica, como la usuaria F.6. Segundo, tenemos a quienes la asociaban con la catarsis forzada sobre vivencias personales sin llegar a mencionar fundamento científico, describiéndola casi como una tertulia, como la usuaria F.5: “Pensé que era como un asunto más personal, más privado”, el paciente F.3 y la mamá de la paciente F.11: “Yo tenía esa idea que (...) muchos van por problemas familiares, cosas que les pasaron de niños, se desahogan, platican”. Tercero, tenemos aproximaciones más próximas a lo que es en sí la atención psicológica y psiquiátrica:

“Ayudar a sanar casi casi la mente (...), venía muy acompañado con los tintes de psiquiatría de ‘ah bueno, te doy una pastilla y ya con eso te puedes sentir mejor’”
(Entrevista con paciente F.8).

“No entendía ciertas cosas, pero sabía que tenías que acudir sí o sí, que eran importantes porque de eso dependía, cómo te sentías durante el día o durante tu vida”
(Entrevista con paciente F.10).

Cuarto, hay usuarias que respondieron sobre la atención pública en específico, declarando que habían oído rumores contradictorios entre sí sobre su acceso:

“Había escuchado que era una parte de la cuestión médica de difícil acceso, es decir, muy caro a nivel privado; y a nivel de gobierno que te daban cita cada que se podía, que no había tantos profesionistas disponibles, (...) inclusive profesionistas viejitos, ya adultos mayores. Y pues yo, honestamente, también era parte de ese sentir, de ese pensar ‘no me gustaría estar con alguien muy mayor en una consulta’” (Entrevista con paciente F.1)

“Yo pensaba que enseguida ya nada más te pedían tu nombre y ya te canalizaban a un hospital” (Entrevista con mamá de paciente F.3).

“Le voy a ser sincera, yo no sabía que era psicóloga la verdad, yo nada más venía a dental, a checarle a mi esposo la glucosa” (Entrevista con mamá de paciente F.11).

Aquí, vale acotar la reticencia de la paciente F.1 de atenderse con doctores de la tercera edad, lo cual también puede haber influido en la adherencia al servicio que presenta, al llevar el proceso psicológico con un profesional joven. En cambio, el antecedente más frecuente fue por experiencias de familiares principalmente, y propias en menor medida.

De esta manera, encontramos entre ciertos usuarios desconocimiento sobre la atención en salud mental y en qué consiste, por lo cual la impresión que obtuvieron en el servicio público fue clave para su adherencia. Del lado opuesto, hay entre algunos entrevistados cercanía con el tratamiento a partir de experiencias propias y del entorno familiar, aunque ello no necesariamente implica una identificación preestablecida del servicio en sí.

A pesar de que dos informantes otorgaron importancia a la salud mental, sobre todo fundada en la científicidad de la atención, encontramos declaraciones que suelen relacionar el servicio evaluado con el abordaje de asuntos privados, antes que con el ámbito público. Con excepción de una persona usuaria entrevistada, las personas mayores de 25 años reportaron no haber tenido experiencia previa de terapia psicológica y psiquiátrica antes de asistir a su actual centro de salud. En el caso de los menores de 25 años la situación es diferente, ya que todos reportaron haber experimentado la terapia psicológica con anterioridad, y en algunos casos atención aún más especializada. Estimamos que existe una relación en la apreciación generacional de la salud mental, si acaso se la identifica como tal, y el haber acudido a consultas correspondientes, puesto que el entendimiento de la enfermedad y, por ende, de la salud “siempre está ligada con las ideas y creencias de cada época, con el contexto histórico y social que las produce” (Fernández, Flores y Ruiz Velasco, 2017, pp. 114).

En ese sentido, muchas personas reportaron tener estigmas negativos previos sobre la atención psicológica y psiquiátrica. En parte, por el desconocimiento, creencias y prejuicios

que se originan en la sociedad acerca de los TSM (ver secciones 8.2.4 sobre combate de resistencias y estigmatización respecto a los medicamentos psiquiátricos y 9.4.3 sobre las recomendaciones del servicio y respuesta a la estigmatización). A pesar de esto, accedieron a la atención y mayormente detallaron que sí poseían necesidad de la atención. Varios usuarios comentaron sentirse motivados e interesados en recibir la atención en salud mental, y estuvieron de acuerdo en probar el servicio como una alternativa para sus problemas emocionales; en este punto, la intervención de otros profesionales de la salud, médicos generales principalmente, fue clave para abrir la disposición individual hacia el desarrollo de las consultas y el reconocimiento de su utilidad.

9.3.2. Identificación de cambios positivos

En las respuestas sobre el tiempo de espera entre citas, los pacientes relacionaron el establecimiento de citas con la admisión de cambios positivos como resultado de la atención en salud mental:

“Antes ella me citaba cada semana, ahorita ya me está citando cada dos semanas, pero por lo mismo de que ella me ha dicho que ya hay un avance” (Entrevista con paciente F.2).

“Yo siempre cuando la doctora deja nos dice (...) que le alarga un poquito la cita pues yo me imagino que ya ve que (nombre de hijo) ya está bien, ya mejoró, ya está más tranquilo” (Entrevista con mamá de paciente F.3).

“Cada dos meses estamos viniendo a consulta. (...) Al principio era cada mes, pero ya ahorita conforme él ha visto los cambios en ella fue cada dos meses porque sí ha habido mucho cambio” (Entrevista con mamá de paciente F.5).

Es más, fue en esta porción de la guía de entrevista, junto con la pregunta “Con la experiencia que tiene ahora con la atención psicológica y/o psiquiátrica, ¿cree que una ayuda así le hubiera sido útil en un momento anterior de su vida?”, donde los pacientes tendieron a comparar su situación de salud mental actual con cómo se encontraban previamente, y de qué maneras los psicólogos y psiquiatras que les atendieron afectaron en ello. Por ejemplo, la paciente F.1 comentó que ella tenía ataques de pánico y ansiedad depresiva, y llegó al psicólogo “como paciente exigente a decirle que quería sentirme bien, que quería estar bien y que confiaba en él, y que me dijera y me explicara el nivel de gravedad”. Aunque el doctor le informó que su tratamiento sería largo debido a las experiencias de vida que causaron dichos trastornos, declaró que siguió con él porque:

“Había un momento esperanzador para una recuperación mental, que él me observaba con muchas herramientas emocionales para tener resultados positivos (...) eso me generó un efecto de esperanza, una parte de apegarme al tratamiento y esta parte de confianza; creo que esa sería la palabra importante, él me inspiró confianza” (Entrevista con paciente F.1)

De tal modo, ella continuó con la terapia aduciendo que era la ética del psicólogo la que motivó la adherencia, que para ella involucró comprobar el seguimiento atento del mismo a su caso: “si nos vimos hace un mes, tratar de hacer retroalimentación de lo que se vio ese mes”, y el trato humano durante las sesiones: “yo nunca me he sentido con el doctor como un número, sino como una persona (...) me vuelvo a sentir humana y no un libro o un objeto”.

Por su parte, la usuaria F.2 reconoció que al inicio llegó al centro de salud con mucha reticencia a las interacciones sociales. Según ella, imitó las conductas de represión y de no-expresión de sentimientos de su madre, conteniendo sus ideas y sus emociones frente a situaciones como el perder a su padre durante la infancia y ya de adulta, problemas con su pareja. Así, fue durante el servicio que encontró sosiego y herramientas para expresarse con autoconfianza: “me ha ayudado a salir del ciclo que estaba tan cerrado y tan fuerte de que no podía superar lo que me había pasado, y ahorita ya lo superé, ya me siento más libre, puedo ir y venir y ya no dependo de nadie”. Ella y otros usuarios más declararon que el servicio, sea psicológico o psiquiátrico, es la fuente de la construcción de recursos para desenvolverse y depositan su esperanza en la atención de salud mental.

Asimismo, la paciente F.6 admitió que llegó al servicio con resistencia por la edad de la psicóloga que la atendió: “Yo decía que ella era muy jovencita para entenderme, aunque ellos ya estudiaron y todo”. Ella afirmó que se convenció “al ver su carácter”; ya en ocasiones la usuaria no llegaba a la cita: “un tiempo dejé de venir y es que me daba flojera” y en cierto momento del proceso terapéutico intentó dejar el tratamiento:

“Llegó a decirme ‘si usted se siente muy bien, cree que usted sola puede pues no hay problema, la dejo de atender’. (...) Ella me decía que cómo iba de cierta cosa y yo le decía que bien y que ya no tenía problemas, hasta pensaba que me podía dar de alta, entonces me dijo no. Y yo salía y le decía a mi pareja ‘ya me regañó’; pero me di cuenta que (...) a la mera hora uno quiere hacer lo que uno quiere o uno cree que está bien, pero (...) ellos saben cuándo nos dan de alta y cuando no” (Entrevista con paciente F.6)

De tal manera, las reservas que traía la paciente F.6 se redujeron ante la actitud de la psicóloga y la indicación que, resolver los problemas que la llevaron al servicio de salud mental, precisaban de la honestidad de la usuaria. En consecuencia, ésta se reintegró a la atención y

abordaron temas como conflictos familiares y de pareja, así como el manejo de su ansiedad: “me decía que me analizara, que fuera más segura de mí misma, primero tenía que conocerme para saber qué me gustaba y qué no me gustaba de la vida”. Ella enumeró como herramientas que ganó en la atención “la respiración, el relajarme, el dormir bien, (...) estoy tomando clases de yoga”.

Otro ejemplo relacionado, cuando el paciente F.3 contestó al preguntársele qué esperaba cuando acabara consulta con la psicóloga: “sentirme bien, sentirme más seguro”. Como menor de edad, afrontaba retos sociales y situaciones de acoso en la escuela, con sus pares y una profesora. Así, antes de la atención se sentía “más con miedo, yo decía ‘¡ah! qué tal si no hago bien esto, me van a regañar, me van a citar a mi mamá, mi mamá me va a regañar’ (...), por una cosa minuta, yo lo hacía yo más grande, si hubiera tenido la ayuda desde un principio hubiera sido mejor todo”. Por su parte, el paciente F.7 cuando respondió sobre la duración de su terapia: “sé que me va a ayudar, sé que me va a funcionar demasiado, yo estoy de acuerdo el tiempo que se lleve a cabo”. Ello coincide con lo registrado por el personal especializado en el área de psicología y psiquiatría, que explicaban que no todos precisan de terapias prolongadas para fortalecer las bases para el ejercicio de sus facultades ejecutivas: “A veces hay pacientes de primer nivel cuya problemática es más adaptativa-ocupacional, y en cuanto tienen mejor economía o recuperan una cosa o laboran de nuevo (...) ya no vienen después de 2 o 3 meses” (Entrevista con psicólogo D.1) (ver también sección 8.1.4 Escuelas y enfoques terapéuticos del presente informe).

A su vez, la paciente F.5 y su madre coincidieron en la preocupación que demostraba el psiquiatra respecto a las mejoras necesarias para que la usuaria no tenga problemas derivados de su cuadro mental (déficit de atención con hiperactividad) en su día a día: “el que tu hija esté bien por parte de neurología no quiere decir que ya va a estar bien aquí, tiene problemas la niña de conducta, entonces el tratamiento aquí va para tiempo largo, va a tardar, yo no te la puedo dejar así hasta que yo vea que la niña está completamente bien” (Entrevista con mamá de paciente F.5). Ambas arguyeron que su expectativa era que los “problemas de conducta” se detengan, refiriéndose a los pleitos que la adolescente tuvo en su hogar y en su escuela; sienten que luego del servicio hubo “mucho cambio” y que éste las dirige hacia ese horizonte: “pues ahorita en sí ya no me peleo, ya estoy bien, ya no... en si ya no me he peleado ya no le he dicho de cosas a mi mamá como antes” (Entrevista con paciente F.5).

Finalmente, el usuario F.8 sostuvo que en el transcurso de su atención se han tratado distintos eventos y problemas en su vida, y de acuerdo al abordaje que requiera cada nuevo problema el número de sesiones aumenta. Para él, esta indeterminación en la conclusión del tratamiento no le era algo negativo porque:

“Puedo progresar con la persona que me ha ayudado, porque su servicio ha sido muy bueno (...), con una persona con quien ya hay una especie de ritmo al momento de trabajar, vale mucho más que un terapeuta que te dice ‘pues solamente vamos a tratar esto y ya después adiós’” (Entrevista con paciente F.8).

Del lado del personal especializado en el área de psicología y psiquiatría, desglosaron cómo se conseguían las mejoras que los usuarios reconocían y el impacto que éstas poseen en sus vidas. La siguiente información proviene del bloque de preguntas “¿Qué impacto ha observado que la terapia tiene en la vida del paciente?, ¿cómo le ha ayudado en sus relaciones personales, situación laboral o económica, vida independiente y autonomía?”. Como se indicó antes, la psicóloga D.2 explicó que ella emplea el modelo cognitivo-conductual, donde trabajar con esquemas y escenarios a analizar, además de técnicas como líneas de tiempo y mapas mentales, sirven para suscitar transferencia:

“La transferencia es esta capacidad de permitir esta interlocución entre el paciente y el terapéutico, donde el primero **se siente escuchado, mirado, que pase lo que pase este va a ser su espacio**. Hay también un deseo de cambio, de seguir avanzando en el paciente. El trabajo de un terapeuta es poder escuchar y poder acompañar. (...) En esa construcción el mismo paciente se dé (da) cuenta que ya puede contar con dichas herramientas o irlas construyendo cada día” (énfasis propio) (Entrevista con psicóloga D.2).

Recordamos que estas declaraciones se basan en los pacientes que continuaron con el tratamiento indicado, sin que el estudio haya podido cubrir los casos en los que los usuarios lo abandonaron. Para la psicóloga, es más importante entablar un espacio seguro y donde el paciente sea el protagonista, a lo cual complementó la profesional D.3 que la prioridad en la atención radica en “sensibilizar sobre la importancia de cambiar y aceptarse a sí mismo”. Para ésta última,

“Primero hay que trabajar la autoestima, el revalorizarse a sí mismo, el confiar en sí y que una vez que vayan viendo que es responsabilidad de él mismo y de la importancia de quererse y de aceptarse, entonces va a tener oportunidades y alternativas para cambiar su entorno” (Entrevista con psicóloga D.3).

Como acciones para lograrlo, ella indicó que eran importantes “los cambios de rutina, terapia ocupacional, realizar ejercicio, pertenecer a grupos, (...) talleres”, de modo tal que las modificaciones en pro de su bienestar sean graduales y diversas. La psiquiatra E.1 reiteró que la mayoría de sus pacientes “identifica la mejoría cuando la tienen, identifican cuando no tienen la mejoría, y aceptan el tratamiento farmacológico” aunque hay un porcentaje no

desdeñable que poseen resistencias por temores a la medicación, como referimos en el capítulo previo.

Encontramos también que el personal especializado en el área de psicología y psiquiatría valora particularmente el modo de relacionarse con los pacientes, con la finalidad de provocar los cambios positivos en su calidad de vida. Cuando se les preguntó “¿Cómo entendería calidad al brindar servicios de salud mental?”, cuatro especialistas entrevistados vincularon el trato humano y la ética a la calidad. En sus respuestas, está presente la necesidad de sembrar componentes que funcionen como baluartes para la generación de cambios positivos: empatía, respeto, puntualidad, responsabilidad y confidencialidad. Es interesante que la psicóloga D.5 acotara que los usuarios se dan cuenta del interés del profesional que les atiende, y que la psiquiatra E.1 sostenga que si no existe confianza podría perderse la adherencia en el servicio. Sus apuntes coinciden con las declaraciones de los pacientes entrevistados y es congruente con lo que éstos buscan para mantener el tratamiento. Asimismo, la psicóloga D.3 mantuvo que “a veces hay empatía, pero no avanza”, lo cual implica que no basta únicamente comprender los sentimientos de los pacientes para la mejora de su salud mental, sino que se deben tener en cuenta la multiplicidad de factores que hemos ido abordando desde el inicio de los hallazgos.

Para concluir, encontramos que el personal especializado en el área de psicología y psiquiatría y usuarios entrevistados identifican la existencia de pacientes que “reconocen cambios positivos en su calidad de vida” (criterio 9 de la presente evaluación), a partir del empleo de los servicios de SM en los centros de salud de la ciudad. Los usuarios participantes de la evaluación mencionaron que en la atención psicológica y psiquiátrica hallaron las herramientas para una mayor satisfacción en base a las circunstancias que les rodean y a los aspectos subjetivos de su desarrollo personal, así como destacaron la adaptabilidad del personal profesional a los distintos problemas que les presentaban. En particular, las madres de pacientes menores resaltaron como cambios positivos conductas más funcionales y menos conflictivas. A partir de estas experiencias, los usuarios sostuvieron que la atención en salud mental es provechosa para toda la población. El personal especializado declaró que enfatizan la aceptación de sí mismo, la autoestima, la construcción de espacios seguros y la transferencia de habilidades emocionales para la producción de cambios positivos. Aunque hay resistencias al tratamiento, en particular a la atención psiquiátrica, los pacientes identifican avances hacia su bienestar emocional; de la mano con el trabajo de los psicólogos y psiquiatras de instalar recursos terapéuticos en cada uno de ellos, para que estos cambios se sostengan autónomamente, identificándolo con calidad en la atención.

9.3.3. Beneficios a la luz de adversidades y resiliencia

De este modo, llegamos a una de las preguntas realizadas a la población usuaria: “Con la experiencia que tiene ahora con la atención psicológica y/o psiquiátrica, ¿cree que una ayuda así le hubiera sido útil en un momento anterior de su vida?” Sus respuestas nos revelan si la adherencia al tratamiento se consiguió valorando las condiciones previas de adversidad y, si acaso se ha alcanzado, de resiliencia.

Primero, casi todos los usuarios respondieron que el servicio de salud mental les habría sido útil en etapas previas de su vida, excepto el paciente F.7 quien replicó que la atención habría sido provechosa en cualquier momento y no habría gran diferencia en recibirla anteriormente. También, el usuario F.8 dio una respuesta vaga al respecto: “Yo diría que sí, especialmente por el enfoque que maneja (...), en algún otro momento de mi vida me hubiera servido mucho. No me arrepiento de haberlo encontrado tarde”. Si bien aceptó que la ayuda podría haberle aportado antes, no explicó por qué ni ubicó temporalmente el momento o los momentos donde habría necesitado dicho apoyo. Llama la atención que son los entrevistados hombres quienes no profundizan en lo ocurrido en sus vidas; sus respuestas son aceptables y se ciñen a la formulación de la pregunta hecha, pero en sus declaraciones no hay apertura para revelar lados más personales de sus vidas, como era lo que pretendía esta parte de la entrevista. Este hallazgo lo relacionamos con lo antes señalado respecto a la preponderancia del suicidio masculino y a cómo los roles de género depositan en los hombres la autoridad de ejercer violencia. En ese sentido, la psiquiatra E.1 sostuvo que los pacientes que atiende son:

“Más mujeres que hombres, de los 20 a los 50 años. La hipótesis común es que las mujeres tienen más facilidad para poder expresar sus emociones, es más sencillo que una mujer ser acerque y diga que se siente mal a que un hombre, por cuestiones culturales el estigma de eres hombre y tiene que mostrar que estás fuerte” (Entrevista con médica psiquiatra E.1).

Respaldando la observación obtenida de las entrevistas con usuarios, hay una diferencia de género en revelar sus vidas privadas y las potenciales circunstancias de adversidad atravesadas, proveniente de los roles y relaciones que asume cada identidad generizada. Recordemos que éstos abarcan las conductas y las interacciones estimadas como apropiadas, entre quienes ya fueron etiquetados e identificados como hombre o mujer; por lo tanto, encarnan la masculinidad o la femineidad correspondientemente, donde la primera se erige devaluando a la segunda (Raguz, 2010; Inmujeres, 2023). Las diferencias en los roles de género suelen basarse en la percepción de que ciertas características, atribuidas a las mujeres o a los hombres, son inherentes e inamovibles (Gutiérrez, 2004). Una característica atribuida a la

feminidad es la emocionalidad, útil para su desempeño en la esfera doméstica, los roles de cuidado y crianza, por lo cual lo hallado está en consonancia con estereotipos de género prevalentes aún en la sociedad mexicana.

Otro tipo de respuestas las proveyeron las madres de los pacientes F.3 y F.11. La segunda expuso que para ella habría sido ideal que su hija recibiera apoyo profesional desde el primer año de primaria: “si la maestra que tuvo me hubiera dicho que tenía rezago, yo a tiempo le hubiéramos detectado ese problema y hubiéramos venido a psicología”. Con ello, ella explicó que pasaron dos años más para que en tercer grado la profesora de su hija levantara la voz de alarma e iniciara su recorrido terapéutico. Asimismo, la madre del usuario F.3 respondió: “me hubiera gustado, encantado que desde *kínder* me lo hubieran mandado para que él hubiera tenido esa seguridad que empezó a tener en segundo”. Las dos parientes demostraron reconocer que sus hijos enfrentaban malestares no identificados a tiempo, y ello les expuso a vulnerabilidades que afectaron sus cuadros de salud mental, tratados después en los centros de salud a los que acuden. Adicionalmente, ofrecen ejemplos sobre cómo los entornos educativos son espacios claves de socialización para una detección temprana de incomodidades emocionales.

En el mismo sentido, la adolescente F.5 aceptó que el servicio le habría sido más provechoso si hubiera accedido a él con anterioridad: “Sí me hubiera ayudado más para que tuviera más conocimiento, para que ellos me puedan seguir ayudando con mis tratamientos, con mi conducta, con mis comportamientos”. Ella hizo alusión al servicio psiquiátrico, como factor que le habría podido ayudar a entender sus malestares y después, los trastornos diagnosticados. Su cita demuestra además la necesidad de transparencia y de retroalimentación sobre el tratamiento, que ella presentó como ejemplares y que evidencian una adherencia al tratamiento.

Hubo pacientes que ahondaron más en aquello que les llevó a requerir atención psicológica y/o psiquiátrica. La paciente F.1 contestó que le hubiese gustado recibir tratamiento a los seis años, durante el tiempo que ella llamó “el punto más complicado de la situación mental”. Para ella, fue muy difícil saber que su vida hubiese sido distinta si hubiese tenido algún tipo de ayuda, ante episodios constantes de violencia sexual.

En otro momento de la entrevista, ella declaró que apreciaba sobremanera el cuidado que el psicólogo tuvo con ella porque, debido al abuso mencionado, le causaba mucha aprehensión atenderse con un doctor hombre y que se lo informó al psicólogo desde su primera cita. Contó que el psicólogo lo demostraba al “hacerme preguntas con mucha ética, con mucho orden, y eso a mí me hizo sentir en confianza”, con lo cual continuó con el servicio. De tal modo, admitió

que estuvo pendiente al inicio del proceso terapéutico que el psicólogo no hiciera preguntas que ella considerara invasivas. Luego, ella explicó que en algún momento una profesora la envió a un Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar, donde tampoco se reconoció el abuso que atravesaba.

La paciente terminó por explicar que empezó a hablar cuando entró a tercer grado de primaria, sin ningún tipo de ayuda suplementaria, y que hubiese deseado “que hubiese habido programas de intervención en escuelas (...), creo que daríamos un buen avance a la salud mental de los seres humanos”. Cuando niña, ella debió atravesar la adversidad que requería atención emocional (violencia sexual), pero al no beneficiarse de este apoyo (a nivel familiar, comunitario o gubernamental), creó sus propias vías para generar resiliencia. Ahora como adulta, la atención del centro de salud considera ambos factores para proveerle un servicio eficiente, lo cual a su vez demostró producir una adherencia eficaz en la entrevistada.

La usuaria F.2 también respondió que hubiese preferido tener acceso al servicio evaluado cuando era más joven. Durante la entrevista, en diversos momentos la usuaria manifestó que el haber aprendido de su madre que debía reprimir sus sentimientos, y encargarse de las tareas domésticas y del cuidado del hogar repercutió en su vida. También exhibió preocupación por el efecto que ello haya provocado en sus propios hijos: “A lo mejor yo se lo transmití a mis hijos y yo padecí esa aprensión porque mi mamá era así, y a ella sus papás eran así, inclusive mi abuelito a ella no le dio estudios a mi mamá porque era mujer. (...) Es una cadenita”. En cambio, ella se distanció de la repetición de conductas nocivas a su salud mental y a la de su familia a partir del tratamiento recibido, indicando que si los hijos toman terapia o comprueban por sus propios medios que hay otros modos de vivir “se va a cortar esa cadena”, que está referida a la asignación de roles a partir de estereotipos de género.

Por su parte, la paciente F.4 ubicó el momento donde le habría ayudado apoyo profesional en la adolescencia, contando que solamente cuando hubo un cambio físico drástico sus padres procuraron atención médica, pese a que de antemano ella atravesaba episodios de abuso provocados por un familiar. De modo similar a la usuaria F.1, esta paciente atravesó situaciones que atentaron contra su integridad, incluyendo violencia sexual, que causaron traumas profundos y que después se expresaron físicamente. Aquí, ella concedió que la atención la había ayudado en su camino hacia una mejor salud mental y a la admisión de su propia resiliencia, al mismo tiempo que declaró todavía no haber obtenido un total bienestar.

Asimismo, la paciente F.6 admitió que pasó por violencia de género, localizando el momento en que se hubiese beneficiado de atención en salud mental cuando ocurrían dichos sucesos:

“Cuando tenía problemas allá en Cancún con el papá de mis hijos. (...) Era muy violento, muy controlador, manipulador”. De modo similar, la usuaria F.9 contó que su esposo:

“Está educado como hombre, como machista, de que él es el hombre, él es el que manda, el que grita y el todo. Y vivo en una zona de violencia, yo decía que era normal, pero llega a una cierta edad uno y dice ¿por qué me tratas así? Tú quieres respeto pues yo también necesito respeto” (Entrevista con paciente F.9).

Aquí es importante apuntar que tanto la paciente F.6 como la F.9 indicaron que también sintieron que sus hijos se aprovechaban de ellas por ser amas de casa, dándoles tareas adicionales que eran capaces de efectuar ellos mismos. La usuaria F.9 fue quien de manera más clara identificó que esto era violencia: “prácticamente somos criadas de todos, sin sueldo porque pues les servimos a todos”, y asoció los límites establecidos con sus hijas en la distribución de las tareas domésticas como un beneficio adquirido durante la terapia.

El hecho que dentro de una muestra numéricamente breve de personas usuarias haya al menos cuatro declaraciones vinculadas a violencia de género y sexual, y que todas sean de mujeres, es congruente con lo sabido sobre el alcance masivo de estos tipos de violencia en la población mexicana, en conformidad con lo expusimos en la sección 9.2 sobre indicadores de bienestar subjetivo. Al medir la adherencia al tratamiento, es clave para el personal médico y de salud mental notar su prevalencia, para una recepción efectiva de dichos casos y la detección de situaciones actuales de violencias.

Cabe mencionar un caso adicional donde no se establece con claridad que la adherencia al tratamiento sea por la atención de SM. La paciente F.9 alegó que le hubiese gustado tener apoyo profesional desde que se casó, pero señaló a otro médico del mismo centro de salud que no es psicólogo ni psiquiatra como una figura que le proveyó espacio para exponer sus problemas. Al consultarle sobre el psicólogo que la atendía, ella declaró que lo valora positivamente porque “también, es una persona que sabe escuchar”. No obstante, no estableció una diferencia más pronunciada que con el médico anterior, lo cual hace cuestionar cuánta adherencia hay en este caso y en qué medida los cambios positivos que sí halló en su salud mental se deben al servicio de salud mental o a la ayuda previa.

En suma, casi todos los usuarios respondieron que el servicio de salud mental les habría sido útil en edades más tempranas, reconociendo utilidad del servicio. Reconocieron cambios emocionales positivos a partir de una adherencia al tratamiento, que estuvo principalmente basada en una ética médica y/o profesional que promovió el intercambio horizontal y consentido de información e ideas acerca de las problemáticas de salud mental. Un riesgo

inicial que puede obstaculizar estos resultados son el desconocimiento, creencias y prejuicios en torno a los TSM.

También vimos que los pacientes, en sus trayectorias de vida, se vieron forzados a elaborar sus propias estrategias para crear resiliencia ante determinantes sociales negativos como la violencia, las brechas de género, o las omisiones de cuidado infantil en entornos familiares, comunitarios y gubernamentales. Con todo, la atención actual les permite edificar modos más sanos y constructivos, que conllevan a una adherencia eficaz. De modo diferenciado, encontramos que las mujeres usuarias enfrentaron adversidades específicas a su identidad de género y que los estereotipos fundados en éste actuaron en desmedro de su bienestar, mientras que los usuarios hombres tuvieron mayor recelo para contar las circunstancias de adversidad que enfrentaron. Asimismo, las madres de pacientes ejemplificaron que las escuelas pueden facilitar o entorpecer el reconocimiento temprano de malestares en salud mental, con lo que la adherencia al tratamiento responde también a resarcir sus efectos en la salud de sus hijos.

9.4. Identificación y apropiación

Esta sección se enfoca en responder el cumplimiento del último criterio de la evaluación (utilidad percibida). Se empieza por el reconocimiento de dicha utilidad por parte de quienes no abandonaron el tratamiento, su impacto en el bienestar y la apropiación del tratamiento, finalizando con la promoción del servicio público y las reacciones ante la estigmatización.

9.4.1. Reconocimiento de la utilidad de la atención en salud mental

Para sopesar si los usuarios encuentran utilidad en la atención prestada, nos centraremos en la pregunta “En este momento, ¿qué utilidad tiene para usted recibir la consulta psicológica/psiquiátrica? ¿En qué ámbitos siente que le ayuda? Mencione un ejemplo (laboral, escolar familiar, social, emocional, otro)”. El concepto clave aquí es utilidad, lo cual elucidó distintos significados para los usuarios entrevistados.

Primero, encontramos que hay quienes asocian la utilidad del servicio con los fundamentos y técnicas del tratamiento recibido; es decir, valoran los efectos basados en las disciplinas involucradas dentro de los procesos que siguen en sus consultas, por lo cual estiman que el servicio es útil. Por ejemplo, la paciente F.1 declaró: “La psicoterapia a nivel paciente creo que es un nivel de cura, creo que la palabra organiza el pensamiento y el pensamiento le da orden a la salud mental. Entonces, he visto avance en mi proceso terapéutico”. Así, varios pacientes

mencionaron las estrategias aprendidas dentro de sus consultas, para afrontar situaciones de ansiedad, eventos de depresión o ataques de pánico.

En las declaraciones encontramos no solamente el alcance de las técnicas aprendidas en el servicio y que los usuarios tuvieron en alta estima, sino el hecho de que destaquen los beneficios concretos que ganaron. El peligro que puede representar, y que ha representado, para los interlocutores, el tener ataques de ansiedad y de pánico en espacios públicos y privados, junto con la desorientación y el terror que causan las sensaciones de alta intensidad, son situaciones que consiguen controlar progresivamente con la adherencia al tratamiento y de por sí, es un signo tajante del reconocimiento de su utilidad. En el mismo sentido, la paciente F.4 mencionó a su hija, quien practicaba la autolesión antes de asistir a la atención en el centro de salud (con la misma psicóloga que la atiende a ella) y que actualmente ya no asiste por conflicto de horarios con sus clases:

“Todavía se frustra (...) pero ya lo maneja, dice quiero estar sola mamá, no quiero ser grosera, luego de 15 minutos ya veo que está escribiendo, dibujando, se pone a hacer cosas para tranquilizarse. (...) Ve sus cicatrices y dice ‘mi recordatorio mamá, tuve mi época, pero no volverá a pasar’” (Entrevista con paciente F.4).

También tenemos un caso donde la utilidad se apreció en relación al tratamiento por sus beneficios en la salud mental y física de la paciente. La usuaria F.2 contó que: “Yo vengo a consulta general (...) porque me dolía mucho el estómago y parte del hígado y (el doctor) me dijo ‘usted tiene colitis y gastritis, pero es nerviosa, usted necesita expresar todo lo que siente porque eso se lo está llevando al estómago’, entonces me mandó aquí con la doctora (nombre de psicóloga)”. Ante la consulta sobre si había ido a algún servicio psicológico anteriormente, ‘respondió: “No porque uno no está bien informado, le dicen ‘te van a mandar a psicología’, como yo le dije a mi esposo (...) ‘¡Cómo vas a creer que del estómago ahora de la cabeza!’”. Ella continuó declarando que se sentía mejor a partir del tratamiento. Así, respaldó la noción de salud que empleamos en el marco conceptual, en tanto que categoría total donde no es posible establecer fronteras sólidas entre lo físico y lo mental. Todos los usuarios hacen referencia a la integralidad de la salud al explicar los cambios positivos provenientes de la atención en salud mental o los síntomas de las crisis antes descritas que atravesaron; pero éste es el testimonio donde más claramente se refleja que ésta no se halla encapsulada únicamente en el plano emocional, sino que trasciende dicho plano e ilustra la multidimensionalidad del proceso salud-enfermedad, así como la aplicación de la interdisciplinariedad para un abordaje completo de la salud de la paciente (Martell, 2016; Cáceres, Granja y Percovich, 2017).

Segundo, la utilidad del servicio – y la complejidad de la salud mental – también se reflejó en la mención de la mejora en las facultades ejecutivas. Por un lado, están la recuperación de lazos sociales y la construcción de vínculos más equitativos con familiares y conocidos. Dentro de lo recopilado, la utilidad fue ubicada en la redefinición de lazos sociales y en cómo se establecieron fronteras para interacciones favorables para los usuarios. Lo que estimó cada uno como tal fue variable: mientras para uno su intención fue ser capaz de compartir con sus amigos y tener experiencias comunes, para otra fue la posibilidad de revelar episodios traumáticos a sus familiares y el dolor que le ocasionó. Vale notar que en dos casos se explicitó el rechazo a “ser metiche” y al chisme con familiares como negativos, lo cual nos indica probablemente que hubo conflictos entre ellos, donde los límites de la confidencialidad se rebalsaron. Asimismo, en las declaraciones de la paciente F.2 hallamos una potencial causa de estigmatización hacia la atención en salud mental (“dice ese dicho ‘la ropa sucia se lava en casa’”), que podría explicar la resistencia a la adherencia al tratamiento entre quienes provienen de hogares más tradicionales y/o conservadores.

Esta misma usuaria encontró en la terapia brindada en su centro de salud recaudo para los conflictos interpersonales que poseía con distintos parientes. En uno de sus relatos, comentó que una sobrina suya tenía a una pareja que cuidaba de la hija de ambos y estaba envuelto en su crianza, contrastándolo con su vivencia cuando sus hijos eran pequeños: “tenía que cargar la pañalera, todo y hasta el niño, y ahora ya no”. Continuó explicando que antes ella cumplía un rol restringido a las labores domésticas en su hogar, que incluía el cuidado de su esposo: “cuando le servía de comer tenía que ya estar cuchara, servilleta, salero porque si faltaba algo ardía Troya”, pero que ha buscado romper con dicha inequidad con sus hijos, haciendo que ellos también asuman tareas en la casa. Está por demás decir que éste es un claro ejemplo de violencia contra la mujer, cuyo origen radica en las asimetrías de poder que colocan a lo femenino por debajo de lo masculino (Inmujeres, 2023); cuando dicha desigualdad es internalizada es la propia mujer la que termina subestimándose, por lo que trabajar sobre la autoconfianza de la paciente F.2 no solamente fue una estrategia de salud mental, sino que ella se aproxime a la igualdad de género en su vida cotidiana.

Otro caso singular se encuentra en la entrevista a la paciente F.5 y a su madre, ambas son atendidas en salud mental por motivos diferentes pero que vuelven al tópico de la familia. La paciente F.5, de 17 años, explicó que enfrentaba sufrimiento de índole mental por pérdidas de allegados suyos. Mientras tanto, su madre no reportó malestares similares en esta sección de la entrevista, sino que señaló que su atención empezó por indicación del trabajador de la SM que observó a su hija. Las dos usuarias llevan consulta psiquiátrica y declararon que para ambas les era útil el servicio en cuestión, localizando la utilidad en el desarrollo más armónico de relaciones madre-hija y en el procesamiento de duelos de seres queridos que perdieron.

Asimismo, en sus declaraciones hallamos la mención a la tranquilidad: la relación entre utilidad y tranquilidad nos informa sobre aquello que los usuarios procuran en la atención evaluada.

Por otro lado, la capacidad de ejercer de manera más saludable la facultad ejecutiva ligada a los estudios y al trabajo fue destacada como un factor para medir la utilidad del servicio:

“Yo dejé de laborar en esa época de crisis, dejé mi empleo, dejé de estudiar (...). Uno de los objetivos era precisamente reiniciar esta parte, (...) hoy día estoy laborando. (...) Me titulé, incluso me certifiqué. (...) Me gustaría reincorporarme al área que yo estudié e incluso ejercer la maestría” (Entrevista con paciente F.1).

“Yo tenía problemas para encontrar una motivación para trabajar en mi proyecto. (...) Era un periodo súper prolongado de no hacer nada, de no escribir, de no investigar, de nada y el servicio que me brindó este terapeuta me ayudó muchísimo. (...) En las (sesiones) he comentado principalmente temas del proyecto de titulación (...), se brindan estrategias para afrontar ese tipo de situaciones” (Entrevista con paciente F.8).

En estos extractos, los pacientes atribuyen valor a la atención recibida por permitirles reintegrarse a sus tareas académicas y laborales, llegando a ambicionar mayores metas dentro de ambos ámbitos. Encontramos un matiz distinto con las madres de menores que recibían tratamiento:

“En mi lenguaje, porque me ha ayudado (...) en decir sí a las cosas más, (...) también tratar a los demás como yo quiero que ellos me traten a mí” (Entrevista con paciente F.3).

“Ahora que ha venido a terapia, ha estado con la psicóloga, es más atento, más empático, obedece más rápido. Antes dos, tres, cuatro veces le tenía que yo hablar, ahora no, ahora dos, una, dos y enseguida responde. Ha estado un poquito más sociable. (...) Él llegó muy inseguro aquí y ahorita ya otra vez agarrando su seguridad” (Entrevista con mamá del paciente F.3).

“(Mi hija) básicamente recibió *bullying* en la escuela. (...) Yo hablé con ella ‘¿si se burlaron de ti?’, ‘sí ma, me trabé en una palabra y todo el salón se empezó a reír y la maestra no dijo nada’. (...) Ahorita ya se siente suficiente para hacer las cosas sola, ella tiene la seguridad (...) de decirle a la maestra lo que está pasando” (Entrevista con mamá de paciente F.11).

Cuando los pacientes son niños, la utilidad se centró en lidiar con aquello que entorpece su vida escolar. En el caso de las madres hay un matiz: al contrario del caso de la paciente F.5 y su madre, aquí las entrevistadas no se entendieron como receptoras del servicio y no introdujeron su salud mental en las preguntas sobre éste. En el caso del paciente F.3, es notorio que la madre destacara como un punto a favor que el niño “obedece más rápido”, lo cual no es una meta de salud mental sino es más bien la búsqueda de respeto a la autoridad que no se vincula directamente con el bienestar del usuario.

Sobre el paciente F.11, el caso de acoso escolar que se relató es un reflejo de la prevalencia de estas situaciones, teniendo en cuenta que la muestra cualitativa fue de corto alcance. La madre explicó que su hija había tenido incidentes como el que contó, pero no fue notificada con la escuela a tiempo, por lo que en el servicio de psiquiatría le explicaron que debía solicitar una hoja firmada a la profesora del grado y a la directora donde se comprometían a informarle al respecto. Ello también nos indica que la atención en casos de *bullying* no se restringió al tratamiento en salud mental, sino que se brindó información adicional que la madre no poseía.

El último aspecto referido a las facultades ejecutivas es el relacionado con el espacio público. Dos usuarias declararon que llegaron al servicio con dificultades para desplazarse por sí solas en la ciudad. En ambos casos, las pacientes presentaron aprehensión e inseguridad para trasladarse por su cuenta, por motivos diferentes. La usuaria F.2 sostuvo que es su condición de salud física la cual la amedrentaba, pero con el tratamiento ha conseguido usar el transporte público, dentro de un conjunto de beneficios en otros planos de su vida que se relacionan también con ganar autoconfianza. En cambio, la usuaria F.4 presentó dos causas externas para su vacilación: la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 y la potencialidad de ser violentada. Ella misma admitió que no era algo que había resuelto del todo, al explicar que dichos miedos continuaban, pero en este punto es crucial evaluar que la utilidad del servicio de salud mental nunca podrá contrarrestar por completo factores ambientales y sistémicos sobre los cuales no tiene control. Los determinantes sociales de la salud escapan de la aceptabilidad y la adherencia al tratamiento; si bien la atención aporta en erigir resiliencia y disminuir el malestar experimentado por sus usuarios, esto es una respuesta a circunstancias adversas y generadoras de estrés que entorpecen el alcance pleno del bienestar y el ejercicio de libertades y derechos sociales (Lugo Garfias, 2015).

Para cerrar este apartado, la utilidad en el servicio se midió de maneras diferentes: por las estrategias y fundamentos del tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, por el trabajo en malestares pre-identificados en salud mental, y por la mejora en sus facultades ejecutivas vinculadas a lo familiar y social, el trabajo y el estudio, y su movilidad autónoma en el espacio público. En ese sentido, la muestra cualitativa de pacientes tendió a reportar que la atención

les ha sido útil, con admisión de cambios positivos; ubicamos hasta el momento un balance positivo de la evaluación respecto a la atención de los profesionales de SM que laboran en los centros de salud. No obstante, hay que considerar que la muestra solo entrevistó personas que pudieron continuar el tratamiento, por lo que no conocemos percepciones y opiniones de quienes lo abandonaron o las razones de este abandono.

9.4.2. Impacto de la atención en el bienestar y apropiación del tratamiento

Esta segunda parte se concentra en las respuestas de los usuarios a las preguntas: En su opinión, ¿qué se necesita para estar bien en la parte emocional? ¿Qué ayudas necesita una persona para estar bien en esa parte? En ellas, procuramos encontrar si localizan los cambios positivos y las herramientas provistas por los servicios en salud mental que distinguieron anteriormente dentro de la conformación del bienestar. Vale resaltar que las preguntas se formularon apuntando en particular al lado emocional del bienestar, pero que ni en la definición de esta categoría dentro del marco conceptual, ni en las respuestas de los entrevistados, se lo limita a este aspecto.

Para empezar, hay testimonios como el de la paciente F.1 donde tenemos componentes terapéuticos vinculados directamente al bienestar. Ella lo relacionó con la auto-regulación emocional. Por lo mismo, ella valoró estar trabajándola en terapia: “mi recuperación está algo lejana, sin embargo, me siento muy estable, voy mejorando cada vez (...) el logro más importante es que mi salud mental está estable y creo que eso es lo más importante”.

De modo similar, el usuario F.8 se centró en lo que llamó las “fuentes de reforzamiento”, entendiendo “fuentes de actividades y estímulos que le ayuden a seguir haciendo conductas socialmente aceptadas”. Haciendo eco a lo que declaró la psicóloga D.3 sobre oportunidades de cambio de rutina y de entorno, él mencionó que las actividades de esparcimiento, sociales y laborales ayudan a conseguir el bienestar, en contraste con otras que son dañinas a la persona. Él puso de ejemplo el pasatiempo que poseía desde antes de asistir al servicio, jugar videojuegos, como una fuente que le permitió sentirse bien: “después de haber venido a terapia quizá sería más infeliz si no lo siguiera haciendo”. Con la terapia, él reconoció que sintió cambios que le abrieron la posibilidad de centrarse en más actividades como la lectura, la investigación y la escritura.

Otro recurso terapéutico fue propuesto por la madre de la paciente F.5, quien declaró que le gustaría que su hija recibiera terapia de grupo: “muchachos a lo mejor de la edad de mi hija y que entre ellos platicaran sus problemas, (...) el saber que no nada más son ellos los que tiene esos problemas (...), a lo mejor hasta peores”. Así, la adolescente compartiría con otros pares “cómo se sienten, lo que toman, o sea cosas de su problema” y no solamente con adultos.

Justamente, la entrevistada halló que el servicio es útil para la salud de su hija y que podría ser benéfico para más personas de su edad, extendiendo su uso a más jóvenes; mientras que admitía posibles limitaciones a la atención brindada por la brecha generacional implicada en ella.

Por su cuenta, la usuaria F.2 respondió que “para estar bien uno, uno mismo debe de estar ocupado con su vida, personalmente, si está inconforme uno con su vida, lógicamente va a estar inconforme con las demás personas”. Con ello, la paciente defendió que la salud mental no es una “pérdida de tiempo (...), imagínese si fuera pérdida de tiempo, cómo me hubiera ido a mí”. Dicha apreciación se fundamentó en lo aprendido durante las consultas, así como en el modo en que la psicóloga la atiende:

“Ella es muy atenta, pone mucha atención y nos orienta bien porque a mí me ha funcionado, yo le platico cosas y (...) me ayuda a que yo diga, me da una opción, ya depende de mí si la quiero tomar o no. (...) Sí es buena consejera, me ayudó a salir de mucho encierro y mucho miedo” (Entrevista con paciente F.2).

Su incorporación como factor provechoso y fundamental para la salud integral también se reflejó en la entrevista con la paciente F.4. Para ella, es clave abordar el alcance del bienestar como “un trabajo individual” que arranca con la aceptación de problemas de salud mental, donde el personal especializado puede guiar, pero “no van a resolver ellos nuestra situación ni nuestra vida”. Bajo la misma lógica, el paciente F.7 manifestó que para sentirse bien es crucial “la aceptación que uno requiere ayuda, (...) de decir ‘sabes qué yo me siento mal, ya consulté con medio mundo, pero pues o me dan el avión o jamás sabemos qué sucede’”. Dicha admisión pasa por aceptar que las recomendaciones de amistades y allegados no son suficientes, con lo cual ambos interlocutores diferencian la utilidad del servicio público de salud frente a recursos no profesionales para discutir problemas en sus vidas.

Las respuestas del paciente F.5 y de su madre identifican parcialmente el bienestar con la atención recibida en su centro de salud, pero no se restringe a ello. El paciente respondió que para sentirse bien precisaba “relajarse en todo momento y estar seguros de sí mismos”, a lo que su madre añadió: “lo que quiero es que tenga seguridad (...). Necesito que él me demuestre que tiene seguridad para sentirme yo segura”. La autoestima y la confianza en sí ya se registraron como temáticas del tratamiento del niño, pero la madre adicionó reflexiones sobre éstas que apuntan a aprendizajes foráneos y hasta anteriores a la atención médica.

En este punto, encontramos un ejemplo de resistencia para identificarse con el servicio de salud recibido: la madre utiliza, intencionalmente o no, esta respuesta como una suerte de justificación frente a las dificultades del hijo para desenvolverse, explicando que éstas no

podrían provenir de la crianza que ella brindó ni, por inferencia, de su entorno familiar. En consecuencia, niega la propia acepción del bienestar como establecido dentro de una sociedad dada, además de descartar determinantes sociales del mismo – o al menos, las que competen a su rol como madre y al núcleo familiar. Recordemos que la familia es la institución que genera mayor bienestar para los capitalinos, como decíamos en la sección 9.2, y es una fuente de autoridad a no cuestionar. Más allá de la comprensible proclividad de deslindar cualquier posible negligencia hacia su hijo, la consecuencia de esta postura es colocar fuera de la familia y de sí misma el origen del malestar que aquejó al niño para que fuese atendido, y potencialmente estigmatizar su estado de salud mental, al ubicar su patología en un plano individual.

Asimismo, se encuentra otra respuesta donde no figura el servicio evaluado en el alcance del bienestar emocional, esta vez por la madre de la paciente F.11: “Para mi forma de pensar, (...) no meternos en cosas que no nos incumben, no meternos en problemas familiares (...). Menos problemas tengas mejor, tú vives tranquila, nadie te dice nada, tener tu espacio tú sola”. Ésta es una respuesta de evitamiento de circunstancias que puedan desestabilizar la salud mental de alguien, alojando sus fuentes de estrés fuera del locus personal. Si bien ésta no es una negativa total de la utilidad del tratamiento ofrecido (sentirse bien), sí insinúa que llegar al bienestar no requería atención profesional si se esquivaban vicisitudes familiares y/o sociales.

Hay respuestas de los usuarios que denotan dificultades para encontrar una total eficacia del servicio. La primera es una que ya fue abordado: la falta de medicamentos psiquiátricos. Las usuarias F.4 y F.5 indicaron que precisan su administración sin impedimentos para su bienestar, en conjunto con la continuación de las sesiones con los doctores que las atienden. Es decir, el beneficio de los medicamentos está emparentado con la atención en salud mental. La segunda se refiere a las circunstancias materiales que se estiman necesarias para el bienestar, como el trabajo. El paciente F.8 mencionó que “algo que yo necesite ahorita para ser más feliz de lo que soy, probablemente sería un trabajo”, aludiendo a que se encuentra en camino a ello y haciendo los trámites necesarios para terminar la formación profesional. Aun así, ubicó al trabajo como elemento que consolidaría su bienestar, el cual está alcanzando por medio del tratamiento: “al menos ahorita ya estoy bien y en mi última parte del proceso”. Aquí, es necesario aclarar que los pacientes tienen a encontrar utilidad en el tratamiento, pero una total eficacia aceptabilidad se interrumpe por realidades concretas de adversidad, como la falta de trabajo.

El trabajo fue aludido por la paciente F.9, pero su respuesta se centró en la economía, donde el bienestar no depende únicamente de la atención de los centros de salud: por más que la paciente haya seguido un tratamiento adecuado y eficiente, si su situación económica estaba

afectada entonces su bienestar se mantendría constantemente mermado. Así, la apropiación del servicio no es posible concretarla fuera de su contexto, el cual es de personas con bajos recursos para quienes 300 pesos a la semana es un gasto significativo, y que expresan su cercanía con la precariedad monetaria. Ello coincide con la literatura consultada previamente sobre cómo el bienestar depende de factores socioeconómicos, y que, al conceptualizar a la salud mental como un derecho, sus políticas públicas deberían entonces reflejar el desarrollo armónico de los determinantes sociales que se interponen en su obtención (Irrázaval, Prieto y Armijo, 2016; Fernández, Flores y Ruiz Velasco, 2017).

Así, más de la mitad de usuarios entrevistados vinculan el alcance de bienestar con la atención recibida, lo cual sirve como medida de utilidad según el décimo criterio de evaluación, utilidad percibida. Entre las razones para su aceptación están el desarrollo de herramientas terapéuticas, la apertura al desarrollo de actividades productivas, de ocio y de desarrollo personal, y la mejora de interrelaciones entre grupos de pares y familiares. Con ello, las resistencias a una total eficacia y aceptabilidad provienen de localizar los malestares de salud mental en planos estrictamente personales, negando la influencia familiar en ellos o recurriendo al evitamiento de conflictos, lo cual refuerza la intención de mantener la autoridad de la familia, pese a que puede ser obstáculo incluso del propio bienestar individual. Otra fuente de dificultades para una aceptabilidad más amplia son las deficiencias internas a la atención, como la falta de suministro de medicamentos psiquiátricos, y las condiciones externas sobre las cuales no incidiría el tratamiento, como la falta de trabajo y la carencia económica.

9.4.3. Recomendación del servicio y respuestas a la estigmatización

El último apartado se dedica a la verificación de la utilidad percibida respecto a la superación de la estigmatización y la promoción de la salud mental, e idealmente del servicio público. Para ello, revisaremos esencialmente las respuestas a la pregunta “¿Ha llegado a recomendar a otras personas que vengan a una atención psicológica/psiquiátrica? Si es así, ¿por qué? ¿Qué problemas observa en esas personas? ¿Cómo cree que la consulta les puede ayudar?”, usando también declaraciones a las consultas sobre la utilidad del servicio en otro momento de sus vidas, sobre lo que sabían respecto a las consultas psicológica y psiquiátrica, y sobre la utilidad actual del servicio evaluado.

Entre los testimonios, hallamos que todas las personas usuarias entrevistadas, excepto una, declararon haber recomendado el servicio. La paciente F.1 lo realizó en su ámbito profesional, al ser profesora de niños y jóvenes. De esta manera, ella se convirtió en una promotora de la salud mental, difundiendo su significancia en el entorno laboral. Es interesante notar los

distintos argumentos que brinda de acuerdo a si recomienda el servicio a coetáneos o a niños, donde siempre la finalidad es el alcance del bienestar. En uno de sus ejemplos añadió el tinte de “está de moda” para atraer la atención sobre la sugerencia, y en otro resaltó la potencial afectación en el desempeño deportivo de los niños.

En contraste, ella no poseía dicha apreciación antes de asistir al servicio público, pues había escuchado que para ser atendida “realmente tenías que estar grave, como comúnmente se menciona, en la ‘locura’”. Ahora ella pensaba que el servicio podía ayudar a otros “restableciendo una calidad de vida (...) porque, desafortunadamente, normalizamos el sufrimiento y eso no es adecuado”. Especificó que la resistencia a la atención psiquiátrica y psicológica se justifica por la falta de recursos, porque otros servicios son considerados más “importantes”, o porque se asocia el tratamiento con “locura”: “más en confianza les cuento mi experiencia, entonces me dicen que lo van a pensar, pero veo esa limitante de prejuzar antes de acercarse, que yo también lo tuve”. Ante ello, propuso “que haya un programa gratuito de enseñanza de autorregulación emocional”; así como “programas que concienticen a las personas de la necesidad de la salud mental y la desestigmatización de la misma, que no se cosifique, que no se señale, que no se agrede”, con lo que termina rechazando el estigma contra las personas con TSM.

Este prejuicio lo mencionaron algunos profesionales entrevistados, como la médica psiquiatra E.1, quien enumeró entre los objetivos del PSM en su jurisdicción “disminuir el estigma del paciente psiquiátrico”, la psicóloga D.3, quien entre los retos que enfrenta como profesional mencionó “no estigmatizar a nadie, de estar abiertos a recibir a todo paciente que requiera la atención”, y la psicóloga D.5 que relató haber recogido ciertos aspectos de estigmatización de salud mental en módulos de psicosis y trastorno de desarrollo infantil que dictó, al preguntar por películas de terror en hospitales psiquiátricos. Aunque no se recuperaron datos exhaustivos sobre el tema puesto que no era un objetivo de la evaluación, es notable indicar que la estigmatización se encontró también como preocupación del lado del personal especializado en el área de psicología y psiquiatría, y no existe únicamente en la arena social fuera del sector médico.

La paciente F.2 entró en el sentido de sus declaraciones previas sobre el hermetismo de su núcleo familiar, con lo que también rechazó la visión negativa sobre el tratamiento. Así, relató que extendió la misma sugerencia de atención en salud mental a una conocida: tiene problemas de tiroides, su pareja tiene complicaciones por diabetes y cuida de sus nietos. Ella no iba a la atención por argüir que no tenía tiempo para ello, pero ante la propuesta de decirle a sus hijos que un día se encarguen de los nietos le respondió: “es que si le digo a mis hijos que voy a ir al psicólogo luego van a decir que estoy loca”. Por consecuencia, la usuaria F.2 enfatizó

en que la terapia “es una manera de sacar lo que uno tiene internamente, lo que no le puede decir a un amigo” y que es benéfico, llegando a recomendarlo también a sus propios hijos.

En estos casos, está la constante de la estigmatización detrás de la recomendación de la atención en salud mental como elementos ligados, lo cual se repitió en la entrevista con el usuario F.7. Él relató que dicha reticencia la encontraba en su ámbito familiar con una hermana suya, pero a partir de la terapia que recibió con un psicólogo anteriormente (servicio privado) su madre y otro hermano sí asistieron a consulta. Aquí, el rechazo hacia la atención en salud mental pasó a un segundo plano frente a los efectos positivos que observaban en el usuario F.7, así como por pérdidas de parientes. En ello coincidió la mamá de la paciente F.5, para quien la muerte de seres queridos provoca la necesidad de aliviar el dolor que atraviesan.

En este punto, encontramos coincidencias en aquello que los pacientes comprendían qué era meritorio para sugerir la atención en salud mental, aunque enfrentaran comentarios de estigmatización como los que venimos recopilando. Es más, la única persona que no recomendó el servicio fue la usuaria F.9, quien sostuvo que “hace 20 años tenía otras ideologías, ya cambió mi modo de pensar, todos los servicios (de salud) que nos dan son muy útiles y nos sirven demasiado”, dando a entender que antes ella sostenía una perspectiva negativa sobre el tratamiento en cuestión.

El paciente F.7 enumeró como causas para recomendar el servicio la “pérdida de personas que ya no se encuentran con nosotros, pareja, trabajo, dinero inclusive o conflictos intrafamiliares”. La paciente F.6 mencionó casos de una amiga cuyo hijo falleció de cáncer, a su hijo en quien detecta conductas agresivas, y a otras amigas porque “ahora con la pandemia, (...) como los tenían encerrados, (...) y hay mucha gente que vive en espacios más pequeños y salen con depresión”. Para ella, todos necesitan terapia psicológica, “hasta las personas que vean más estables necesitan abrirse”. No obstante, así como los anteriores interlocutores, a quienes les extiende la recomendación de la atención es a un círculo familiar y de amistades. Ello se debe probablemente a las reacciones negativas sobre el tema, así como al resguardo de su privacidad de revelar que son pacientes psiquiátricos y/o psicológicos. Bajo la misma lógica, la usuaria F.5 invitó a su prima a que la acompañara: “tiene problemas de ansiedad (...) y yo le dije que yo venía a un psiquiatra, le digo ‘si te quieres venir conmigo te vienes y a ver si te hace archivo para que ya te vengas más seguido con nosotras o para que ya tú entres a consulta (...), vas viendo cómo nos va tratando””.

Justamente por ambos motivos, algunos entrevistados expresaron no promocionar la atención en salud mental o limitarse a mencionarlo sin mucho ahínco. Para el usuaria F.8, solamente sugiere la atención cuando lo estima suficientemente grave: estableció la distinción

entre “un mal hábito, morderse las uñas o a lo mejor una conducta más agresiva como la gente que se jala el pelo o que se rasguña mucho por la ansiedad” donde no necesariamente se aproxima a promocionar la atención, versus situaciones donde hay “una especie de ánimo como muy apachurrado, triste o que me comparta, digamos tipos de pensamientos los voy a decir así feos, pero espero que se entienda entre líneas”, refiriéndose a ideaciones suicidas. Para la paciente F.10, es clave acotar que ella es médico pasante de servicio social, por lo cual también recibe a usuarios del servicio público de salud y tiene la facultad de presentar el servicio especializado en salud mental. Si bien declaró efectuarlo en su atención, no aboga por su utilidad en su vida privada.

Un último grupo entre los usuarios lo engloban las madres de los pacientes menores, de entre quienes solamente la madre de la paciente F.5 indicó haber sugerido el servicio a personas adultas. Las madres relataron la promoción de la salud mental en función de lo que sus hijos necesitaban y las problemáticas comunes halladas en el espacio escolar, llamando la atención la paciente F.4 quien limitó la promoción del servicio a adolescentes y no para pacientes adultos como ella:

“La maestra dijo que aquí no había (servicio), le dije ‘sí, vaya. Va a ver que, sí hay psicología’, y así las mamá estaban ahí ‘¿de veras?’, ‘sí, si lo hay, **son psicólogos, son mujeres**’, les digo por si se sienten más seguras por una mujer. (...) Les dije que (nombre de hijo) ya se sentía más seguro viniendo a terapia, porque veía a otro niño muy nerviosito y ya **yo le dije a su mamá ‘por no lo llevas a terapia, vas a ver que le van a dar seguridad’**” (énfasis propio) (Entrevista con mamá de paciente F.3).

“La mayoría eran amigos de (nombre de hija), de la secundaria, de la primaria. ‘Mi hijo tiene estos problemas en la escuela’ y yo les decía ‘vayan al centro de salud, de verdad **la psicóloga que está ahí es muy afín, yo veo que tiene muchos pacientes adolescentes**’. (...) Les platico la experiencia de mi hija que el año sabático que se tomó le ayudó muchísimo a madurar, a darse cuenta de realmente de lo que quería de la vida y a controlar todo lo que traía. Entonces la recomiendo ampliamente” (énfasis propio) (Entrevista con paciente F.4).

“A una mamita de la escuela que me dijo que el niño no superaba la muerte de su abuelita también **le dije que con (nombre de psicóloga), que llegara directamente aquí** y que preguntara ‘¿con quién es tu cita?, quiero una con (nombre de psicóloga)’” (énfasis propio) (Entrevista con mamá de paciente F.11).

Estos casos revelan que es necesario incrementar las estrategias de promoción del servicio de salud mental, por parte de la Sedesa, en el ámbito educativo, en coordinación con SECTEI.

egún el criterio de evaluación, las madres demuestran aceptabilidad del servicio de modo prominente hacia sus hijos, y en casos como las mamás de los pacientes F.3 y F.11 recomendaron particularmente al centro de salud donde cada una lleva a sus hijos, incluso sugiriendo a la psicóloga que les atiende. La madre del paciente F.3 además comentó que ha asistido a eventos adicionales de promoción de la salud mental organizados por el centro de salud como cuentacuentos, y que, si para asistir a éstos se requieren materiales, ella ha externalizado su cooperación. Por tanto, promovieron el servicio público, pero con la acotación que su aprobación se restringía al personal especializado en el área de psicología y psiquiatría de los MSM, sin extenderse a todo el sistema de atención. Caso contrario es el de la mamá de la paciente F.5, cuya promoción es estrictamente de la salud mental, pero no necesariamente del servicio público; lo cual puede deberse a las barreras ya enumeradas para un tratamiento eficaz y eficiente.

En conclusión, la gran mayoría de usuarios entrevistados recomendaron la atención en los centros de salud a los cuales acuden, concordando con la descripción “se vuelven promotores de la SM en la práctica, en cuanto recomiendan el uso del servicio público a su entorno comunitario” del criterio de utilidad percibida. Dicha promoción fue suscitada hacia pares que atravesaron la muerte de parientes, conflictos dentro de familia o pareja, estados de ánimo depresivos e ideaciones suicidas; aunque también hay casos donde se acepta que el tratamiento en salud mental es benéfico para la totalidad de la población. Por consecuencia, los usuarios reportaron haber recibido como reacción resistencias basadas en la estigmatización de la salud mental y en calificarla de “locura”; lo cual es congruente con lo hallado previamente entre las entrevistas con el personal del PSM. Otras justificaciones para no atenderse en el servicio evaluado son la falta de recursos y la priorización de otras actividades, pero una vía registrada para superar el rechazo era la observación de cambios positivos entre quienes recibían tratamiento y la confianza en las bases científicas del servicio. Asimismo, las madres de los pacientes menores recomendaron la atención en base a lo que estimaron necesario para los niños: seguridad, autoconfianza, maduración; en especial en el contexto educativo.

10. Matriz de hallazgos y conclusiones

10.1. Matriz de hallazgos

Realizamos una síntesis de hallazgos, considerando fortalezas y áreas de oportunidad en el cumplimiento del objetivo de la detección oportuna, prevención y tratamiento de los problemas de salud mental en la población usuaria no derechohabiente.

Cuadro 39. Hallazgos de la evaluación por valoración de los criterios

Criterios	Definiciones	Fortalezas	Áreas de oportunidad
	Diseño		
Pertinencia	Grado en que los objetivos y el diseño de la intervención responden a las necesidades y prioridades de la población beneficiaria	<p>Legislación local que permite la prevención y atención prioritaria en dicho ámbito.</p> <p>El Gobierno de la Ciudad dispone de un compendio de servicios que inciden en la promoción, prevención y atención de la SM.</p> <p>El programa operativo para servicios de SM en primer nivel dispone de indicadores de gestión.</p> <p>La oferta en el primer nivel es preponderante y pertinente para la población capitalina sin seguridad social.</p> <p>Durante la contingencia sanitaria, se habilitó la atención por teléfono o por Internet en algunos MSM.</p>	<p>Ausencia de una política, que permita sentar las bases de una estrategia transversal, integral e intersectorial de salud mental.</p> <p>En el Programa de Gobierno 2019-2024, la acción gubernamental de SM solo fue reconocida a partir de la coordinación que se pueda realizar con el nivel federal.</p> <p>No se han implementado instrumentos considerados en la normativa específica (Consejo de Salud Mental, fideicomiso en salud mental).</p> <p>No se ha desarrollado un Programa de Salud Mental, en los términos exigidos por la LSMDF, no solo restringido a primer nivel.</p> <p>El programa operativo para servicios de SM en primer nivel requiere de indicadores de resultados.</p> <p>Restricciones presupuestales en primer nivel por dependencia a transferencias federales.</p> <p>Se perdió pertinencia cuando el servicio de SM en centros de salud se restringió durante la contingencia</p>

Criterios	Definiciones	Fortalezas	Áreas de oportunidad
Coherencia	La compatibilidad interna y externa de la intervención con otras acciones de gobierno, en un sector o institución.	<p>Liderazgo de la coordinación de salud mental en primer nivel.</p> <p>Se cuenta con instrumento de coordinación inter-institucional para el ámbito de la prevención y atención de adicciones.</p>	<p>sanitaria.</p> <p>Cancelación contraproducente del programa social NUBE, dado el incremento de la conducta suicida, y de la sintomatología de ansiedad y depresión.</p> <p>No se cuenta con una coordinación central formal que fomente la articulación de acciones en el sector salud capitalino y a nivel intersectorial, no solo acotado al tratamiento de adicciones.</p> <p>La referencia por motivos legales y penales para acceder a los MSM presenta un posible vacío de seguridad para el personal de salud.</p>
	Operación		
Disponibilidad	Existencia y suficiencia de recursos (infraestructura, personal, medicamentos, presupuesto) para hacer efectivo el servicio de atención médica.	<p>Servicios disponibles, de acuerdo con los elementos que sugiere el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2030.</p> <p>En comparación con otras entidades federativas, concentración de recursos y servicios de SM en el centro del país y en Ciudad de México específicamente.</p> <p>80% de los centros de salud T-III disponen de acciones para la prevención y atención de la SM.</p> <p>Aumento de la plana de profesionales de psicología en el primer nivel, en particular entre 2018-2021.</p> <p>Idóneo el esfuerzo de disminuir la brecha de suficiencia de personal de SM en demarcaciones con alta densidad poblacional.</p>	<p>Brechas de disponibilidad en cuanto a distribución desigual de los MSM, desde una perspectiva territorial.</p> <p>Cinco de las seis jurisdicciones sanitarias en la ciudad con menos MSM se localizan en la zona poniente y la zona sur.</p> <p>A mayor población (GAM e Iztapalapa) hay una menor disponibilidad de MSM.</p> <p>Déficit relevante de médicos psiquiatras en el servicio. Déficit de psicólogos o psiquiatras especialistas en tratamiento de niños y niñas.</p> <p>La derivación de otros centros de salud y falta de atención en salud mental fue registrada como frecuente entre el personal entrevistado.</p> <p>Insatisfacción del personal de los MSM por condiciones laborales. Carga administrativa no automatizada.</p> <p>Limitaciones identificadas en la suficiencia de recursos para los MSM: Escasez de papelería, falta de servicios y</p>

Criterios	Definiciones	Fortalezas	Áreas de oportunidad
			<p>equipos de telefonía, cómputo e Internet.</p> <p>Falta de recursos económicos para adquirir pruebas psicológicas y capacitar al personal de salud en su aplicación.</p> <p>Severas limitaciones de existencia, suficiencia y disponibilidad de medicamentos psiquiátricos.</p> <p>Dependencia notable de los aportes federales para la protección de la salud de los capitalinos sin seguridad social.</p>
Oportunidad	<p>El acceso a los servicios de atención médica cuando se requieren y solicitan sin dilación de tiempo por razones administrativas, económicas, ni de disponibilidad de espacios, recursos.</p>	<p>Número de sesiones otorgadas en función de las necesidades de los pacientes.</p> <p>Uso de terapia breve en algunos MSM para contar con más disponibilidad de citas.</p> <p>De acuerdo a la urgencia de los casos, se establecen citas más prontas en los MSM.</p>	<p>Brecha temporal entre citas para pacientes que requieren citas más prontas.</p> <p>Se dilata la oportunidad de tratamiento cuando los centros de salud no poseen ciertas pruebas psicológicas o no tienen la capacitación para administrarlas.</p> <p>Retos en la gestión y abastecimiento gratuito de medicamentos que obstaculiza la oportunidad del tratamiento.</p>
Accesibilidad	<p>Existencia o no de barreras económicas, geográficas, administrativas, culturales, ambientales y de cualquier naturaleza que impiden, limitan o restringen, el acceso a los servicios.</p>	<p>Se gana una fortaleza desde la accesibilidad al ser Cuauhtémoc una de las demarcaciones con mayor concentración de MSM.</p> <p>En la muestra observada, las instalaciones para la atención en centros de salud permiten el desarrollo de las sesiones y el establecimiento de la privacidad.</p> <p>En la muestra de usuarios entrevistados, acceder a los centros de salud con MSM fue sencillo en la mayoría de los casos. Pacientes sentían que los centros de salud (T-III) estaban bien ubicados.</p>	<p>Algunos centros de salud que requieren mejorar la presentación de información y señalética respecto a los servicios de SM.</p> <p>Dificultad en el acceso se incrementa cuando hay que buscar centro de salud con medicina disponible, o con un servicio de psiquiatría.</p> <p>Ausencia de presentaciones diversas de un mismo medicamento para una mayor accesibilidad.</p> <p>Necesidad de información actualizada (directorio) sobre disponibilidad territorial de servicios varios de SM, dirigido a personal de salud y administrativo de</p>

Criterios	Definiciones	Fortalezas	Áreas de oportunidad
			<p>Sedesa.</p> <p>En dos centros de salud se comprobó la inseguridad de la ubicación, por acciones delictivas comprobadas, amenazando la accesibilidad.</p>
<p>Eficacia</p>	<p>Grado en el que la intervención ha logrado, o se espera que logre sus objetivos.</p>	<p>El objetivo de acceso a los MSM suele concretarse con relativa facilidad.</p> <p>Disponibilidad de formatos para el registro y seguimiento administrativo y clínico de los pacientes.</p> <p>La mayoría de los usuarios entrevistados no encontraban fallas en la atención directa con el personal especializado de los MSM.</p> <p>Jornadas de promoción de la salud mental que son efectivas.</p> <p>Efectividad del personal de los MSM al adaptar recursos terapéuticos en función al contexto de los pacientes.</p> <p>Personal de los MSM identificó mejoras en el bienestar de los pacientes. Usuarios identificaron cambios positivos en sus vidas por el tratamiento.</p> <p>Personal médico no especializado en salud mental capacitado en detección anticipada de problemas emocionales o TSM, con base en la guía mhGAP.</p> <p>Ampliación de horarios en fines de semana y feriados en algunos MSM para atender la demanda.</p> <p>Atención no presencial durante la contingencia sanitaria beneficiaba a ciertos grupos de personas, como a quienes tienen dificultades para desplazarse por sí mismos.</p>	<p>Pérdida de eficacia por el déficit de psiquiatras o disponibilidad de medicina psiquiátrica.</p> <p>Falta de estandarización por la ausencia de un manual de procedimientos (focalizado en atención primaria de salud mental).</p> <p>Limitada eficacia respecto a pruebas psicológicas suficientes y con personal capacitado.</p> <p>Limitada difusión del servicio de salud mental en los centros de salud.</p> <p>Capacitaciones en mhGAP no complementadas con proyectos de atención colaborativa e involucramiento de personal médico y administrativo no especialista en SM</p> <p>Atención no presencial durante el confinamiento presentaba barreras para los usuarios, por la falta de espacios idóneos en sus domicilios.</p>

Criterios	Definiciones	Fortalezas	Áreas de oportunidad
Eficiencia	Grado en el que la intervención produce, o es probable que produzca, resultados con el mínimo uso de recursos.	Duración de las sesiones en los MSM permite cumplir las metas de productividad por módulo. Empleo de estrategias terapéuticas (como la terapia breve) para mejorar la disponibilidad de citas. Intervención de otros profesionales de la salud ayuda a abrir la disposición de los pacientes para que acudan a consultas de SM.	Aumento del recurso tiempo entre citas, ante la falta de más horarios de atención y especialistas. Menor disposición de MSM en jurisdicciones sanitarias que agrupan a una mayor cantidad de población con balance anímico negativo. Ausencia de carga administrativa automatizada para el llenado de los formatos de registro y seguimiento de consultas. Personal de los MSM cubren costos de algunos recursos para que la atención no reduzca su efectividad. Ausencia de un registro real de la distribución y el vencimiento de los medicamentos existentes en las farmacias de centros de salud.
	Resultados		
	Cobertura	Población atendida sobre el total de la población potencial que tiene una necesidad de atención relacionada con salud mental.	Aumento en el número de población usuaria atendida en los servicios de SM de primer nivel, respecto a la proporción que acudía en segundo nivel.
Adherencia al tratamiento	Los usuarios siguen las indicaciones de los especialistas de la salud mental. Se gesta con una ética médica y/o profesional que promueve el intercambio horizontal y consentido de información e ideas acerca de las problemáticas de salud mental de los mismos usuarios.	Mayoría de pacientes entrevistados reportó estar satisfecho con los horarios de atención en los MSM. Mayoría de usuarios entrevistados regresan a las citas con personal especializado por el valor que le otorgan al servicio profesional. Empleo de un formato de consentimiento informado que establece el acuerdo y compromiso entre las partes. Usuarios rescatan la comunicación y la retroalimentación constante, de parte de los	Tiempo prolongado entre citas y dificultades en el acceso a medicamentos gratuitos afecta la adherencia al tratamiento. Cambios positivos demoran más en conseguirse. Adherencia se entorpece por las circunstancias materiales que se estiman necesarias para el bienestar, como el trabajo y la situación económica.

Criterios	Definiciones	Fortalezas	Áreas de oportunidad
		<p>profesionales de la SM.</p> <p>Todos los usuarios entrevistados hicieron referencia a la integralidad de la salud al explicar los cambios positivos provenientes de la atención en salud mental.</p> <p>Adherencia al tratamiento que permitió que los usuarios consigan controlar progresivamente peligros reales a su integridad.</p> <p>Pacientes mujeres entrevistadas trabajaron con el personal especializado de los módulos hacia mejoras en su salud mental, complementando su bagaje de resiliencia ante situaciones de adversidad y cuadros de violencia.</p>	
<p>Utilidad percibida</p>	<p>Los usuarios reconocen la utilidad del servicio público de salud mental en los centros de salud de la capital, superan una visión de estigmatización de las personas con TSM cuando es el caso, y/o se vuelven promotores de la SM en la práctica, en cuanto recomiendan el uso del servicio público a su entorno comunitario.</p>	<p>Usuarios asocian la utilidad del servicio con los fundamentos y técnicas del tratamiento recibido, mención a estrategias aprendidas en sus consultas.</p> <p>Pacientes ligan utilidad a cambios positivos en el ejercicio de facultades ejecutivas (autorregulación emocional y reducción de conflictos, por ejemplo).</p> <p>Respecto a las facultades de sociabilidad, la utilidad fue ubicada en la redefinición de lazos sociales y en establecer fronteras para interacciones favorables.</p> <p>Pacientes atribuyen utilidad a la atención por permitirles reintegrarse a sus tareas académicas y laborales.</p> <p>Usuaris ubicaron la utilidad del servicio en el apoyo para desplazarse por sí solas en la ciudad, como respuesta a circunstancias adversas y generadoras de estrés (violencia de género, pandemia, condición de salud física).</p> <p>Cuando los pacientes son niños, utilidad se centró en lidiar con aquello que entorpece su vida</p>	<p>Falta de una detección temprana de problemas de salud mental para la población en edad escolar.</p> <p>Pocos casos (en la muestra de entrevistas a población usuaria) no asocian necesariamente la atención evaluada con el alcance de bienestar, priorizando el evitar circunstancias conflictivas e individualizando los trastornos de salud mental.</p>

Criterios	Definiciones	Fortalezas	Áreas de oportunidad
		<p>escolar (seguridad en sí mismo, tratamiento por acoso escolar).</p> <p>Algunos usuarios incorporaron la salud mental como factor provechoso para su salud integral.</p> <p>Algunos usuarios se vuelven embajadores de la salud mental, difunden su importancia y recomiendan acudir a atención psicológica y psiquiátrica.</p>	

10.2. Conclusiones

El Gobierno de la Ciudad cuenta con legislación que permite la prevención y atención prioritaria en dicho ámbito. Dispone de un compendio de servicios que inciden en la promoción, prevención y atención de la salud mental. No obstante, la problemática de la salud mental no ha sido considerada una cuestión prioritaria en Ciudad de México, en cuanto se mantiene la ausencia de una política relacionada. En la actualidad, hay acciones que asumir en cuanto los niveles de conducta suicida, así como los síntomas de depresión y ansiedad, se incrementaron en el periodo pandémico, mientras que posteriormente no se ha vuelto a magnitudes previas a la contingencia sanitaria, como ha ocurrido en otras latitudes.

Por lo demás, el sector público de salud opera bajo un contexto de reducidos fondos para la protección de la salud. Para atender una necesidad de salud la población opta por una oferta privada que no asegura calidad de servicio (ante la alta frecuencia de asistencia a consultorios adyacentes a farmacias), donde la afiliación solo es un factor decisivo de elección para uno de cada tres que cuentan con seguridad social. La selección por particulares es más amplia cuando hay que atender una necesidad de salud mental, incluso en población sin derechohabiencia alguna.

Sin embargo, en el marco de dicho rezago, en el 2021 más personas cubrían dicha necesidad en la infraestructura de SSA-Sesa, por encima del promedio de cualquier otra necesidad, mientras que las proporciones de esta búsqueda de atención en IMSS o ISSSTE se mantenían por debajo del respectivo promedio de toda necesidad de salud. En la evaluación intentamos explicar estos datos a nivel Ciudad de México. Entre las razones presentadas, está la mayor concentración de establecimientos, consultorios y recursos humanos para salud mental en el centro del país, incluyendo la instalación de los módulos respectivos en centros de salud (situación no fácil de replicar en otras entidades federativas), esfuerzo atribuible a Sedesa-SSPCDMX. Por tanto, es importante reconocer el esfuerzo acumulado del gobierno capitalino para proveer servicios públicos de salud mental, superior al que se observa a nivel de las instituciones de seguridad social federales, que, como se sabe, cuentan con mayores recursos.

Reconocemos las acciones actuales para mejorar la disponibilidad de recursos humanos en salud mental, en especial en las dos demarcaciones más pobladas de la ciudad, así como es destacable que en los últimos 10 años más pacientes han acudido a estos servicios en el primer nivel, frente a una tendencia decreciente en el segundo. Asimismo, desde una perspectiva cualitativa, distinguimos casos de pacientes que mantienen fidelidad en el servicio de salud mental de los centros de salud y reconocen su utilidad al percibir mejoras en sus facultades ejecutivas, cuando se presenta una combinación de factores de acceso al servicio (unidad fácil

de llegar por distintos modos de transporte, trámites prontos y flexibles de gratuidad y primera cita, existencia de señalética idónea en la unidad, actividades de difusión, personal médico y administrativo con capacitación en SM, acuerdos formales de consentimiento e información) y acceso al tratamiento (competencia profesional de los trabajadores de la SM, comunicación horizontal y empática en la transmisión y conducción de los objetivos terapéuticos, retroalimentación que considera los determinantes sociales que influyen en la biografía del paciente).

Estos resultados necesitan de un contraste a través de una evaluación de impacto (que involucre, por ejemplo, un período más prolongado de estudio o el involucramiento de la población que abandonó el tratamiento), más se presentan para visibilizar avances en un contexto de país donde se ha hecho poca evaluación subnacional respecto a las diversas estrategias implementadas para mejorar la calidad de atención en las instituciones de salud mental.

En el marco de los hallazgos, la cobertura de la oferta es baja, menos de dos de cada diez no derechohabientes con balance anímico negativo. Asimismo, existe una disparidad en el acceso y disponibilidad de estos servicios, en cuanto tienden a concentrarse en las franjas de la ciudad con menos población con síntomas negativos de salud mental (centro y norponiente), que en las zonas con mayor población afectada por estos malestares (eje sur-suroriente y Gustavo A. Madero), en un escenario de bajo incremento de establecimientos en el primer nivel de atención. En el contexto del servicio otorgado, se presentan barreras que interfieren en su eficacia y en la adherencia al tratamiento: ausencia de pruebas psicológicas, insuficiencia o inexistencia de medicamentos idóneos, no disponibilidad de psiquiatras en la mayoría de módulos, los costos adicionales de traslado que se generan por las limitaciones descritas).

En ese orden, reconociendo los avances en el sector salud, hay que señalar también un estancamiento, al menos en ciertas dimensiones de gestión. Hace trece años el entonces Evalúa DF evaluó los servicios de salud materno-infantil, cuyos resultados son similares a lo que presentamos en este informe: buena calificación de los servicios de parte de los usuarios, pero con una calidad afectada por la sobredemanda y la excesiva limitación en los recursos materiales, sobrecarga de trabajo en el personal médico y auxiliar, abasto insuficiente y no oportuno de medicamentos. Las deficiencias en gestión se siguen replicando, aunque en distinto servicio y tiempo.

La pretensión federal de retomar los esfuerzos universalistas bajo una coordinación única, a ser efectiva actualmente a través del Programa IMSS-Bienestar, así como una reforma institucional y legislativa para una modernización de las políticas de salud mental y adicciones,

ofrecen una oportunidad. El hecho de que el modelo federal de atención primaria incluya como componente la disposición de módulos de salud mental y adicciones es replicar en parte la trayectoria ya seguida en la capital, solo que, de modo adicional, es posible que los módulos, los CAPA, los Cecosam y el Cisame, funcionen bajo una única unidad administrativa de coordinación, donde se podrían mejorar aspectos de calidad y cobertura por economía de escala. Inclusive planteamos la posibilidad de unificar o fusionar los CAPA, MSM, Cecosam y Cisame bajo un mismo modelo integral, especializado y diversificado de atención a la salud mental, en línea con las intenciones actuales de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. Asimismo, en este marco se deberían considerar estrategias adicionales.

Primero, resulta problemático que la inversión pública sanitaria dependa exclusivamente de las transferencias federales, ya que la calidad del servicio de salud puede verse severamente reducida ante eventuales recortes o giros políticos que trasciendan el ejercicio local. La idea del fideicomiso, (que aparece en la LSMDF) sigue siendo relevante, aunque debería contar con un propósito más amplio, que no solo implique el apoyo financiero para la atención médica de la salud mental, sino que canalice recursos presupuestales del Gobierno de la Ciudad hacia respuestas transversales de promoción de la salud, complementarias a las estrategias de IMSS-Bienestar.

Segundo, es necesario diseñar y conducir una política, que permita sentar las bases de una estrategia transversal e integral de salud mental, hacia la extensión progresiva de los servicios de salud gratuitos, en particular en el primer nivel de atención. La normativa ofrece instrumentos que pueden ser aprovechados (Consejo de Salud Mental, fideicomiso) pero se necesita de un plan con perspectiva de bienestar social, más allá de los parámetros biomédicos, que asigne responsabilidades de modo intersectorial y que no encajone la salud mental como un ámbito aislado, sino en un marco de promoción de conductas saludables, prevención y contención de prevalencias crónicas, y con atención hacia los determinantes sociales que inciden en la salud de los capitalinos (en particular, ingresos económicos bajos, niveles de violencia, inequidad de género, desprotección de la niñez, adolescencia y adultos mayores, brechas para la población con discapacidad).

Tercero, se requiere posicionar la transversalidad de la salud mental. Esto implica el establecimiento de un órgano coordinador unívoco en el sector salud (para Sedesa y SSPCDMX), la conformación de objetivos que no solo sean de gestión, sino de resultados y de impactos, y la asignación de funciones de promoción y prevención que también sean asumidas por entes del sector del bienestar. Sedesa puede asumir el liderazgo de esta política, aunque la elaboración de un programa especial, en el marco de los parámetros establecidos en la Constitución Política de la Ciudad de México, puede ser el instrumento que establezca los

mecanismos de delegación con otras instituciones. De modo adicional, un proceso de deliberación para dicho programa especial podría ayudar a complementar los enfoques de salud mental provenientes del sector federal.

Cuarto, los programas que integren la política propuesta requieren una estructura de programa social, en el sentido de contar con indicadores diferenciados de gestión y de resultados, así como una asignación presupuestal claramente delimitada. La OMS y los Objetivos de Desarrollo Sostenible ofrecen marcos generales de acción al 2030 (Plan de Acción sobre Salud Mental, indicador de reducción en la tasa de mortalidad por suicidio), pero cada país requiere construir su propia trayectoria sobre cómo lograr la reducción en cuestión. Con el apoyo de la contraparte federal, Ciudad de México puede delinear un modelo de intervención que sea ejemplo para otras entidades federativas, reconociendo las dimensiones psicosociales y emocionales de los grandes problemas sociales, donde se pueda distinguir cómo los programas establecidos y/o seleccionados estarán contribuyendo a un bienestar integral, tanto físico como emocional, con estrategias segmentadas que no solo atiendan a la población joven menor de 30 años o desde un punto de vista de contención de las adicciones, sino con cobertura asegurada hacia todos los grupos de atención prioritaria.

Quinto, los objetivos del eventual programa especial tienen que estar alineados con los objetivos de trabajo digno, bienestar y seguridad ciudadana, así como no estar exclusivamente vinculados a servicios de atención psicológica. Como vimos, las intervenciones actuales en la ciudad, incluso a nivel alcaldías, ofrecen también otro tipo de alternativas, en las dimensiones de promoción de la salud, prevención y recuperación. Esto debería incluir la asignación de transferencias monetarias en el aspecto de recuperación para los grupos de atención prioritaria.

Sexto, la actuación no se restringe a las nuevas posibilidades programáticas en salud mental. En el sector salud es indispensable fortalecer la gestión interna de los servicios de salud. Esto incluye introducir el expediente clínico electrónico y otorgar predictibilidad logística al abastecimiento de medicina. Asimismo, más allá de la colaboración con IMSS-Bienestar para el mejoramiento de la atención primaria, y la consolidación del acceso gratuito y universal, hay que establecer aspectos adicionales de coordinación: mejorar el estatus organizacional de la planta de psicología, para que tengan incentivos similares a otros profesionales de la rama paramédica (de acuerdo con el catálogo de puestos y tabulador de sueldos y salarios), formalizar el procedimiento de salud mental en los MSM, y reorganizar las formas de operación de las jurisdicciones sanitarias, para priorizar las acciones de promoción y prevención en la atención primaria, son puntos de acuerdos que se necesitan definir. De modo adicional, las acciones de capacitación en los contenidos de la guía mhGAP requieren de una fase

complementaria de actuación, donde se gestionen proyectos de involucramiento y entrenamiento del personal de salud, desde una perspectiva colaborativa ante los déficits señalados de profesionales en psicología y psiquiatría.

En suma, lo que se pretende es articular acciones concretas, posicionando a la salud mental como una política de bienestar, bajo un enfoque transversal e integral, y con cimientos deliberativos. Es decir, se busca que no solo sea un objeto de discusión en la esfera privada e individual, o en un campo específico de la atención médica donde solo se diagnostique o recete medicamentos, sino que se reconozca la relación que guarda con los actuales problemas públicos y que por lo tanto llegue también a discutirse en los espacios comunitarios de la población.

Referencias bibliográficas

Ahmed, S. (2014). *Las políticas culturales de las emociones*. 2ª edición. Traducción: Cecilia Olivares Mansuy. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión - AMAI México (2023). *Qué es NSE*. Obtenido del sitio web de la AMAI. Disponible en <https://www.amai.org/NSE/>

Arensburg, S. y A. Vitores González (2001). “Encierros y psicología social. ¿Abolición o Institución? Tendencias actuales en investigación social”. En: Instituto Catalán de Cooperación Iberoamericana, *Primer Seminario de Ciencias Sociales y Humanas* (pp. 297-308). Barcelona: Instituto Catalán de Cooperación Iberoamericana.

Bárcenas Barajas, K. (2021). “A manera de introducción. Problematizar el derecho a decidir sobre el propio cuerpo”. En: K. Bárcenas Barajas (coord.) *Género y sexualidad en disputa: desigualdades en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo desde el campo médico* (pp. 7-33). Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.

Barukel, A. y A. Stolkiner (2017). Gobierno de la locura: un juego entre encierro y libertad. Premisas para el estudio de las prácticas vigentes en un hospital psiquiátrico público de Argentina. *Anuario de Investigaciones*. XXIV, pp. 201-209.

Bedoya Correa, M.; A.N. Gómez Acevedo y S.C. Ríos Galeano (2018). *La transversalidad, un proceso que va más allá del discurso pedagógico* [Artículo de investigación para Licenciatura, Universidad de San Buenaventura]. Disponible en http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/5664/1/Transversalidad_Discurso_Pedagogico_Bedoya_2018.pdf

Berenzon-Gorn, S.; N. Saavedra-Solano y J. Galván-Reyes (2018). Contextos y desafíos para la atención de la salud mental en el primer nivel. Una aproximación socioecológica. *Salud Pública de México*. 60 (2), marzo – abril, pp. 184-191. <https://doi.org/10.21149/8673>

Berenzon S.; N. Saavedra, M.E. Medina-Mora, V. Aparicio y J. Galván (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 33 (4), pp. 252-258.

Borges, G.; R. Orozco, C. Benjet y M.E. Medina-Mora (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*. 52 (4), pp. 292-304.

Bustelo, M. (2001). *La evaluación de las políticas públicas de igualdad de género de los gobiernos central y autonómicos en España: 1995-1999* [Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. Disponible en <https://hdl.handle.net/20.500.14352/55148>

Cáceres, C. M.; G. Granja, N. P. Osella y N. M. Percovich (2017) *Derechos humanos en salud: en el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud*. Lanús: Asociación por los Derechos en Salud Mental - ADESAM. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/en-el-camino-de-la-implementacion-de-la-ley-nacional-de-salud-mental>

Callahan, D. (2004). *Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas* (Cuaderno nº 11). Informe del Hasting Center. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas. Disponible en <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/Los-fines-de-la-Medicina.pdf>

Canto, M. (2020). *El sueño del ángel. Veinte años de política social en la Ciudad de México*. 1ª edición. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Cardoso de Oliveira, R. (1998). *O trabalho do antropólogo*. São Paulo: UNESP Editora.

Cardozo, M.; Á. Mundo y P. Yanes (2012). *Evolución del marco institucional y análisis de las políticas y los programas sociales aplicados por el GDF (1997-2012)*. Ciudad de México: Consejo de Evaluación del Desarrollo del Distrito Federal. Disponible en http://www.evalua.df.gob.mx/files/pdfs_sueltos/anali_poli_programas97_13final.pdf

Caron, E. y L.C.M. Feuerwerker (2019). Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. *Saúde e Sociedade*. 28 (4), pp. 14-24. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190697>

Castillejos, J. L. (20 de marzo de 2023). *Feminicidio, problema grave de México*. La Silla Rota. Disponible en <https://lasillarota.com/opinion/columnas/2023/3/20/feminicidio-problema-grave-de-mexico-419611.html>

Cirera León, y C. Vélez Méndez (2000). *Guía para la evaluación de políticas públicas*. Sevilla: Instituto de Desarrollo Regional, Universidad de Sevilla. Disponible en <http://hdl.handle.net/11441/56449>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) (2017) *Panorama Social de América Latina 2016* (LC/PUB.2017/12-P). Santiago: Cepal.

Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadicc) (2022). *Taller de capacitación regional. Actualización del Modelo de Atención de las UNEME CAPA.*

Consejo de Evaluación de la Ciudad de México (Evalúa CDMX) y Programa Universitario de Estudios sobre la Ciudad (PUEC) de la Universidad Nacional Autónoma de México (2022). *Tabulados del Encuesta sobre el Bienestar de los Hogares 2021.* Ciudad de México: Evalúa CDMX y PUEC.

Consejo de Evaluación de la Ciudad de México - Evalúa CDMX (2021). *Pobreza de Necesidades Básicas Insatisfechas por Alcaldías, 2015-2020.* Obtenido del sitio web de Evalúa CDMX. Disponible en <https://www.evalua.cdmx.gob.mx/medicion-de-la-pobreza-desigualdad-e-indice-de-desarrollo-social/pobreza-de-nbi-por-alcaldia-2015-2020>

----- (2020). Ciudad de México 2020. *Un diagnóstico de la desigualdad socio territorial.* Ciudad de México: Evalúa CDMX. Disponible en <https://www.evalua.cdmx.gob.mx/storage/app/media/DIES20/ciudad-de-mexico-2020-un-diagnostico-de-la-desigualdad-socio-territorial.pdf>

Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal - Evalúa DF (2009). *Recomendaciones de la evaluación externa realizada al Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Distrito Federal.* Ciudad de México: Evalúa DF. Disponible en https://evalua.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/files/Atribuciones/programassociales/rec_def_med_10.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social - Coneval (2016). *Evaluación del Programa Sectorial de Salud 2013-2018.* Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

----- (2011). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México. En materia de Acceso a los Servicios de Salud 2011.* Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Disponible en https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Documentos%20tem%C3%A1ticos%20IEPDS2011/IEPDS_Salud_2011.pdf

----- (s.f). *Impacto del Programa de Beca de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas: estudio exploratorio con enfoque cualitativo.* Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Consejo Nacional de Salud Mental (Consame) (2013). *Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018*.

Corry, C. (2013). Servicios comunitarios de salud mental en Cuba. *MEDICC Review*. Octubre, 15 (4) (publicación en línea). Disponible en http://mediccreview.org/wp-content/uploads/2018/04/mr_323_es.pdf

Di Virgilio, M. M. y R. Solano (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Fundación del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento - CIPPEC y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. Disponible en <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1415.pdf>

Diario Oficial de la Federación (DOF) (29/05/2023). *Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud*.

Disability Rights International (2015). *No Justice: Torture, Trafficking and Segregation in Mexico*. Ciudad de México: Disability Rights International. Disponible en https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Sin-Justicia-MexRep_21_Abr_english-1.pdf

Farooq, S.; J. Tunmore, M. Wajid Ali y M. Ayub (2021). Suicide, self-harm and suicidal ideation during Covid-19: A systematic review. *Psychiatry Research*. 306, 114228 (publicación en línea). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114228>

Fernández, L.; L. Flores y M.E. Ruiz Velasco (2017). La salud mental “revisitada”. *TRAMAS. Subjetividad y Procesos Sociales*. (45), pp. 113-139.

Fernández Martínez, M. E. (2009). Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional [Tesis de doctorado, Universidad de León]. Disponible en <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/902/2009FERN%C3%81NDEZ%20MART%C3%8DNEZ,%20MAR%C3%8DA%20ELENA.pdf>

Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós.

Fuller, N. (2005). “Acerca de la polaridad maranismo machismo”. En: G. Arango, M. León y M. Viveros (Eds.), *Lo Femenino y lo Masculino: Estudios Sociales sobre las Identidades de Género en América Latina* (pp. 243–246). Bogotá: Third World Editions, Ediciones UniAndes, Programas de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo de la Universidad Nacional de Bogotá.

Gesser, M.; P. Block y A.G. de Mello (2020). “Estudios de la discapacidad: Interseccionalidad, anticapacitismo e independencia social”. En: M. Gesser, G.L. Kempfer Böck y P.H. Lopes (Orgs.) *Estudos da Deficiência: anticapacitismo e emancipação social* (pp. 17–36). Curitiba: Editora CRV.

Gobierno de la Ciudad de México (2019). *Programa de Gobierno 2019-2024*. Ciudad de México: Gobierno de la Ciudad de México. Disponible en https://plazapublica.cdmx.gob.mx/uploads/decidim/attachment/file/363/Plan_Gobierno-2019-2024_2023.pdf

González, L.; R. Peñaloza, M. Matallana, F. Fabían, C. Gómez-Restrepo y A. Vega (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 45 (51), pp. 89-95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.004>

Guber, R. (2005). *El Salvaje Metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Barcelona: Paidós.

Gutiérrez, S. (2004). *Glosarios de derechos humanos, género, políticas públicas y salud sexual y reproductiva. El Perú y los mecanismos de reconocimiento y protección de los derechos humanos y de las mujeres*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

Heinze, G.; G. del C. Chapa y J. Carmona-Huerta (2016). Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016. *Salud mental*. 39 (2), pp. 69-76. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.003>

Eby, K.K.; J.C. Campbell, C.M. Sullivan y W.S. Davidson II (1995) Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*. 16 (6), pp. 563-576. <https://doi.org/10.1080/07399339509516210>

Hernández Gómez, D. (28 de diciembre de 2022). México cierra 2022 con más de 5 mil muertes violentas de mujeres y cifras récord en violencia familiar. *Cimac Noticias*. Disponible en <https://cimacnoticias.com.mx/2022/12/28/mexico-cierra-2022-con-mas-de-5-mil-muertes-violentas-de-mujeres-y-cifras-record-en-violencia-familiar/>

Híjar Medina, M. (2006). Violencia y salud pública. En: Secretaría de Salud, *Informe Nacional Sobre Violencia y Salud* (pp. 1–18). Ciudad de México: Secretaría de Salud.

Hutson, D. J. (2013). “Your body is your business card”: Bodily capital and health authority in the fitness industry. *Social Science & Medicine*. 90, pp. 63–71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.003>

Iguiñiz, B.; Covarrubias, A.; Lewis, S.; Rivero, E.; Málaga, J. (2011). Evaluación de operación, resultados e impactos de los servicios de salud materno-infantil del Gobierno del Distrito Federal 2006-2010. Informe final. México D.F.: Evalúa DF
https://evalua.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/files/Atribuciones/programassociales/Eexternas/2011/Inf_Final_Salud_M_infantil.pdf

Infobae (1° de junio de 2023). Homicidios asociados al narco han aumentado 300%, según el Índice de Paz México. Disponible en
<https://www.infobae.com/mexico/2023/06/01/homicidios-asociados-al-narco-han-aumentado-300-segun-el-indice-de-paz-mexico/>

Infobae (31 de diciembre de 2022). México cerró 2022 con cifra histórica de personas desaparecidas; Jalisco es la entidad con más casos. Disponible en
<https://www.infobae.com/america/mexico/2022/12/31/mexico-cerro-2022-con-cifra-historica-de-personas-desaparecidas-jalisco-es-la-entidad-con-mas-casos-2/>

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (16 de junio de 2023). *Firman convenio para implementar IMSS-Bienestar en la Ciudad de México* (Comunicado n° 290/2023). IMSS. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202306/290>

----- (2022). *Definición de Adicción a Sustancias o Drogas*. Obtenido del sitio web del IMSS. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/adicciones>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2022a). *Salud mental*. Obtenido del sitio web del Inegi. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>

----- (2022b). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH 2021. Principales resultados*. Ciudad de México. Ciudad de México: Inegi. Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/09_ciudad_de_mexico.pdf

----- (2022c) *Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental - ENCIG*. Ciudad de México: Inegi. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/programas/encig/2021/>

----- (2021). *Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado - Enbiare 2021*. Nota técnica. Ciudad de México: Inegi. Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enbiare/2021/doc/enbiare_2021_presentacion_resultados.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres - Inmujeres (2023). *Glosario para la Igualdad*. Ciudad de México: INMUJERES. Disponible en <https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/>

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado - ISSSTE (21 de enero de 2020). *Sobresale el ISSSTE en los servicios y atención médica que brinda*. <https://www.gob.mx/issste/prensa/sobresale-el-issste-en-los-servicios-y-atencion-medica-que-brinda>

Irarrázaval, M.; F. Prieto y J. Armijo (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta Bioethica*. 22 (1), junio, pp. 37-50.

Lakhan, R.; A. Agrawal y M. Sharma (2020). Prevalence of Depression, Anxiety and Stress during Covid-19 Pandemic. *Journal of Neuroscience in Rural Practice*. 11(4), pp. 519-525. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1716442>

Ley 26.657 de 2013. Decreto Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina. 28 de mayo de 2010. Decreto Reglamentario n° 603/2013.

López, O.; O. Medina y J. Blanco (2011). *Derecho a la salud, desigualdades socio-sanitarias y políticas de salud en la Ciudad de México*. Ciudad de México: Consejo de Evaluación del Desarrollo del Distrito Federal. Disponible en <https://evalua.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/files/Estudios/Informe/dsalud.pdf>

Lorenzo, M. D. (2018). La acción asistencial. Protección y confinamiento ante el problema de la mendicidad en la Ciudad de México, 1929-1934. *Tzintzun. Revista de Estudios Históricos*. (68), pp. 169-199.

Lugo Garfias, M. E. (2015). *El derecho a la salud en México: Problemas de su fundamentación*. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Disponible en http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf

Madrigal de León, E. Á. (2016). Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria. *Salud Mental*. 39(4), pp. 235-237.

Martell, J. (2016). Una reflexión en torno a las políticas sociales de salud mental en México. *Iberofórum*. Año XI (22), pp. 117-149.

Martínez, C. (2014). La salud mental a principios del siglo XXI. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 32 (1), pp. S44-S54.

Mayne, T.; M. Campbell y K. Ross (2018). Executive Functioning. En: B. Cook y M. Garnett (Eds.) *Spectrum women. Walking to the Beat of Autism* (pp. 154–165). Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Medina-Mora, M. E.; G. Borges, C. Lara Muñoz, C. Benjet, J. Blanco Jaimes, C. Fleiz Bautista, J. Villatoro Velázquez, E. Rojas Guiot, J. Zambrano Ruíz, L. Casanova Rodas y S. Aguilar-Gaxiola (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26 (4), agosto, pp. 1-16. Disponible en http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/956

ONU Mujeres (16 de marzo de 2021) *Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas*. Disponible en <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

Organización Mundial de la Salud - OMS (2023a). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (Versión: 01/2023)*. Obtenido del sitio web de la OMS. Disponible en <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>

----- (31 de marzo de 2023) (2023b). *Depresión*. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

----- (2022a). *World mental health report. Transforming mental health for all*. Ginebra: OMS. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

----- (2022b). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*. Ginebra: OMS. Disponible en <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>

----- (21 de enero de 2022) (2022c). *Esquizofrenia*. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

----- (2018). *Mental Health Atlas 2017*. Ginebra: OMS. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514019>

----- (2016). *Enfrentando Problemas Plus (EP+). Ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad (Versión genérica de prueba de mercado 1.0)*. Ginebra: OMS. Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/259696>

----- (2014a). *Mental Health Atlas 2014*. Ginebra: OMS. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-atlas-2014>

----- (2014b). *Documentos Básicos. 48ª edición. Con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de diciembre de 2014.* Ginebra: OMS. Disponible en <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>

----- (2011). *Mental Health Atlas 2011.* Ginebra: OMS. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9799241564359>

----- (2006). *Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems.* Ginebra: OMS. Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/43470>

----- (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* Ginebra: OMS. Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/42682>

----- (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* Ginebra: OMS. Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/42447>

----- (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas.* Ginebra: OMS. Traducción al español: Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/44000>

Organización Panamericana de la Salud – OPS (7 de octubre de 2021). *Argentina presentó nuevo Plan Nacional de Salud Mental junto con la OPS.* Disponible en <https://www.paho.org/es/noticias/7-10-2021-argentina-presento-nuevo-plan-nacional-salud-mental-junto-con-ops>

----- (2020) *Manual operativo del mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP).* Washington, D.C.: OPS. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52328>

----- (2018a). *Atlas de salud mental de las Américas 2017.* Washington, D.C. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49664>

----- (2018b). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018.* Washington, D.C.: OPS. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>

----- (2012). *Documento de orientación regional sobre los determinantes sociales de la salud en la región de las Américas.* Washington, D.C.: OPS. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6067>

----- (2009). *Salud mental en la comunidad*. 2ª edición. Washington, D.C.: OPS. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51463>

----- (2007). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, D.C.: OPS. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/2803>

----- (2001). *La salud mental en las Américas: nuevos retos al comienzo del milenio*. Washington, D.C.: OPS.

----- (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión – CIE-10*. Washington, D.C.: OPS. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6282>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2020a). *Mejores criterios para una mejor evaluación. Definiciones revisadas de los criterios de evaluación y principios para su utilización*. París: OCDE. Disponible en <https://www.oecd.org/development/evaluation/Criterios-evaluacion-ES.pdf>

----- (2020b). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. París: OCDE. Disponible en <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>

----- (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. París: OCDE. Disponible en <https://doi.org/10.1787/9789264191655-en>

----- (2002). *Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados*. París: OCDE.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OCDE y Banco Mundial (2023). *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*. París: OCDE. <https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en>

Ordaz, G. (28 de mayo – 1º de junio de 2007). *Hilvanando la red social. El sistema de servicios comunitarios integrados en la Ciudad de México* [Presentación de conferencia]. IX Coloquio Internacional de Geocrítica, Porto Alegre, Brasil. Disponible en <http://www.ub.edu/geocrit/9porto/guaordaz.htm>

Ozonoff, S. y J. Jensen (1999). Brief report: specific executive function profiles in three neurodevelopmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 29 (2), pp. 171–177.

Palombini, A. y L. R. del Barrio (2021). Gestão Autônoma da Medicação, do Quebec ao Brasil: uma aposta participativa. *Saúde em Debate*. 45 (128), pp. 203-215. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112816>

Pamplona, F. (2006). Violencia institucional. En: Secretaría de Salud, *Informe Nacional Sobre Violencia y Salud* (pp. 241–292). Ciudad de México: Secretaría de Salud.

Parales-Quenza, C. J.; Z. Urrego-Mendoza y E. Herazo-Acevedo (2018). La insoportable levedad de la política nacional de salud mental para Colombia: reflexiones a propósito de la propuesta de ajuste en 2014. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 17 (34) (publicación en línea). Disponible en [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-34%20\(2018-I\)/54555308007/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-34%20(2018-I)/54555308007/)

Patel, V.; S. Saxena, C. Lund, G. Thornicroft, F. Baingana, P. Bolton, D. Chisholm, P. Collins, J.L. Cooper, J. Eaton, H. Herrman, M.M. Herzallah, Y. Huang, M.J.D. Jordans, A. Kleinman, M.E. Medina-Mora, E. Morgan, U. Niaz, O. Omigbodun, M. Prince, A. Rahman, B. Saraceno, B.K. Sarkar, M. De Silva, I. Singh, D.J. Stein, C. Sunkel y J. Unützer (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. 392 (10157), pp. 1553–1598. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

Payá Porres, V. A. y M. A. Jiménez (2010). *Institución, familia y enfermedad mental: reflexiones socio-antropológicas desde un hospital psiquiátrico*. Ciudad de México: Facultad de Estudios Superiores Acatlán de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Peña Galbán, L.; A. Clavijo Portieles, A. Bujardon Mendoza, Y. Fernández Chirino y L. Casas Rodríguez (2014). La psiquiatría comunitaria en Cuba. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 43 (1), pp. 91–104.

Peña Galbán, L.; T. González Hidalgo, M. Mena Fernández y E.R. Adán Mena (2007). Fundamentación Científica de la Psiquiatría Cubana Actual. *Humanidades Médicas*. 7 (2), mayo-agosto (publicación en línea). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202007000200003&lng=es&tlng=es.

Prado, L.R. de S. y R.P. Medeiros (22 – 25 de julio de 2019). *Processos de subjetivação no atendimento psicossocial: práticas e discursos em saúde mental no CAPS II de Araraquara* [Presentación de conferencia]. Antropologias do Sul: anais da XIII Reunião de Antropologia do Mercosul, Porto Alegre, Brasil. Disponible en <https://www.ram2019.sinteseeventos.com.br/site/anais2?AREA=28>

Presidencia de la República (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. 12 de junio de 2019. DOF: 12/07/2019.

Raguz, M. (2010). *Feminidades y Masculinidades*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Real Academia Española (s.f.) Integral. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 14 de setiembre de 2022, de <https://dle.rae.es/integral>

Reyes-Foster, B. (2018). *Psychiatric Encounters: Madness and Modernity in Yucatan, Mexico*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Reznich, C.B.; D.P. Wagner y M.M. Noel (2010). A repurposed tool: the Programme Evaluation SOAP Note. *Medical education*. 44(3), pp. 298–305. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03600.x>

Rojas Campos, S. M. (2019). “Trazos de deshumanización: la discapacidad en la línea del no-ser”. En: A. Yarza de los Ríos, L.M. Sosa y B. Pérez Ramírez (Coords.) *Estudios críticos en discapacidad: una polifonía desde América Latina* (pp. 101–131). Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO.

Saavedra, N. y S. Berenzon (2013). Placer, transformación y tratamiento: uso de las medicinas alternativas para problemas emocionales en la Ciudad de México. *Saúde e Sociedade*. 22 (2), pp. 530-541. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200022>

Sacristán, C. (2005). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. *Fresnia*. 5 (1), pp. 9-33.

Salas Soneira, M. (2017). Usos de [la] locura: hacia el reconocimiento de nuevas lógicas interpretativas del sufrimiento humano. *Salud Colectiva*. 13 (4), octubre-diciembre, pp. 713-729. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1613>

Saturno Hernández, P. (2015). *Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

Secretaría de Bienestar (2021). *Programa Sectorial de Bienestar 2021-2024*. 15 de diciembre de 2021. DOF: 15/12/2021.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público - SHCP (2019). *Guía para la elaboración de programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. Ciudad de México: SHCP. Disponible en

https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/Capacitacion/enfoques_transversales/Guia_programas_derivados_PND_2019_2024.pdf

Secretaría de Salud - SSA (2022a). *Programa de Acción Específico. Salud Mental y Adicciones 2020-2024*. Ciudad de México: SSA. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE_CONASAMA_28_04_22.pdf

----- (2022b). *2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones*. Ciudad de México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, SSA. Disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>

----- (2020a). *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*. 17 de agosto de 2020. DOF: 17/08/2020.

----- (2020b) *Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones*. Ciudad de México: Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones, SSA. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/647723/SAP-DxSMA-Informe__2_.pdf

----- (2018). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Informe de Avance y Resultados 2018*. Secretaría de Salud

----- (2013). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Secretaría de Salud

Secretaría de Salud de la Ciudad de México (Sedesa) (2022). *Agenda estadística 2021*. Ciudad de México: Sedesa. Disponible en <https://salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Agenda%202021.pdf>

----- (2021). *Programa de Acción Específico. Salud Mental y Adicciones 2020-2024*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.

----- (2019). *Programa Anual de Trabajo de la Secretaría de Salud 2019*. Ciudad de México: Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial de Dirección de Políticas de Salud, Planeación y Evaluación, Sedesa. Disponible en http://data.salud.cdmx.gob.mx/ssdf/portalut/archivo/Actualizaciones/1erTrimestre19/DGDP_PCS/A121F_07_a_1erTrimestre_PROGRAMA_ANUAL_DE_TRABAJO_2019.pdf

----- (2016) *Instala Gobierno de la CDMX el Consejo de Salud Mental (Comunicado 59/16)*. Publicado el 19 de julio de 2016. Obtenido del sitio web de la Sedesa. Disponible en

<https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/instala-gobierno-de-la-cdmx-el-consejo-de-salud-mental>

----- (2009). *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. 16 de abril de 2009. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Disponible en <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>

Sen, A. (1997). *Bienestar, justicia y mercado*. Barcelona: Paidós y Universidad Autónoma de Barcelona.

Senado de la República (2013). *Senado exhorta a la SSA a realizar una nueva encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica* (Boletín 884). Publicado el 15 de diciembre de 2013. Disponible en <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/10372-boletin-884-senado-exhorta-a-la-ssa-a-realizar-una-nueva-encuesta-nacional-de-epidemiologia-psiquiatrica.html>

Serrano-Miguel, M.; M. Silveira y A. de L. Palombini (2016). La Guía de Gestión Autónoma de la Medicación: Una experiencia brasileña de participación social en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 36 (129), enero-junio, pp. 157-170.

Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México (SSPCDMX) (2021). *Programa de salud mental y adicciones 2021*.

----- (2019a). *Manual Administrativo de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal*.

----- (2019b). *Programa de salud mental 2019*.

Shamah-Levy, T.; M. Romero-Martínez, T. Barrientos-Gutiérrez, L. Cuevas-Nasu, S. Bautista-Arredondo, M.A. Colchero, E.B. Gaona-Pineda, E. Lazcano-Ponce, J. Martínez-Barnetche, C. Alpuche-Arana y J. Rivera-Dommarco (2022) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804_Ensa21_digital_4ago.pdf

----- (2021). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados nacionales*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en https://www.insp.mx/resources/images/stories/2023/docs/230811_Ensanut2020sobreCovid_Nacionales.pdf

Shamah-Levy T.; E. Vielma-Orozco, O. Heredia-Hernández, M. Romero-Martínez, J. Mojica-Cuevas, L. Cuevas-Nasu, J.A. Santaella-Castell y J. Rivera-Dommarco (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019: Resultados nacionales*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

Sironi, F. (2006). “Essai de psychologie géopolitique clinique. Un objet actif aux interfaces entre les mondes.” Ponencia presentada en el Collòque d'Ethnopsychiatrie La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers, llevada a cabo el 12 y 13 de octubre de 2006 en París.

Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. 2ª edición. Madrid: Morata.

Tarlov, A. (1996). *Social determinants of health: the sociobiological translation*. Londres: Routledge.

Toche, N. (9 de abril de 2019). *México es deficitario en cuidar la salud mental*. El Economista. Disponible en <https://www.eleconomista.com.mx/arteseideas/Mexico-es-deficitario-en-cuidar-la-salud-mental-20190409-0163.html>

Wang, Y.; M.P. Kala y T.H. Jafar (2020). Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. *PLoS one*. 15(12), e0244630 (publicación en línea). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244630>

Anexos

Anexo 1. Antecedentes nacionales

Hacemos una breve descripción histórica para luego hacer menciones sobre la realidad contemporánea (programática y legal) del abordaje gubernamental de la salud mental, a nivel país (hasta 2022), y de Ciudad de México (hasta 2018).

Antecedentes previos a 2006

Fernández, Flores y Ruiz Velasco explican que en México la institución psiquiátrica se ha mantenido como recurso hegemónico, fundado en la perspectiva que el sufrimiento de índole mental es una enfermedad a curar o, en sus extremos, aislar. Ellos respaldan “la importancia de transitar hacia un proyecto que defienda el trabajo en y con la misma comunidad” (Fernández, Flores y Ruiz Velasco, 2017, pp. 119), puesto que la salud mental debería tener la finalidad de integrar socialmente a los individuos: “Se busca construir puentes a través de los cuales se produzca una colaboración inclusiva y de mutuo reconocimiento, que permita el sentido de pertenencia y aceptación de los demás ciudadanos. Estos programas se complementan con el soporte social” (Fernández, Flores y Ruiz Velasco, 2017, pp. 122).

En la Ley General de Salud, el derecho a la protección de la salud tiene entre sus finalidades el bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, es decir, la comprensión de la salud involucra la dimensión mental y no solo la atención de la enfermedad, en consonancia con la propia Constitución de la OMS. Asimismo, tiene la finalidad del disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población (artículo 2), mientras que la salud mental es materia de salubridad general (artículo 3) y uno de los servicios básicos para efectos del derecho a la protección de la salud (artículo 27). Como todos los demás servicios, en las entidades federativas debe ser organizado, operado, supervisado y evaluado por el gobierno respectivo (artículo 13), y es materia de orientación y capacitación a la población en el marco de una educación para la salud (artículo 112).

A su vez, el capítulo VII del título III de la LGS informa de las implicancias específicas en torno a la prevención y la atención de las “enfermedades mentales”, así como a la promoción de la salud mental. El alcance sobre las enfermedades mentales es cambiado luego, como veremos: “trastornos mentales y del comportamiento” en la reforma legislativa del 2011, para luego ampliar los contenidos hacia “la salud mental y las adicciones” en las modificaciones del 2022.

En ese orden, podemos decir que, al menos a nivel legislativo, la SM formó parte de la oleada de cambios en la estructura y organización de la salubridad pública en la década del ochenta. Incluyó varios aspectos, al menos en un plano general, que la OMS reconoce como esenciales en este tipo de legislación, como promoción, prevención, sensibilización, y regulación de servicios, aunque no indicaba de forma expresa la regulación necesaria para el internamiento de personas sin su consentimiento y garantizando sus derechos (OMS, 2005).

La reforma de salud de los ochenta fue insuficiente, dada la evidencia posterior de que el gasto en salud estaba fuertemente depositado en la economía privada de los hogares. La introducción del Sistema de Protección Social en Salud y de su brazo operativo de financiamiento, el Seguro Popular, fueron los instrumentos propuestos para garantizar el derecho a la protección de la salud no solo a los trabajadores asalariados (Soberón y Valdés, 2007; Gómez y Frenk, 2019). Los diversos cambios a la LGS en el 2003 no involucraron directamente a la SM. Por su parte, en un marco de 15 años, el SP contribuyó a una mayor cobertura para las personas no derechohabientes, pero con un paquete limitado de servicios, en comparación con el IMSS o el ISSSTE.

En los primeros años del siglo XXI se encaminaron ciertos esfuerzos renovadores sobre la SM, en sintonía con el impulso de la OMS a la problemática. De hecho, el organismo internacional contribuyó con el financiamiento en torno a la ENEP, efectuada entre los años 2001 y 2002. Sus resultados son referencia para el diagnóstico y cuantificación de las afecciones de salud mental en la población mexicana, y cuyas cifras corroboraron hallazgos estadísticos de investigaciones previas (Martell, 2016). No se ha vuelto a realizar un levantamiento de información de esta envergadura, y fue motivo de exhortos y dictámenes en las legislaturas LXIII y LXIV del Senado de la República hacia la Secretaría de Salud federal (SSA) para que se realice una réplica (Gaceta del Senado, 8 de septiembre de 2016; Senado de la República, s.f.).

A nivel de planeación, la estrategia de reforma del sector salud 2001-2006 incluía la elaboración de un programa nacional de salud mental. Dicha intervención incluyó opciones de centros de salud y centros comunitarios como parte de la oferta de atención. Al 2005, la estrategia tenía un avance de implementación del 10 al 15% por autoridades nacionales, estatales y locales, según lo reportado por la SSA ante la OMS (2005).

En este marco temporal, el Consejo Nacional de Salud Mental (Consame) fue creado en el 2004 como un instrumento de la Secretaría de Salud para responder “al claro vacío en programas sociales hasta ese momento” en torno a la temática, a través de la implementación del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental” (Martell, 2016, pp. 118). La ley que sustentó la creación del Consejo expresaba buenas intenciones en materia comunitaria y atención

primaria, pero también tenía debilidades: un exclusivo enfoque psiquiátrico y muchas instituciones como parte del Consejo. Esto último pudo llevar a una debilidad en su trayectoria organizacional, solo siendo un acompañante de otros entes que ya asumían el papel de la función protectora de la salud mental (Martell, 2016). Justamente, dentro de la Secretaría, la otrora Dirección de Salud Mental, como unidad administrativa con funciones de coordinación sobre los hospitales psiquiátricos, fue cambiando de denominación y posición, hasta que en el 2004 pasó a ser un órgano desconcentrado, bajo el nombre de Servicios de Atención Psiquiátrica, dedicado a la gestión de los programas y servicios de atención médica especializada, de tipo ambulatorio, hospitalario y de emergencias de seis unidades, incluyendo los dos hospitales psiquiátricos mencionados en Ciudad de México y tres Centros Comunitarios de Salud Mental (Cecosam) en las sedes de Iztapalapa, Zacatenco y Cuauhtémoc, que habían sido creados en el año 2000. Dentro de sus atribuciones, Servicios de Atención Psiquiátrica también se ha dedicado en brindar apoyo técnico y experto a instituciones de salud y educación (Comisión Coordinadora, 2013).

El mencionado modelo Hidalgo tuvo su procedencia en dos hechos. Uno, el traslado de los pacientes que padecían más en La Castañeda al hospital Ocaranza en el Estado de Hidalgo. Dos, la evaluación realizada por “un equipo interdisciplinario”, promovida por la Secretaría de Salud federal a partir de la incidencia de activistas mexicanos, en el año 2000. El resultado de este último proceso fue “la sustitución del hospital por casas en la comunidad y un pabellón para pacientes agudos en el Hospital General de Hidalgo. Habilitaron algunas casas en la comunidad y las Villas Ocaranza en terrenos del hospital” (Fernández, Flores y Ruiz Velasco, 2017, pp. 127). Luego fue señalado como una “experiencia exitosa” en los Principios de Brasilia, principios rectores para el desarrollo de la atención de salud mental en las Américas (OPS, 2007), ya que mostraba una alternativa de evolución del hospital psiquiátrico, con sus acciones de hospitalización breve (en villas, casas comunitarias y unidades hospitalarias de psiquiatría) y reintegración social (alternativas de residencias compartidas, con supervisión médica en el mismo domicilio y entrenamiento para la reintegración) (OMS, 2005; DRI, 2015). Al 2005, la Secretaría de Salud estaba replicando el modelo en tres entidades federativas: Tamaulipas, Hidalgo y el Estado de México (OMS, 2005) y hasta la administración 2013-2018, se seguía impulsando y reproduciendo a escala nacional.

Este modelo asumía que uno de los pasos indicados para desterrar el enfoque centrado en el hospital psiquiátrico, aunque sus posibilidades de éxito en función de las particularidades por entidad federativa aún estaban por verse, según Reyes-Foster (2018). Como ejemplo, la autora refería que la toma de administración de un hospital público psiquiátrico en Yucatán, de parte del nivel federal para implementar este modelo, tuvo fuertes resistencias del personal médico y administrativo de la unidad médica. Lo cierto es que informes de DRI y la Comisión Mexicana

para la Defensa y Promoción de los Derechos Humanos han criticado el modelo, ya que mantenía un nivel de segregación de sus pacientes (Fernández, Flores y Ruiz Velasco, 2017; DRI, 2015). Sus problemas centrales radicaban en un trabajo comunitario limitado, sin involucrar a todos los actores necesarios, su atención centrada en pacientes crónicos, pero no en los usuarios con condiciones menos graves y que solo requerían hospitalización de corta duración, así como su falta de estrategias para pacientes con perfil o antecedentes de criminalidad (Fernández, Flores y Ruiz Velasco, 2017, Reyes-Foster, 2018).

Antecedentes 2006-2018

En los albores de la administración 2006-2012, la organización civil Fundar (2006) publicó un documento de recomendación de política, donde las medidas programáticas debían dirigirse hacia la atención comunitaria, a nivel físico como mental, como respuesta idónea a las actuales condiciones epidemiológicas, donde las enfermedades no transmisibles abarcaban casi el 75% de las dolencias con peores repercusiones en el bienestar de la población (citado en Martell, 2016). El Programa Nacional de Salud en el periodo 2006-2012 tendió más a enfatizar las estrategias de hospitalización e internamiento cuando se hablaba de fortalecer el Sistema Nacional de Atención en Salud Mental (Martell, 2016), estando presente en su redacción la proyección de continuidad del Modelo Hidalgo. Dicho programa también refiere a la ampliación de los servicios de SM en el nivel primario, pero Martell era escéptico a este respecto considerando el bajo porcentaje de especialización en psiquiatría y psicología comunitaria que existía en el país. Por su parte, en el Programa Sectorial de Desarrollo Social de aquellos años no hay ninguna alusión a algún componente que relacione la protección mental de las personas con su vulnerabilidad social.

Los esquemas de evaluación de políticas y programas, que a nivel país comenzaron a progresar en el periodo, no tuvieron valoraciones tampoco en el plano de las intervenciones sociales que ligan las condiciones mentales. Afirmamos esto luego de seleccionar una muestra de evaluaciones de Coneval: las integrales de desempeño de los programas federales para los años 2010-2011, en las áreas de salud, acceso y mejoramiento a servicios de salud y asistencia social. La búsqueda por las palabras claves “salud mental” o “mental” no condujeron a resultados relevantes. Lo mismo ocurrió para el informe de evaluación de la política de desarrollo social en materia de acceso a los servicios de salud, aunque de aquí destacamos sus conclusiones en un plano más general: las necesidades de salud están más relacionadas con las patologías no transmisibles (como lo mencionaba Fundar cinco años antes), la cobertura de salud se amplió por el funcionamiento del Seguro Popular, el destino del gasto público se incrementó para los programas de atención de la salud, pero no en materia de prevención, y

quedaba aún como reto importante el acceso efectivo de la población a los servicios de salud en las entidades federativas (Coneval, 2011).

En el marco de la administración 2013-2018, el PND no incorporó una mención expresa a la salud mental. Tampoco el Programa Sectorial de Desarrollo Social agregó alguna acción o programa social que atienda la problemática que nos ocupa, pero sí el Prosesa 2013-2018. A nivel de diagnóstico, hay una enunciación de retos para el sistema de salud mexicano, pero no se articulan de forma expresa problemas por atender, para lo cual Coneval propuso una caracterización del problema central como inferencia de estos retos, y así poder evaluar el programa: el acceso no efectivo a los servicios de salud (Coneval, 2016). Dentro de esta descripción diagnóstica, el Prosesa refiere que en la población de 12 a 65 años resaltan las defunciones por lesiones accidentales e intencionales, lo que lleva a inferir que estas “muertes reflejan ciertas conductas asociadas a la violencia y a problemas de salud mental, particularmente entre la población adolescente” (SSA, 2013, pp. 24). Luego, cuando se hace un cruce entre principales causas de muerte en entidades federativas con muy alto y muy bajo grado de marginación (donde en el último grupo se incluía al entonces Distrito Federal), las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) aparecía en el puesto 15, con una mayor tasa de mortalidad para el primer grupo (Oaxaca, Chiapas y Guerrero). En el recuento de recursos, se destaca que la transición epidemiológica de la población hacia enfermedades no transmisibles no ha conllevado a una respuesta acorde en organización y disponibilidad de los perfiles profesionales en las unidades médicas.

De forma consecuente, hay líneas de acción en materia de prevención y atención, incluyendo específicas para adolescentes y personas adultas mayores, en el marco del objetivo 1 “Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades” (líneas de acción 1.1.8, 1.6.6, 1.7.4). Aparte, la estrategia 2.4 se aboca al fortalecimiento de “la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento” (SSA, 2013, pp. 52), dentro del objetivo 2 “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad”. Un problema de consistencia en los objetivos sectoriales es que ninguno incluye en su redacción una delimitación de la población potencial o área de enfoque (Coneval, 2016). Asimismo, es relevante notar que el objetivo sectorial 4 “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones de la salud” no tiene mención alguna a la prevención de la salud mental o la atención de TSM para los sectores allí citados: población infantil de comunidades marginadas, población afectada por violencia familiar, personas con discapacidad, población migrante; lo que hubiera sido pertinente, puesto que los grupos sociales atravesados por condiciones de vulnerabilidad y adversidad tienen más alto el riesgo de generar enfermedad, y por ende, el agravamiento de la precariedad (OPS, 2007).

Son en total seis líneas de acción para la estrategia 2.4. Se habla de “reforzar el diagnóstico y la atención integral” de los pacientes con TSM en todos los niveles de atención (línea 2.4.2), incluyendo la incorporación gradual de “los servicios de salud mental y atención psiquiátrica con la red de servicios de salud” (2.4.5) y priorizando “la implementación de modelos comunitarios y familiares de atención integral” (2.4.6), fortaleciendo así la cobertura con “respeto a los derechos humanos” (2.4.3).

Luego aparecen algunas menciones en el reporte sobre las mesas sectoriales que fueron programadas para promover la participación en la elaboración de los programas derivados del PND. En la temática de prevención de adicciones se recomendó fortalecer la coordinación interdisciplinaria entre los campos de salud mental y adicciones, y en el aspecto de acceso efectivo a servicios de salud, se planteó considerar un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y discapacidad (SSA, 2013).

Un problema formal del Prosesa 2013-2018 es que los indicadores para los objetivos sectoriales 1 y 2 (donde hay líneas de acción en torno a salud mental), no tenían una cobertura relacionada con salud mental o con TSM. Por ejemplo, el objetivo 2 de asegurar acceso efectivo a servicios de salud con calidad contaba tres indicadores, entre los que se encontraba “Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo”, pero ninguno con referencia a la estrategia 2.4. Esta ausencia da cuenta no solo de una inconsistencia de diseño sino de una invisibilidad de potencial medición a las respuestas gubernamentales en torno a la salud mental. Así, cuando la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la SSA realizaba levantamiento de información para dar seguimiento a los indicadores, o monitoreaba el porcentaje de avance de las metas, a lo largo de los 6 años de administración, no había forma de ponderar los avances en SM (ver, por ejemplo, SSA, 2018). Si los diagnósticos previos indicaban una transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas y no transmisibles en el país, SSA asumió en el periodo compromisos más claros en materia de diabetes (no solo en indicadores sino en el establecimiento de un programa presupuestario vinculado) y no en SM.

Cabe mencionar, como contexto legislativo de este periodo, que se dieron algunos ajustes en los artículos 72 y 73, del capítulo de salud mental, en las reformas legislativas del 2011 y 2013. El artículo 72, que asentaba el carácter prioritario de la dimensión preventiva, deja de ser sobre las enfermedades mentales, para cubrir la prevención y atención de los trastornos mentales del comportamiento. El articulado de 1984 ya establecía que esto se tenía que basar “en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control...”, pero ahora los métodos debían tener un enfoque “multidisciplinario de dichos trastornos”, y que el conocimiento para la prevención y

atendían debía incluir aspectos relacionados con el “diagnóstico, conservación y mejoramiento” de la salud mental.

Asimismo, se afirma que el campo de la atención “deberá brindarse con un enfoque comunitario, de reinserción psicosocial y con estricto respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios”. Por lo que se aprecia, los cambios ampliaron la comprensión de lo que puede abarcar la prevención y atención de la salud mental, no solo ligada al tratamiento de los TSM. Además, ahora sí se comenta de forma explícita el respeto a los derechos humanos de los usuarios y se introduce la mención al enfoque comunitario, en línea con las modernizaciones legislativas de ese entonces en la región. Sobre lo primero, también se añade el fomento de la “participación de observadores externos para vigilar el pleno respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, que son atendidas en los establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud” (artículo 73, fracción VII) y que el internamiento será un “último recurso terapéutico”, que “se ajustará a principios éticos, sociales, de respeto a los derechos humanos”.

Para concluir los comentarios de este periodo habría que identificar sus resultados. En general, los indicadores del Prosa no eran suficientes en medir aspectos como calidad en la prestación de los servicios de salud y la disponibilidad de los recursos humanos. Un área de oportunidad para los objetivos sectoriales 1 y 2 (ligados, como vimos, a líneas de acción relacionados con salud mental) es que se mida “el efecto de las estrategias implementadas en la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población” (Coneval, 2016, pp. 9).

Coneval no hizo una valoración de la relación presupuesto asignado a los PAE en relación con la población potencial a atender, pero sí de los PP, concluyendo que “los recursos asignados a los PP son considerablemente menores que el costo por atender las poblaciones potenciales de los PP (Coneval, 2016, pp. 9), e incluso hubo un descenso de 5% en el presupuesto asignado a las PP relacionadas entre los años 2015 y 2016 (de casi 135 millones de pesos a 132 millones). En materia de alineación y en un ejercicio de vincular los objetivos de propósito de los PP con las líneas de acción, ninguno se alineaba con la estrategia 2.4, referida a atención de TSM, lo que da cuenta de la falta de articulación de la SM con instrumentos que fijan presupuesto concreto e indicadores orientados a resultados. La estrategia 2.4 tampoco tenía un indicador sectorial que le permitiera a Coneval hacer una valoración de la factibilidad de las metas de los indicadores.

Otro documento revisado fue el Informe de Avances y Resultados del Prosa 2013-2018. Este fue un reporte emitido por la misma Secretaría de forma anual. Miramos el último reporte, a diciembre 2018. Para la estrategia 2.4 se informa de los siguientes resultados:

Cuadro 40. Resultados anuales seleccionados para la estrategia 2.4 de Prosesa, diciembre 2018

Resultados
1. Construcción de villas de transición hospitalaria con base en el Modelo Hidalgo. Se reporta la firma de un convenio para construcción en el Estado de Coahuila.
2. Aprobación de presupuesto para la sustitución de HP en Yucatán al modelo de villas de transición en Mérida.
2. 5,918 médicos de CS capacitados en la Guía de intervención mhGAP
3. 261,120 consultas en 45 centros integrales de salud mental en el país. 96,050 intervenciones en el centro respectivo ubicado en Ciudad de México.
4. 32 entidades federativas con módulos de SM en los CS, 19 de estas entidades cuentan con 10% de hospitales generales con al menos una cama de psiquiatría.

Fuente: elaboración propia con base en SSA, 2018

La información listada da cuenta de actividades realizadas, sin vocación a presentar resultados a nivel de cambio en las personas o eventual población potencial (influencia en la morbilidad o mortalidad, como sugería Coneval). Informa de una de las ocupaciones principales de Consame, que fue lograr que los HP pasaran a ser villas de transición hospitalaria. Fue un acierto también visibilizar la extensión de camas hospitalarias en unidades generales, para monitorear su aumento. En primer nivel de atención, fue pertinente capacitar en la mhGAP a los médicos de CS, considerando una de las recomendaciones del informe de evaluación ya citado (Berenzon, *et al.*, 2013), acción que continuó en la presente administración, pasando a ser una actividad relevante de gestión y coordinación a nivel estatal, como vimos en la presentación de resultados del trabajo de campo. Por otra parte, una omisión importante fue no señalar el número de módulos de SM, ni a nivel agregado o por alguna categorización de entidades federativas. La cuantificación por número de consultas en lo que sucede en los centros integrales es parte de una tendencia del sector salud al exponer cifras, pero requiere estar acompañado de más elementos de desagregación para poder realizar un análisis; por ejemplo, cuántas de esas consultas fueron de primera vez, de evaluación (examen y diagnóstico previo a la intervención psicosocial), tipo de intervención (psiquiátrica o psicosocial) o de seguimiento en el marco de un proceso terapéutico. Asimismo, el dato referido sobre el centro integral en Ciudad de México es inconsistente, pues la variable usada ya no es consulta, sino intervención.

Anexo 2. Contexto federal (2018-2022)

En el segundo nivel de la planeación nacional, el Prosesa 2020-2024 se orienta a “garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud” (objetivo prioritario 1) (SSA, 2020a). Uno de los pilares para este logro es el despliegue del modelo de Atención Primaria de la Salud Integral, que cuenta con todo un objetivo prioritario para ello. La justificación refiere que se necesita fortalecer la suficiencia en el “equipamiento e infraestructura (instrumental de diagnóstico, medicamentos y espacio adecuado); [...] [y] mejorar coordinación entre organizaciones para resolver afecciones en el nivel más adecuado” (SSA, 2020a, pp. 22). Además, se requiere de dotar incentivos a los profesionales médicos para contar con servicios disponibles y resolutivos.

Luego se dice que, con el fortalecimiento y la reorganización, “el primer nivel de atención debe estar en condiciones de resolver el 80-85 por ciento de la problemática de salud con la prevención y atención y así impactar en las condiciones de salud y de vida de la población” (SSA, 2020a, pp. 22). No obstante, los indicadores para este objetivo prioritario no recuperan esta aspiración en resultados, y se ciñen a métricas de gestión.

La estrategia prioritaria de salud mental y adicciones recaerá en el objetivo 5. Dicho objetivo aspira a “mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población”. Al señalar las problemáticas relacionadas (sección “Relevancia del objetivo prioritario 5”), se reconoce que las enfermedades crónicas no transmisibles son el principal reto para el sistema de salud en el país, y que la epidemia de la obesidad trae consigo consecuencias como diabetes, riesgo cardiovascular y algunos tipos de cáncer. Asimismo, se establece una relación detallada entre el aumento del consumo de drogas con problemas estructurales como la violencia y la vulnerabilidad social. Sin embargo, pese a que incluye una estrategia prioritaria en torno a salud mental, no lo acompaña con un diagnóstico claro y sucinto sobre el tema, aunque sí en el plano de adicciones.

La estrategia 5.3 indica “Garantizar el acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicológico bajo un enfoque integral y diferenciado para atender los trastornos mentales y problemas relacionados con adicciones especialmente a grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad” (SSA, 2020a). Esto se traduce en 10 acciones puntuales, que no vamos a transcribir, pero sí señalar aspectos destacados.

Cuadro 41. Aspectos destacados de la estrategia prioritaria 5.3 en salud mental y adicciones, Prosesa 2019-2024

Aspectos destacados
1. La EP en salud mental y adicciones a sustancias psicoactivas propone un modelo dual de respuesta, en torno a los dos temas, aunque sin un sustento diagnóstico suficiente (solo se diagnostica respecto a las adicciones).
2. Énfasis en dirigirse a segmentos de la población potencial con signos de vulnerabilidad: grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad (EP 5.3), población vulnerable e individuos con perfiles de riesgo (AP 5.3.6), infancia y adolescencia (AP 5.3.7), afectada por violencia, desastres naturales, emergencias humanitarias (AP 5.3.1). A esto hay que añadir que el Prosesa en sí mismo plantea como población de atención a las personas sin seguridad social.
3. Se enuncian acciones puntuales empleando enfoques transversales en un marco de equidad e inclusión: sensibilidad al ciclo de vida y enfoque de género (AP 5.3.2), y pertinencia cultural (AP 5.3.5 y AP 5.3.8)
4. Se habla de reorganizar no solo la atención, sino el seguimiento y evaluación del sistema de salud mental y adicciones en pro de ampliar coberturas (AP 5.3.1). Esta mención a la evaluación es una novedad en relación con el Prosesa de la administración anterior.
5. Como en el Prosesa 2013-2018, se busca fortalecer la atención integral (AP 5.3.3). No obstante, a diferencia de ese programa anterior, hay mayor claridad en priorizar el acceso a los servicios de SM y prevención de adicciones en el primer nivel de atención (AP 5.3.2)
6. Se ofrece variedad en los servicios a ofrecer, como la promoción de orientación y consejería eficaz para la atención formal e informal en SM y adicciones, incluso empleando tecnologías electrónicas y móviles (AP 5.3.5)
7. Se busca la cooperación interinstitucional y con la sociedad civil para la investigación, diseño de instrumentos técnicos y desarrollo de capacidades de atención (AP 5.3.9), así como la promoción de la participación ciudadana para generar conciencia social sobre los riesgos de los trastornos mentales y conductas adictivas (AP 5.3.10).

Fuente: elaboración propia con base en SSA, 2020a. Nota: AP = Acción prioritaria

El seguimiento a la estrategia se orienta hacia la prevención o atención de adicciones. Tomemos como ejemplo el Informe de Avances y de Gestión 2021 para el Prosesa de esta administración: prácticamente todo el reporte anual de actividades, para la estrategia 5.3, se centra en materia de adicciones, con algunas excepciones: la realización de campañas de prevención del suicidio y autolesiones, la capacitación a casi 30,000 miembros del personal de salud en el primer nivel en intervención para trastornos mentales, y el acercamiento con

expertos servidores públicos del Reino Unido, para un intercambio técnico en torno a los temas de SM.

Un siguiente nivel de planeación se registra en programas de acción específico (PAE) o programas presupuestarios. Para el caso que nos ocupa, el detalle programático federal figura en el Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024 (SSA, 2022a). El objetivo del programa es “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, con efectividad, eficiencia y equidad, para reducir la morbilidad, mortalidad y la discapacidad atribuida a los trastornos mentales y el consumo de sustancias” (SSA, 2022a, pp. 38). Si bien las alusiones a la atención primaria integral, junto a los atributos de eficiencia y equidad guardan congruencia con el Prosesa del periodo, la mención a los destinatarios es genérica (“población”), cuando el objetivo 1 y la estrategia prioritaria 5.3 del programa sectorial enunciaban a segmentos poblacionales más específicos (“población que no cuente con seguridad social”, “especialmente a grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad”, respectivamente).

Como en el Prosesa 2019-2024, el PAE 2020-2024 de Salud Mental y Adicciones también descompone su carácter propositivo en OP, EP, AP y metas para el bienestar. Entre las observaciones de consistencia que encontramos en el documento figuran: uno, la exposición de problemáticas no se jerarquiza en cadenas de relaciones de causa y efecto (aunque sí hay una mayor suficiencia en la presentación de problemas en torno a la SM, a diferencia de lo que expusimos al hablar del programa sectorial), dos, no hay una concatenación clara sobre cómo la presentación de objetivos, estrategias y acciones se ligan con la EP 5.3 del Prosesa, junto a sus respectivas AP, para asegurar la trazabilidad completa de propósitos e intenciones. Pareciera incluso que el PAE planteara su propio esquema de estrategias, aunque puede guardar una cierta similitud con lo que fue planteado en el programa sectorial de salud.

Dos aspectos destacados del PAE son el aliento a la multisectorialidad y a la atención específica a ciertos grupos poblacionales. No obstante, a diferencia de los programas especiales de la planeación derivada del PND 2019-2024, donde por acción puntual se puede involucrar a más dependencias y entidades participantes (a nivel de ejecución o seguimiento), un PAE no tiene ni la estructura ni la obligatoriedad de este ejercicio. El problema es que se pierde observación sobre con quien se coordina para dar cumplimiento a la estrategia prioritaria 3.2: “Proveer servicios de atención y tratamiento integral, oportuno y de calidad para los trastornos mentales y el consumo de sustancias psicoactivas”, donde sus acciones prioritarias apuntan a servicios específicos para ciertos grupos sociales, como población infantil (acción prioritaria 3.2.3), adolescentes (3.2.4), adultos mayores (3.2.5), mujeres (3.2.6), personas indígenas,

afrodescendientes y migrantes (3.2.7), personas de la diversidad sexual (3.2.8), y personas en situación de reclusión (3.2.9).

De manera relacionada, en una mirada no exhaustiva a algunos otros programas derivados del PND 2019-2024, que atienden derechos sociales, distinguimos que los problemas de salud mental y adicciones también buscan ser abordados desde otros ángulos. Por ejemplo, el Programa Nacional de Juventud 2021-2024, como programa especial diseñado por el Instituto Mexicano de la Juventud, resalta que “la cobertura de los servicios de salud aún excluye a grandes poblaciones juveniles”. Como respuesta, indica que es necesario una prevención prioritaria y atención temprana respecto a afectaciones como los trastornos alimenticios, los padecimientos psicosociales y las adicciones. Esto se canaliza a través de la estrategia prioritaria 4.2 “Impulsar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad que atiendan las necesidades específicas de las juventudes, a fin de contribuir al ejercicio pleno de sus derechos sociales”. Dicha estrategia incluye acciones puntuales para fortalecer el acceso efectivo de la salud de las personas jóvenes (acción prioritaria 4.2.1) y “el acceso de los servicios de salud mental, contención emocional y apoyo psicológico, fomentando su reconocimiento como parte esencial del bienestar” (4.2.2), además de diseñar e implementar acciones para atenuar el consumo de drogas en personas jóvenes (4.2.5). Respecto a la acción 4.2.2 citada, como entes responsables de ejecución se mencionan a SSA, ISSSTE, la Secretaría de Educación Pública y Conadic.

Por su parte, el Programa Nacional de Desarrollo Social 2021-2024, bajo la responsabilidad de la Secretaría de Bienestar, es más exhaustivo en proponer respuestas de SM. Tiene como objetivo prioritario 2 “Garantizar a la población el acceso efectivo, universal y gratuito a la atención médica y hospitalaria, incluido el suministro de medicamentos, materiales de curación y exámenes médicos, especialmente, en las regiones con mayores niveles de marginación”. En ese marco, la estrategia prioritaria 2.6 aspira a “garantizar el acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicológico bajo un enfoque integral y diferenciado para atender los trastornos mentales y problemas relacionados con adicciones, especialmente a grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad para mejorar su bienestar”, en una clara redacción similar a la estrategia 5.3 del Prodesa 2019-2024. Dentro de la estrategia, se incorpora una extensa lista de 10 acciones, cuya ejecución suele asignarse a diversos entes que forman parte del Sistema Nacional de Salud (como la SSA, Insabi, IMSS, ISSSTE o Pemex) o que forman parte del sector bienestar (Conapred, Imjuve, Inmujeres), y donde la dependencia o entidad para el seguimiento respectivo suele ser la SSA o el Consejo de Salubridad. Mostramos una selección de acciones puntuales.

Cuadro 42. Acciones puntuales seleccionadas de la Estrategia Prioritaria 2.6 del Programa Nacional de Desarrollo Social 2021-2024

Acciones puntuales seleccionadas	Dependencias y/o entidades responsables de instrumentar la acción puntual
2.6.2 Facilitar el acceso a los servicios de salud mental, apoyo psicológico y prevención de adicciones en el primer nivel de atención, bajo el principio de equidad, no discriminación y con sensibilidad al ciclo de vida y enfoque de género.	Secretaría de Salud, Conadic, Insabi, IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM, CONAPRED, IMJUVE, INMUJERES
2.6.3 Implementar campañas y programas nacionales para la prevención del suicidio y autolesiones, consumo de sustancias y conductas susceptibles a generar adicciones, para promover condiciones saludables de vida y trabajo, especialmente para población vulnerable e individuos con perfiles de riesgo.	Secretaría de Salud, Conadic, Insabi, IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM, CONAPRED, IMJUVE, INMUJERES
2.6.5 Vincular los servicios de salud mental con programas prioritarios, y estrategias interinstitucionales para articular intervenciones encausadas a fomentar la salud mental, prevenir trastornos mentales y adicciones y brindar atención incluyente y con pertinencia cultural, pluralismo ético y no estigmatización.	Secretaría de Salud, Conadic, Secretaría de Educación Pública, Insabi, IMSS, ISSSTE, CONAPRED, IMJUVE, INMUJERES
2.6.6 Establecer un sistema de control de abasto en tiempo real y explorar la posibilidad de transferencia de insumos y medicamentos entre las instituciones para garantizar el abasto.	Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM

Fuente: elaboración propia con base en Secretaría de Bienestar (2021)

Estas AP son más consistentes en mostrar la multisectorialidad que las AP añadidas en el PAE de Salud Mental y Adicciones, ya que anotan a los entes ejecutores. Nos muestran también la intención de colaboración a nivel intrasectorial (la no discriminación a servicios de salud en acción prioritaria 2.6.2, la posibilidad de un único inventario de medicamentos psiquiátricos en acción 2.6.6) e intersectorial (servicios de salud mental y campañas de prevención que no solo atañen al sector salud, sino que involucra a entes del sector bienestar, que tienen un interés en particular en determinados segmentos poblacionales en condición de vulnerabilidad).

Anexo 3. Estrategias metodológicas

Realizamos un trabajo de gabinete que permitió contar con un bagaje inicial de conceptos básicos para la evaluación. Involucró una primera revisión y valoración de información especializada en salud mental, para así contar con un alcance a nivel teórico, legal y administrativo sobre los servicios de salud mental actualmente disponibles en la ciudad. Entre las fuentes de información incluimos:

- Literatura y datos disponibles sobre los actores ligados a la temática, publicado por dependencias gubernamentales, organizaciones y asociaciones. Se incluyeron los estudios en torno a la eficacia de los servicios públicos de salud mental en experiencia comparada, así como la influencia de los determinantes sociales en el establecimiento de modelos de atención en el nivel primario.
- Reglas de operación y/o lineamientos de programas o acciones, y/o protocolos relacionados con la prevención y atención de la salud mental, que estén dirigidos a toda la población o a distintos segmentos poblacionales de la ciudad.
- Fuentes oficiales y/o bases de datos con información sobre la cantidad, calidad y tipología de atenciones en materia de salud mental.

Sin embargo, con tal de conocer realmente de forma contextual cómo ciertas condiciones influyen en la gestión y entrega de los servicios, fue preciso efectuar una etnografía. Ésta se define como un proceso de construcción de información primaria, que es intersubjetivo, en cuanto se dan a entender las perspectivas provistas por los interlocutores y por los evaluadores. En ella, se confrontan miradas plurales, pero es el evaluador quien escribe y articula en horizontes de sentido los hallazgos que considera relevantes (Cardoso de Oliveira, 1998).

Para hacer efectiva la etnografía, emprendimos un trabajo de campo. El objetivo fue construir datos cualitativos a partir de las entrevistas con pacientes que hayan recibido y/o completado un conjunto de sesiones de atención psicológica (o psiquiátrica) en algún centro de salud de Sedesa (o más precisamente de los SSPCDMX, a cargo del primer nivel de atención médica), así como con profesionales que trabajen en la parte terapéutica y/o administrativa de los servicios. Esto en un contexto de visitas a los mismos centros de salud, que llevaron a anotar observaciones en campo sobre la entrega del servicio, desde los ámbitos de transporte y desplazamiento hacia el centro; infraestructura, señalética y orientación en la unidad médica; e infraestructura, comodidad y privacidad en el consultorio que utiliza el psicólogo y/o psiquiatra que fue entrevistado (ver estructura de ficha en anexo 4).

La entrevista fue una de las principales técnicas empleadas. Es definida como “una forma especial de encuentro cara a cara entre el/la evaluador/a y el/la entrevistado/a (...). A través de las entrevistas es posible recabar información cualitativa que recupere la perspectiva de los actores” (Di Virgilio y Solano, 2012, pp. 103). Para esta evaluación, se planteó como un instrumento que permita profundizar en las percepciones y valores que los interlocutores tienen sobre las experiencias de ser tanto proveedores como usuarios de los servicios de salud mental, reconociendo qué elementos o condiciones facilitan u obstaculizan la generación de herramientas psicológicas en los mismos usuarios.

El tipo de entrevista utilizado posee dos características relevantes. En primer lugar, fue una entrevista enfocada porque pretendió ahondar en aquello que las personas entrevistadas discernían como relevante para los temas referidos a la evaluación, sin desestimar otra información que esté tangencialmente ligada a éstos. Es decir, no solamente proveyeron datos empíricos respecto a los servicios atendidos, sino información sobre el tratamiento en sí³⁷, sus interpretaciones sobre salud mental, herramientas psicológicas y sus opiniones sobre el sistema de salud público. En ese orden, ha sido crucial tomar en cuenta que la salud mental suscita involucramientos, memorias y emociones en quienes participan, en un sentido bidireccional entre interlocutores y evaluadores, por lo que fue necesario seguir consideraciones adicionales en la conversación, para asegurar la orientación de la herramienta hacia los objetivos de la evaluación. Esto incluía, por ejemplo, la firma de un documento de consentimiento al inicio de la entrevista, donde se precisaba que los insumos a proporcionar eran confidenciales, y que todo registro de la misma se iba a usar solo para fines de la evaluación y de forma anónima.

También involucró una labor emocional como evaluadores, entendiendo ésta como una gestión de las emociones provocadas por una interacción cara a cara, tanto en la persona interlocutora como en el mismo evaluador. Capurro (2021) señala que hay un vacío en la literatura sobre la labor emocional en la etnografía de espacios hospitalarios, además de brindar una tipología de los escenarios donde se realiza este trabajo: en los esfuerzos para ganar acceso a los centros de salud, en la resolución de preocupaciones éticas que ocurren en campo, en el manejo de relaciones con los participantes y cuando se atestigua el sufrimiento humano. Como evaluadores podemos dar testimonio de que tuvimos que hacer esta labor en casi todos estos tipos señalados.

³⁷ Esta dimensión fue opcional para los usuarios. Si ellos lo consideraban, podían brindar detalles sobre el tratamiento, así como una caracterización de los motivos para dicho tratamiento.

En segundo lugar, las entrevistas han sido diseñadas como semiestructuradas, para dar oportunidad a la réplica y abrir la entrevista a los alcances que suministre cada interlocutor. De tal modo, la guía de entrevista ha funcionado como un marco de referencia abierta a cambios que brotan mediante la conversación con el informante (Cirera León y Vélez Méndez, 2000), donde éste no solamente es un agente pasivo, sino que interviene de forma dinámica en la recopilación de datos. Por lo mismo, el procedimiento tuvo en cuenta momentos para repreguntas; así como estuvieron marcadas las preguntas clave o las más significativas para el acopio de datos. Además, se pactaron entrevistas con un rango de tiempo lo suficientemente amplio para estas consideraciones³⁸.

La muestra cualitativa fue el resultado de una estrategia de selección de interlocutores. Su confección fue intencional, no aleatoria, en cuanto necesitábamos recurrir a la mayor diversidad posible de puntos de vista, procedentes de distintos contextos, para comparar, contrastar, reconocer patrones y diferencias, como una forma de otorgar fiabilidad al trabajo, controlar nuestro sesgo como evaluadores y la potencial imprecisión de los datos. Conforme fue avanzando el trabajo de campo, fuimos identificando y clasificando actores, aunque no sólo para definir los perfiles de personas a entrevistar: uno de los objetivos del capítulo 5 fue presentar la confluencia de instituciones que intervienen en procesos institucionalizados de servicios de salud mental del Gobierno de la Ciudad de México, destinados a la población que no necesariamente cuenta con seguridad social. Podemos incluir dependencias o entidades que no están circunscritas al sector salud, aunque en esos casos su identificación y descripción es de forma esquemática.

A continuación, exponemos los principales grupos considerados para la construcción de información primaria a través de entrevistas. Llevamos a cabo 31 entrevistas.

³⁸ Requerimos que las entrevistas tuvieran una duración mínima de una hora. Varias de ellas duraron más de 90 minutos.

Cuadro 43. Actores, objetivos y número de entrevistas, sector salud del Gobierno de la Ciudad de México, 2022

Actor identificado	Objetivos	Número de entrevistas
Programa de Salud Mental y Adicciones de SERSALUD: servidores públicos		
1. Subdirección de Operación y Supervisión de la Dirección de Atención Médica ^{/1}	Obtener información directiva sobre la gestión del Programa de Salud Mental y Adicciones	1
2. Coordinación central del Programa de Salud Mental y Adicciones ^{/1}		
3. Coordinación del Programa de Salud Mental y Adicciones en jurisdicción sanitaria ^{/2}	Obtener información territorial y diferenciada sobre la gestión del Programa de Salud Mental y Adicciones	2
4. Psicólogos que laboran en módulos del programa en centros de salud T-II y T-III	Obtener información territorial y diferenciada sobre la operación del Programa de Salud Mental y Adicciones	6
5. Psiquiatras que laboran en módulos del programa en centros de salud T-II y T-III		2
Programa de Salud Mental y Adicciones de SERSALUD: usuarios		
6. Pacientes atendidos en módulos del programa en centros de salud T-II y T-III	Obtener información territorial y diferenciada sobre la operación y resultados del Programa de Salud Mental y Adicciones. Obtener información exploratoria sobre las condiciones que garantizan la salud mental individual	12
Unidades de Sedesa con servicios de salud mental: servidores públicos		
7. Dirección Ejecutiva de Atención Hospitalaria	Obtener información directiva sobre los servicios de salud mental en los hospitales de la Sedesa Obtener información cualitativa sobre la rectoría de la salud mental, su coordinación y alineamiento programático	1
8. Dirección General del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México		2
9. Coordinación de los Servicios Especializados de Prevención y Atención Violencia de Género	Obtener información cualitativa sobre los servicios y sobre la rectoría de la salud mental, su coordinación y alineamiento programático	1
10. Programa de Voluntad Anticipada y Cuidados Paliativos		1

Actor identificado	Objetivos	Número de entrevistas
11. Psicólogos que laboran en la red de hospitales de la Secretaría	Obtener información territorial y diferenciada sobre la operación de los servicios de salud mental en los hospitales de la Sedesa	3

Fuente: elaboración propia. Notas: ^{1/} Realizamos entrevista conjunta a participantes (1) y (2). ^{2/}

Entrevistas individuales a representantes de las jurisdicciones sanitarias (JS) de Coyoacán e Iztapalapa. La JS es la forma organizativa empleada para gestionar y canalizar los servicios de primer nivel de atención médica en Ciudad de México, basada en una división demarcatoria, por lo que hay 16 JS en la ciudad.

Para el PSM entrevistamos a actores de distintos niveles organizativos de la SSPCDMX, previa selección adicional en el caso de los actores 3, 4 y 5. No se podía entrevistar a los 12 coordinadores del programa en las jurisdicciones sanitarias, así como a los 157 psicólogos y 23 psiquiatras de los módulos disponibles en los centros de salud. Al optar por un filtro, éste no podía ser aleatorio. Había que ajustarse a las restricciones del campo: a diferencia de las reglas en programas sociales, en el programa citado no se contaba con padrones públicos, tanto de los profesionales de la salud mental como de los usuarios mismos. Hubo una mediación para dicha selección, donde la coordinación central del programa proponía psicólogos y psiquiatras. Luego, a petición nuestra, los mismos profesionales entrevistados propusieron a los usuarios que iban a participar como interlocutores en la evaluación. En todo este proceso, hubo un involucramiento de las JS y de nuestra parte en aspectos de coordinación operativa para que se pudieran dar los encuentros.

Somos conscientes que esta forma de selección no fue la ideal, pero fue el modo factible de poder tener acceso a los CS, mandos medios, personal especializado en el área de psicología y psiquiatría y usuarios. De lo contrario, hubiera sido más difícil desde un punto de vista operativo, en pro de contar con información para una evaluación integral. En este escenario, para garantizar la validez de la valoración nos hicimos cargo de ciertos procedimientos. Por ejemplo, solicitamos criterios mínimos de selección de participantes, como exponemos en el cuadro siguiente.

Cuadro 44. Criterios de selección para elección de interlocutores (mandos medios, personal y usuarios) involucrados en el Programa de Salud Mental y Adicciones

Actor	Criterios de selección requeridos	Procedimiento
Coordinación del Programa de Salud Mental y Adicciones en jurisdicción sanitaria	1. Procedentes de jurisdicciones sanitarias localizadas en alcaldías con mayor y menor índice de desarrollo social (IDS).	<ul style="list-style-type: none"> ● Equipo evaluador seleccionó las JS: una procedente de una alcaldía en el tercio superior de pobreza NBI, una procedente del tercio inferior, resultando en Coyoacán e Iztapalapa. ● Coordinación central del programa coordinó fechas y lugar de las entrevistas.
Psicólogos que laboran en módulos del programa en centros de salud T-II y T-III	2. Procedentes de jurisdicciones sanitarias localizadas en alcaldías con mayor y menor índice de desarrollo social (IDS).	<ul style="list-style-type: none"> ● Equipo evaluador seleccionó las jurisdicciones sanitarias: Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Miguel Hidalgo, Milpa Alta y Xochimilco ● Coordinación central del programa y las respectivas coordinaciones en JS eligieron a los interlocutores y facilitaron el establecimiento de fechas y lugar de las entrevistas.
Psiquiatras que laboran en módulos del programa en centros de salud T-II y T-III	3. Paciente de profesional psicólogo o psiquiatra entrevistado 4. Tanto hombres como mujeres 5. Con menos y más de 18 años, más de 65 6. Diferencias en tiempos de tratamiento (con menos y más de 8 sesiones)	<ul style="list-style-type: none"> ● Cada psicólogo o psiquiatra entrevistado propuso al menos un paciente ● Coordinación central, coordinaciones del programa en jurisdicciones y los evaluadores se involucraron en la coordinación de las entrevistas.
Usuarios atendidos en módulos del programa en centros de salud T-II y T-III		

Fuente: elaboración propia

Para lidiar con el sesgo de selección y contar con información amplia y no repetida de los servicios, empleamos estrategias de triangulación y saturación. En especial sobre la triangulación podemos decir:

- i. Entrevistamos a personas que interactúan con el PSM en distintos niveles organizativos. Fuimos desde el nivel de coordinación central en los SSPCDMX, hasta el plano operacional directo de atención en los MSM. Por cada nivel íbamos adaptando la guía de preguntas para beneficiarnos del bagaje y conocimiento que fuimos adquiriendo (el anexo 5 incluye una selección de estas guías). En los encuentros podíamos hacer preguntas de contraste respecto a lo que nos dijeron en otro nivel, en torno a obstáculos o dificultades en la operación del programa.

- ii. Efectuamos la triangulación no solo en las visitas sino en el análisis de la información de campo. Para eso se trabajaron dos matrices, conforme se detalla más adelante, para poder hacer síntesis de información y se facilitara el procedimiento de contraste.
- iii. También tenemos posibilidad de comparar información territorial y diferenciada de hasta siete jurisdicciones sanitarias de la ciudad. Podremos llevar a cabo este ejercicio en la medida de que los tiempos de finalización de la evaluación lo permitan.

Fuimos sugiriendo a SSPCDMX algunas jurisdicciones como una forma de capturar la variedad en la operación del programa, con base en criterios analíticos y densidad poblacional. En particular, tomamos como referencia el ordenamiento de demarcaciones en función del porcentaje de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) 2020, índice publicado por Evalúa CDMX con base en el Censo de Población y Vivienda 2020, y que cuenta con indicadores de salud y seguridad social como parte de su construcción.

Cuadro 45. Selección de interlocutores sobre el PSM por alcaldías y pobreza NBI 2020

<i>Cluster</i>	Alcaldías	Población 2020	Pobreza NBI 2020	Entrevistas en JS	Entrevistas en cs
1	Benito Juárez	434,153	28.8		
	Miguel Hidalgo	414,470	42.3		X
	Coyoacán	614,447	45.6	X	
	Cuauhtémoc	545,884	47.2		X
	Azcapotzalco	432,205	49.9		
2	Iztacalco	404,695	53.2		
	Cuajimalpa	217,686	56.2		
	Gustavo A. Madero	1,173,351	56.5		X
	Álvaro Obregón	759,137	57.6		
	Venustiano Carranza	443,704	58.4		
	Tlalpan	699,928	61.6		
3	Magdalena Contreras	247,622	63.3		
	Tláhuac	392,313	67.6		
	Iztapalapa	1,835,486	68.4	X	X
	Xochimilco	442,178	70.9		X
	Milpa Alta	152,685	80.0		X

Fuente: elaboración propia, con base en Evalúa CDMX (2021) e Inegi (2021).

Ordenamos las alcaldías en función del porcentaje de pobreza NBI, para luego establecer tres grupos o *cluster*. La primera ronda de entrevistas a nivel territorial fue con JS. Seleccionamos una jurisdicción por los grupos en ambos extremos, que estuvieran en las demarcaciones con

mayor densidad poblacional: Coyoacán e Iztapalapa. La segunda ronda fue la elección de jurisdicciones para que la coordinación del PSM escogiera a su vez CS con MSM. La preferencia fue igual por los grupos en ambos extremos, aunque con un representante adicional del grupo 2, por su proporción poblacional y posición de mediana en la lista. No optamos por todos los valores extremos en el grupo 1, para poder tener un poco más de variedad territorial (la selección del grupo 3 tendió más al sur-oriente). En otras palabras, no seleccionamos Benito Juárez sino Cuauhtémoc. Con esto, cubrimos información cualitativa de hasta siete JS.

Con la delimitación de categorías conceptuales, producto del trabajo de gabinete, elaboramos los instrumentos de registro para el trabajo de campo. Esto involucró la redacción diferenciada de cuestionarios por tipo de actor entrevistado, el registro de fichas de observación por centro de salud visitado y la transcripción de las entrevistas a una matriz de llenado. La guía de preguntas fue organizada en secciones, con matices y diferencias de acuerdo al perfil del entrevistado. Para fines expositivos, señalamos la organización para dos perfiles de entrevistados: psicólogos/psiquiatras y usuarios de los módulos de salud mental. En el anexo 5 se listan las dos guías de preguntas con el detalle correspondiente.

Cuadro 46. Estructura de la guía de entrevista para dos perfiles de interlocutores en el Programa de Salud Mental y Adicciones

Estructura de la guía de entrevista	Detalle
Perfil de interlocutor	Psicólogos y psiquiatras del PSM
Objetivos	Contar con información cualitativa sobre la gestión operativa del Programa de Salud Mental y Adicciones. Conocer sobre la experiencia de los pacientes con el programa. Conocer acerca de las condiciones que influyen en la salud mental de los pacientes.
Sección 1: Introducción	Consultas generales sobre experiencia trabajando para gobierno, dónde realizó formación y aspectos de especialización seguida.
Sección 2: Gestión del programa	Objetivos y actividades en el marco del programa. Dificultades en el cumplimiento de metas e indicadores. Detalles de la coordinación que se realiza con la jurisdicción sanitaria y con la coordinación central del programa en SERSALUD.
Sección 3: Relación médico-paciente	Procedimiento cuando una persona solicita atención en salud mental. Estrategias generales de relación con el paciente: número y frecuencia de consultas, enfoque terapéutico. Retos que enfrentan los profesionales de la salud mental al atender a los usuarios. Colaboración con personal médico y administrativo del centro de salud.
Sección 4: Características e involucramiento de los pacientes	Reconocimiento de características predominantes o problemas recurrentes en el entorno familiar y social de las personas que asisten a los servicios. Diferencias notadas en los contextos personales de los pacientes a propósito de la pandemia.

Estructura de la guía de entrevista	Detalle
	Inquietudes que expresan los pacientes sobre frecuencia y número de citas, disponibilidad de medicamentos y sobre los desplazamientos o las distancias a realizar para llegar a sus citas.
Sección 5: Cierre	Recomendaciones para la coordinación central del programa.
Perfil de actor	Usuarios del PSM
Objetivos	Contar con información sobre la relación del paciente con el Programa de Salud Mental y Adicciones en los centros de salud de la ciudad. Ofrecer la oportunidad para que aporten con sugerencias e ideas de mejora, en un espacio seguro. Disponer con información primaria sobre las condiciones que garantizan o influyen en la salud mental de los capitalinos.
Sección 1: Introducción	Preguntas generales sobre con quién vive, ingresos laborales y estado de la vivienda.
Sección 2: Atención en el módulo de salud mental	Antecedentes sobre qué sabía de los psicólogos o psiquiatras antes de pasar por el servicio en el centro de salud, y si tenía experiencia con servicios privados.
	Información sobre cómo comenzó a seguir terapia en el centro de salud, detalles y obstáculos en el procedimiento para comenzar terapia, cómo se enteró del servicio. De ser el caso, acciones y estrategias que se siguen para obtener el medicamento psiquiátrico necesario. Costo de los medicamentos y si hay apoyo gubernamental para su adquisición.
Sección 3: Satisfacción con la atención	Comentarios sobre la frecuencia, número de citas, horarios de atención, infraestructura.
	Opiniones sobre cómo puede mejorar la atención en salud mental en el centro de salud, no solo para beneficio del paciente sino pensando en la comunidad.
	Impacto que considera el paciente que la terapia ha tenido en su vida, cómo le ha ayudado en sus relaciones personales, situación laboral, estado anímico, exposición a hábitos saludables y/o conductas de riesgo.
Sección 4: Condiciones externas a la atención	Comentarios sobre lo que ocurre durante los desplazamientos o las distancias a realizar para llegar a la cita. Gastos involucrados. Opinión sobre la ubicación del centro de salud y seguridad de la zona.
Sección 5: Condiciones que influyen en la salud mental	Percepción sobre personas conocidas que también van a terapia, sobre qué tipos de problemas de salud mental pudieran experimentar. Qué necesita una persona para estar bien en la parte emocional.

Fuente: elaboración propia

Solicitamos visitar los centros de trabajo de cada servidor público entrevistado, pensando a su vez en realizar anotaciones etnográficas (notas de campo y fichas de observación) para el caso de las visitas a los centros de salud. Fueron en estos espacios, los consultorios del módulo,

donde se sostuvieron las reuniones con cada psicólogo o psiquiatra (ocho entrevistas en total). A partir del criterio solicitado de que sean de distintas jurisdicciones, pudimos contar con un perfil diferenciado de ellos, lo que ayudó a enriquecer el trabajo. La experiencia en número de años en los módulos (como psicólogos clínicos o psiquiatras) era variada, no menos de 5 y en promedio 8 años. Algunos han trabajado en más de un cs y en más de una js, lo que les permitía brindar ejemplos y opiniones no solo acotados al cs donde estaban laborando en el tiempo de la entrevista. Dos de los entrevistados tuvieron experiencia previa administrativa en la “central” de SSPCDMX (áreas de promoción de la salud, capacitación). La mayoría era personal de base o formalizado (figura empleada para obtener ciertos derechos labores, pero no todos los beneficios que obtienen los de base), y uno de honorarios. Asimismo, dos de ellos fueron también coordinadores del mismo PSM en JS. Los seis psicólogos contaban con licenciatura en psicología y los dos psiquiatras con formación médica y especializada en psiquiatría. Todos con especialización adicional, sea maestría (4) o diplomados (4). Uno de ellos incluso con doctorado de investigación en psicoterapia. Es interesante notar que una persona entrevistada de este grupo tuvo formación y laboró como enfermera, mientras que otra está actualmente estudiando enfermería. En suma, el personal de salud entrevistado, que labora en el nivel primario de atención, ha sido idóneo por la diversidad de información cualitativa que podía ofrecer, sea por su cantidad de años o por haber estado en más de un puesto o condición laboral dentro de la Secretaría.

Luego, para las entrevistas con los pacientes pedimos que fueran en el mismo centro de salud al que acuden. Así, los pacientes realizaban el mismo procedimiento que hacían para una consulta cualquiera en el módulo de salud mental. Si era necesario, la dirección del centro de salud respectivo podía prestar un espacio adicional para que se pueda dar la conversación, en un ambiente de privacidad y seguridad (y así no interrumpir el quehacer cotidiano de los psicólogos del módulo). Procedimos de esta manera como una forma de otorgar predictibilidad y familiaridad a cada usuario y reducir las posibilidades de que rechace ser entrevistado.

Cuadro 47. Personas usuarias de los Módulos de Salud Mental entrevistadas

Jurisdicción sanitaria	Tipo de centro de salud	Código del usuario	Género	Edad	Fecha de entrevista	Observaciones
Cuauhtémoc	T-III	6-1	F	37	23/06/2022	
Miguel Hidalgo	T-III	6-2	F	48	24/06/2022	También brindó información cualitativa sobre paciente de 17 años, que acude al MSM del mismo CS, relación: hija
Iztapalapa	T-III	6-3	F	60	5/07/2022	
Xochimilco	T-I	6-4	M	24	6/07/2022	
Xochimilco	T-I	6-5	F	58	6/07/2022	
Miguel Hidalgo	T-III	6-6	F	40	15/07/2022	Entrevista conjunta, relación: madre e hija
Miguel Hidalgo	T-III	6-6	F	17	15/07/2022	
Gustavo A. Madero	T-III	6-7	F	61	22/07/2022	
Gustavo A. Madero	T-III	6-8	M	40	22/07/2022	La entrevista fue a la madre de un niño paciente de 11 años
Miguel Hidalgo	T-III	6-9	M	55	27/07/2022	
Milpa Alta	T-III	6-10	F	27	12/08/2022	La entrevista fue a la madre de una niña paciente de 5 años
Milpa Alta	T-III	6-11	F	25	12/08/2022	
Iztapalapa	T-III	6-12	M	49	23/08/2022	

Fuente: elaboración propia. Nota: No precisamos nombres del centro de salud ni de las personas usuarias por razones de confidencialidad

Presentamos la información respetando datos personales de las personas involucradas, donde no señalamos directamente el centro de salud de consulta. Tampoco añadimos los nombres de los pacientes, sino el código de análisis asignado. Fueron en total 12 entrevistas efectuadas, siendo una de ellas en conjunto a una madre e hija (código 6-6), que asisten al mismo consultorio de psiquiatría, con el mismo psiquiatra. Se anota también que la entrevista con código 6-2 brindó información cualitativa sobre su hija menor de edad, que acudía de forma personal a consulta con la misma psicóloga. En el caso de los dos niños que van terapia (códigos 6-8 y 6-10), las entrevistas fueron directamente con sus madres, que los acompañan cada vez al centro de salud. En general, como pauta introductoria en los encuentros, los usuarios (o tutores en el caso de menores de edad) firmaron un acuerdo de consentimiento informado, previo a la interlocución.

Resalta la diferencia en género, más del 68% fueron mujeres. En general esto guarda congruencia con la tendencia misma en los procesos de atención de psicología y psiquiatra en el primer nivel, como veremos más adelante. Asimismo, varias de las mujeres entrevistadas pusieron a discusión elementos de desventaja o conflicto por su condición femenina, incluso como detonador para malestares y/o trayectorias hacia problemas de salud mental más severos. Más sobre esto será presentado en los capítulos evaluativos. Sobre la edad, tuvimos información variada por edades, entre los 5 y 61 años de edad, donde al menos hubo un interlocutor por década de edad. Es cierto que no se pudo contar con más información sobre las experiencias de adultos mayores, pero sí de personas en tránsito hacia dicho estadio de edad.

De forma global, las visitas a los centros de salud también dieron oportunidad de conversaciones de corta duración con personas que eran directoras de los centros de salud o de las jurisdicciones sanitarias visitadas. Había que cumplir el protocolo de presentarse ante ellos como parte de la ruta a seguir en las entrevistas. En algunos casos, hubo ciertos énfasis que realizaron sobre el PSM, a partir de algunas preguntas que hacíamos: qué distingue a este centro de salud en el entorno de la jurisdicción, qué recomendaciones le daría a la coordinación central del programa. Las respuestas se registraron y procesaron conforme se explica más adelante, como todas las demás entrevistas.

Las visitas involucraron un recorrido consciente del entorno mismo del centro de salud. Esto incluyó la anotación de circunstancias particulares que ocurrieron en las semanas de visitas. La principal fue el reclamo de los trabajadores de la salud ante las autoridades sanitarias de la jurisdicción, la Sedesa y al propio Gobierno de la Ciudad, que se plasmaba en carteles, rótulos y pancartas. Los pedidos se centraban en la mejora de las condiciones de trabajo, en especial de uniformes y material protector contra el Covid-19. Este contexto se dio en el mismo semestre donde este grupo de trabajadores hizo una marcha de protesta en el Centro Histórico de la capital. Registramos estas observaciones, así como impresiones a nivel de infraestructura y orientación de las unidades, en una ficha de observación por centro de salud (anexo 4).

El trabajo de gabinete posterior a las visitas de campo se descompone en tres etapas secuenciales (ver cuadro siguiente). Considerando la realización de más de 31 entrevistas, buscamos una manera ordenada y eficiente para sistematizar la información cualitativa, para así enfatizar un análisis que vaya de lo general a lo particular, de lo descriptivo a lo conceptual, y evitar solo tomar datos que corroboren el eventual sesgo de los evaluadores.

Cuadro 48. Etapas, procedimientos y productos para el análisis final de gabinete

Etapa	Productos
Etapa 1: Registro	<ul style="list-style-type: none"> ● Fichas de observación ● Matriz de registro de entrevistas
Procedimiento	
<ul style="list-style-type: none"> ● De forma pronta a cada visita de centro de salud, redactamos notas de campo, con impresiones generales o ideas claves obtenidas durante las visitas. No tiene un formato específico, es un registro libre. ● A la par elaboramos fichas de observación, que permiten el registro estructurado de la visita realizada, a nivel de instalaciones y ubicación del centro de salud, así como de las condiciones del consultorio donde se brinda la atención terapéutica. ● De forma posterior y con mayor inversión de tiempo llenamos una matriz con el registro de cada entrevista. Esta matriz permite la recopilación ordenada y fiel de los insumos cualitativos de las personas entrevistadas. En la primera columna listamos las preguntas y en cada columna posterior se ingresan las respuestas por participante. ● Por insumos cualitativos nos referimos a las opiniones, valoraciones, posicionamientos y discursos que el informante aportó durante la entrevista. ● Fiel en cuanto se registra la información tal y como lo dijo el informante, no añadiendo comentarios, opinión o valoración como evaluadores. En ese sentido, los datos “se vuelcan” sin intervención adicional. ● Optamos por esta matriz en vez de realizar transcripciones, para priorizar el registro de información que se considere más relevante y para una gestión eficiente de los recursos disponibles para el trabajo de gabinete. Preferimos el registro de las palabras usadas por la persona entrevistada, en primera persona. ● Como evaluadores, la intervención principal es seleccionar la información de los audios que será registrada, en la medida que responda directamente a las preguntas que aparezcan en la primera columna de la matriz. A partir de esta selección procedemos con el llenado. 	
Etapa	Productos
Etapa 2: Procesamiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Matriz sintética de hallazgos preliminares
Procedimiento	
<ul style="list-style-type: none"> ● En esta etapa realizamos anotaciones más sistemáticas, desde el punto de vista de ser evaluador. Esto incluye el registro de hallazgos y potenciales recomendaciones de cara al informe final, además de elementos interesantes, relevantes o reveladores que hayan salido de las entrevistas realizadas. ● Las anotaciones las realizamos en una nueva matriz. La primera columna lista las categorías y conceptos de análisis que permitirá el ordenamiento de los hallazgos. Dichas categorías provienen de los criterios de valoración, pero también de los resultados de las visitas y entrevistas. ● La segunda columna permitirá realizar anotaciones que contrasten opiniones de los diversos actores entrevistados, por cada categoría de análisis. Señalamos tendencias y explicaciones alternativas de situaciones que se dan en la operación y resultados del PSM ● Se usa una matriz para forzar una redacción sintética. La oportunidad de elaborar con mayor argumentación será en la etapa 3 con la redacción de memos. 	

- Las fuentes de información principales para el llenado de la matriz de procesamiento son los productos de la primera etapa: las notas de campo, las fichas de observación y la matriz de registro de las entrevistas.

Etapa	Productos
Etapa 3: Análisis	<ul style="list-style-type: none"> • Informe por criterio de evaluación. Insumos directos para el informe final
Procedimiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Se define memo como un breve informe en documento Word, entre tres a cinco cuartillas, que desarrolla una de las categorías de análisis o criterio de evaluación de la investigación. Un memo concluido debería ser insumo directo para el informe final de evaluación. • En los memos desarrollamos argumentos a partir de los puntos resaltantes que anotamos en la matriz sintética. Informan en detalle de la operación del PSM, indicando también cuáles son las condiciones que contribuyen, fortalecen u obstaculizan dicha atención en los centros de salud. También documentan y contrastan el trabajo de otras unidades de Sedesa que ofrecen servicios de salud mental, a nivel de diseño. • Los memos se alimentan no solo de la producción de información previa (etapas de registro y de procesamiento) sino de la literatura académica disponible, que confronte o corrobore conceptos a partir de lo visto en las visitas de campo. 	

Fuente: elaboración propia

Este abordaje nos permitió unificar criterios en el equipo evaluador, tanto para sistematizar la abundante información de campo disponible como para desarrollar el análisis propiamente dicho, de cara al informe final.

Como en las entrevistas a los pacientes pueden aparecer datos sensibles y personales, procedimos con ciertas acciones para salvaguardar el anonimato y confidencialidad. Ya hemos mencionado la firma de los documentos de consentimiento. En la parte de procesamiento seguimos también un protocolo. A todos los interlocutores se les asignó un código (según tipo de actor y fecha). Este código es usado para todos los documentos internos producto de su intervención en el estudio, así como en las citas que van a aparecer en el informe final. Los archivos de audio resultado de la grabación de las entrevistas fueron subidos a una plataforma virtual de almacenamiento solo compartido por los evaluadores, procurando además que ningún contenido sea libremente accesible en Internet. Estos audios se eliminarán una vez concluido el proceso de investigación, quedando como huella principal de las entrevistas la ya mencionada matriz con registro de entrevistas de la etapa 1.

Anexo 4. Ficha de observación en centros de salud de Ciudad de México³⁹

Cuadro 49. Ejemplo de ficha de observación en centro de salud visitado, 2022

Alcaldía	Iztapalapa
Fecha	09/05/2022
Tipo de centro de salud	T-III
1. Transporte hacia centro de salud	
Tipos de transporte que llegan al centro de salud (metro, bus, taxi, trolebús, etc.)	Se puede llegar por varios tipos de transporte: bus, taxi y metro, dado que el centro de salud está en la zona céntrica de la Alcaldía.
Rango de precios del transporte	Desde 5 pesos el metro hasta 15 o 20 pesos entre camiones, peseros y combis.
Presencia y estado del alumbrado público	Se fue de día y no se tuvo oportunidad de revisar la calidad del alumbrado
Percepción de seguridad y precedentes de posibles riesgos en el área	La psicóloga comentó que los pacientes no le han referido problemas de seguridad en la zona
Facilidad para ubicarse (zona es conocida, aparece en Internet, próximo a referente urbano, etc.)	El centro de salud está en la zona centro de Iztapalapa, cerca a la alcaldía y a la plaza principal de la demarcación. Cuenta de forma cercana con dos vías importantes de acceso: Ermita Iztapalapa y Rojo Gómez.
2. Infraestructura del centro de salud	
Estado de la construcción (grietas, huellas humedad/salitre, suelo, techo)	No se apreciaron deterioros claros en la construcción
Servicios básicos (luz, agua, desagüe)	Cuenta con los servicios básicos

³⁹ Anexo para mostrar la estructura de la ficha de observación y un ejemplo de llenado. La información por todos los centros de salud visitados está disponible en una matriz de Excel, que fue llenada principalmente en mayo del 2022.

Servicios de comunicación (telefonía e Internet)	Cuenta con servicios de comunicación aunque solo en oficinas claves como la dirección del centro.
Ventilación e iluminación	Cuenta con grandes ventanales que favorecen la iluminación natural en interiores, como en las salas de espera por ejemplo
Sanitización (Lavatorios, indicaciones Covid-19)	Tiene algunas indicaciones de prevención relacionadas con Covid-19.
Señalética (conservación, verbal y/o gráfico, impreso, virtual, idioma)	El acceso al edificio cuenta con un letrero que informa sobre los servicios ofrecidos y nombres de algunos miembros del personal médico. La lista de servicios indicados no es exhaustiva pero sí incluye la mención a psicología
Orientación (módulos, folletos, apoyo verbal)	No se distinguió de forma clara que hubiera un módulo de orientación. La persona de seguridad es el filtro para que el visitante pueda ir a distintas áreas del centro. Cuando no está esta persona, pueden aparecer una o dos personas de administración que ayudan en la orientación
3. Infraestructura del espacio de atención	Cabe destacar que este consultorio se encuentra dentro del edificio del centro de salud, primer piso. Los consultorios para los otros psicólogos que atienden en el módulo están en planta baja, por fuera del edificio. Estos espacios son mucho más reducidos para la disposición de mobiliario y hay también dificultades en una adecuada ventilación.
Tamaño	Pequeño. Si el paciente estuviera en consulta acompañado de sus padres (por ejemplo) sería muy difícil desplazarse dentro
Mobiliario	Lo suficiente para proceder con la consulta. Pero no hay una computadora para el psicólogo, no hay un lavatorio para el lavado de manos

Materiales (hojas, lapiceros, juguetes, etc.)	Hay carencia de papelería informó la psicología. En la observación no se apreció que tuviera materiales diferenciados para las consultas, como juguetes por ejemplo, para la consulta con niñas o niños.
Acústica (¿se escucha afuera?, ¿puerta cierra bien?, etc.)	No se notó que hubiera demasiado ruido afuera del consultorio. La puerta no cierra bien, a veces se abre, lo que puede ser contraproducente para la privacidad de la consulta psicológica
Ventilación	Deficiente ya que las ventanas no tienen la facilidad para abrirse. Se cuenta con el complemento del ventilador
Observaciones adicionales	En el frontis o entrada del centro de salud se apreciaron carteles de protesta, dirigidas a la Jefa de Gobierno por la falta de uniformes y equipo de protección ante la emergencia sanitaria.

Fuente: elaboración propia

Anexo 5. Selección de guías de entrevistas empleadas⁴⁰

Entrevista con psicólogos del PSM

Objetivos de la entrevista

- Contar con información cualitativa sobre la gestión operativa del Programa de Salud Mental y Adicciones
- Conocer sobre la experiencia de los pacientes con el programa. Conocer acerca de las condiciones que influyen en la salud mental de los pacientes.

Preguntas para el director o directora del centro de salud

En caso haya una presentación con el director o directora del centro de salud, informar sobre los objetivos de Evalúa CDMX como institución, y sobre los objetivos de la evaluación. Agradecer el espacio, pero también aprovechar para realizar algunas preguntas que posibiliten triangular información:

- ¿Qué distingue a este centro de salud de otros de la jurisdicción?
- ¿Qué necesita el centro de salud para mejorar la atención en el módulo de salud mental?
- ¿Qué recomendación le daría a la coordinación del programa en SERSALUD?

Pauta introductoria con el profesional de salud mental

- Nos presentamos como integrantes de la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Evaluación de la Ciudad de México, dependencia autónoma que se encarga de evaluar políticas, programas y acciones del gobierno de la ciudad y las alcaldías.
- Señalamos el contexto de la entrevista: en el marco del diagnóstico y evaluación de los servicios de salud mental en Ciudad de México. Sus resultados serán considerados únicamente como fuente de información para el desarrollo del estudio y la elaboración de recomendaciones para mejorar la política de salud mental en la ciudad.

⁴⁰ Presentamos una selección de guías de entrevistas, para fines expositivos. Considerar que las guías podían variar por tipo de interlocutor.

- Señalamos el objetivo: las preguntas se refieren a la gestión del programa de salud mental y adicciones. Se quiere conocer cómo es la operación, así como las experiencias e impresiones de las personas involucradas en el programa, sean servidores, personal médico o pacientes. Sus aportes serán muy valiosos de cara a presentar un producto que les sea realmente útil y genere valor para sus usuarios.
- Solicitamos consentimiento: a partir de lo informado sobre la finalidad de la entrevista, ¿puedo contar con su consentimiento para grabar la entrevista?

Sección preguntas

Introductorias

- 1.1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en su actual puesto de trabajo? Cuéntenos sobre su experiencia trabajando para gobierno
- 1.2. ¿Dónde realizó su formación? Considerando la experiencia laboral que tiene ahora, ¿qué siente que le faltó conocer durante la etapa de estudios?
- 1.3. ¿Qué especialización ha realizado como psicólogo clínico?
- 1.4. ¿Cuáles considera que son los principales problemas de salud mental en la alcaldía?
- 1.5. ¿Conoce de estudios o diagnósticos que se hayan realizado sobre el problema de la salud mental en la alcaldía?

Gestión del programa

- 2.1. Para usted, ¿cuáles son los objetivos del programa de salud mental en su jurisdicción?
- 2.2. ¿Qué actividades realiza en el marco del programa?
- 2.3. ¿Se realiza difusión para promocionar el módulo? ¿Con qué otras estrategias de acercamiento con los usuarios se cuentan?
- 2.4. ¿Qué le gustaría saber o ser comunicado para mejorar su trabajo?
- 2.5. ¿Qué metas le han pedido lograr este año? ¿Hay diferencias respecto a años anteriores?
- 2.6. ¿Cuáles son las dificultades para cumplir con la cuota de pacientes? ¿Qué se hace al respecto?

- 2.7.¿Hay alguna actividad en particular que siente que le quita tiempo?
- 2.8.¿Cómo se reporta el trabajo realizado y el logro de metas?
- 2.9.¿Cómo entendería calidad al brindar servicios de salud mental?
- 2.10. En ese sentido, ¿qué valora sobre lo logrado en la jurisdicción? ¿En qué tiene que mejorar el programa?

Relación médico-paciente

- 3.1.¿Qué protocolo es necesario seguir cuando una persona solicita atención en salud mental?
- 3.2.¿Sigue algún modelo de intervención o escuela terapéutica en su relación con los pacientes?
- 3.3.¿Se le exige un mínimo de sesiones al usuario? ¿Estas sesiones siempre son realizadas con el mismo profesional de la salud?
- 3.4.¿Cuánto espera un paciente en comenzar un periodo de sesiones? ¿Cada cuánto el paciente puede obtener una cita de seguimiento?
- 3.5.¿Qué valora como aptitudes o experiencia necesaria en el caso de los psicólogos y psiquiatras que laboran en los módulos?
- 3.6.¿Qué inquietudes o retos enfrenta como profesional al atender a los usuarios?
- 3.7.Además de los psicólogos o psiquiatras, ¿qué otro tipo de personal apoya en los módulos de salud mental?
- 3.8.[Pregunta opcional en caso el centro de salud cuente con psiquiatras] ¿Cómo se da la relación y comunicación con el personal de psiquiatría del módulo?
- 3.9.De alguna forma ¿colaboran los médicos generales o especialistas de otros programas en el programa de salud mental?
- 3.10. ¿Ofrecían la opción de atención virtual o por llamada telefónica durante la contingencia sanitaria? Cuéntenos sobre la experiencia
- 3.11. ¿Tiene potencial la atención virtual? ¿Qué recursos materiales y de capacitación se necesitan?

Características e involucramiento de los pacientes

- 3.1. ¿Sabe cómo llegan los pacientes a los módulos de salud mental? ¿Sabe con qué otras dependencias relacionadas se suelen contactar primero?
- 3.2. ¿Qué pedidos o quejas suelen haber de parte de los pacientes?
- 3.3. ¿Ofrecen mecanismos para que el paciente pueda opinar o expresar inquietudes sobre la atención del módulo?
- 3.4. ¿Cuáles son los problemas de salud mental recurrentes en las personas que atienden? ¿Cuánto afecta/predispone el entorno la presencia de éstos? ¿Qué otros estresores lo afectan/predisponen?
- 3.5. ¿Cómo describiría la agudeza de los problemas de salud mental de los pacientes que recibe? ¿Hay casos donde éstas hayan interferido con sus habilidades...
 - 3.5.1. ...sociales (familia, barrio, amistades, iglesia, etc.)?
 - 3.5.2. ...para sostenerse económicamente? ...para desenvolverse en un centro de estudios/puesto laboral?
 - 3.5.3. ...para vivir de modo independiente (asearse, obtener comida, limpiar su hogar, salir de su hogar por su cuenta, asistir a citas a la hora acordada)?
 - 3.5.4. ...o hay alguna otra que haya visto comprometida?
- 3.6. ¿Alguna diferencia en los problemas de salud mental encontrados a propósito de la pandemia?

Cierre

- 4.1. ¿Qué recomendación le daría a la coordinación del programa en SERSALUD?
- 4.2. ¿Algo que no preguntamos? ¿Una actividad relevante que realizan que no se mencionó hasta el momento?

Entrevista con usuarios del PSM

Objetivo de las entrevistas

- Contar con información sobre la relación del paciente con el programa de salud mental en los centros de salud de los Servicios de Salud Pública. Ofrecer la oportunidad para que aporten con sugerencias e ideas de mejora, en un espacio seguro
- Disponer con información primaria sobre las condiciones que garantizan o influyen en la salud mental de los capitalinos

Pauta introductoria con el usuario

- Objetivo de la entrevista: contar con información sobre la relación del usuario con el módulo de salud mental.
- No se ahondará en información personal y sensible, que pertenece al ámbito de diálogo y terapia con el psicólogo/psiquiatra. En todo caso, es una oportunidad para que pueda aportar con sugerencias e ideas de mejora para los módulos de salud mental en los centros de salud.
- La información que provea será confidencial. Para eso pedimos firmar un documento de consentimiento, donde se establece que toda información que sea resultado de las entrevistas sólo se usará para fines de la investigación y de forma anónima.

Datos del usuario [Solo se corrobora con los datos entregados por SERSALUD]

Nombre:

Edad:

Sexo/género:

Preguntas

1. Preguntas introductorias

- 1.1. ¿Vive solo(a) o con otras personas? ¿Cuál es la relación que tiene(n) con Ud.? ¿Es responsable del cuidado o crianza de alguien?
- 1.2. ¿Considera que su vivienda es segura? ¿Resistente a accidentes/temblores? ¿La zona en la que está ubicada es segura?

1.3.¿Su vivienda posee servicios de luz y agua? ¿Sistema de desagüe? ¿Teléfono/Internet?

1.4.¿Qué nivel educativo tiene?

1.5. ¿A qué se dedica? ¿Posee un ingreso económico estable? ¿Es un ingreso propio?

2. Atención en el módulo de salud mental

2.1.Antes de venir a este centro de salud, ¿qué sabía o había escuchado sobre los psicólogos?
¿Los psiquiatras? ¿Sobre la consulta psicológica?

2.2.¿Ya había tenido consulta con un(a) psicólogo(a) o un(a) psiquiatra anteriormente? Si fuera el caso, ¿por cuánto tiempo? Cuéntenos qué recuerda de esa experiencia.

2.3.¿Cómo se enteró de que había consulta psicológica/psiquiátrica en este centro de salud?
¿Visitó otras dependencias buscando un servicio similar?

2.4.¿Qué procedimiento siguió para comenzar a tener consultas en psicología y/o psiquiatra?
¿Qué requisitos le pidieron? ¿Tiene derechohabencia?

2.5.¿Qué tan fácil fue completar el trámite? ¿Hubo algo que le incomodó? ¿Respecto a qué? Si fuera el caso, ¿quién lo ayudó?

3. Satisfacción con la atención

3.1.¿Qué recuerda qué le dijo el psicólogo(a) / el(la) psiquiatra en la primera sesión sobre la forma de trabajar en la consulta? ¿Así ha sido?

3.2.¿Cada cuánto viene a consulta? ¿El tiempo de espera le parece aceptable? ¿Qué opina sobre los horarios de atención disponibles?

3.3.¿Por cuántas sesiones espera venir a consulta? ¿Qué espera obtener o tener una vez concluyan las consultas?

3.4.¿Cómo se siente en el espacio de consulta con el(la) psicólogo(a) / el(la) psiquiatra? ¿Siente que puede platicar de forma tranquila? ¿Y de forma confidencial?

3.5.En este momento, ¿qué utilidad tiene para usted recibir la consulta psicológica/psiquiátrica? ¿En qué ámbitos siente que le ayuda? Mencione un ejemplo [Laboral, escolar familiar, social, emocional, otro]

- 3.6. Con la experiencia que tiene ahora con la atención psicológica y/o psiquiátrica, ¿cree que una ayuda así le hubiera sido útil en un momento anterior de su vida?
- 3.7. [Pregunta opcional] Si ha recibido o recibe atención en psiquiatría, ¿cómo consigue los medicamentos? ¿Qué apoyos tuvo o tiene para conseguirlo? ¿Cuánto es el gasto aproximado por mes?
- 3.8. ¿En qué puede mejorar la atención de psicología y/o psiquiatría en el centro de salud? Pensando en una mejora para toda la comunidad.

4. Condiciones externas a la atención

- 4.1. ¿Cómo llega a la consulta? Cuéntenos cómo se desplaza hasta aquí y cuánto tiempo le toma.
- 4.2. ¿Realiza algún gasto para venir al centro de salud? ¿Cuál? ¿Solamente en transporte o realiza otro tipo de gastos? ¿Cuánto es el gasto aproximado por mes?
- 4.3. ¿Considera que el centro de salud está bien ubicado? ¿Siente que es una zona segura?
- 4.4. Si es responsable del cuidado o crianza de alguien, ¿debe hacer alguna coordinación/arreglo para venir? ¿Tiene a personas que le ayuden al respecto? ¿Esto tiene algún costo? ¿Con cuánta anticipación debe hacerlo?

5. Condiciones que influyen en la salud mental

- 5.1. ¿Usted cuenta que viene al psicólogo(a)/al psiquiatra? ¿A quiénes? ¿Por qué? Cuando prefiere no contar, ¿por qué?
- 5.2. ¿Ha llegado a recomendar a otras personas que vengan a una atención psicológica/psiquiátrica? Si es así, ¿por qué? ¿Qué problemas observa en esas personas? ¿Cómo cree que la consulta les puede ayudar?
- 5.3. Aquí en el centro de salud, ¿ha conocido a pacientes que también se atienden en los consultorios de salud mental? Si es así, ¿qué problemas observa que esas personas tienen?
- 5.4. En su opinión, ¿qué se necesita para estar bien en la parte emocional? ¿Qué ayudas necesita una persona para estar bien en esa parte? ¿Hay algo que usted necesite en particular para ello?
- 5.5. ¿Por qué decidió ser entrevistado(a)?

Anexo 6. Programas e intervenciones adicionales de la Sedesa que se enfocan en salud mental y adicciones

	Atención psicológica y psiquiátrica en hospitales de segundo nivel	Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género (Sepavige)	Programa de Voluntad Anticipada y Cuidados Paliativos	Instituto para la atención y prevención de las adicciones en la Ciudad de México (IAPA)
Adscripción institucional	Sedesa	Sedesa	Sedesa	Órgano descentralizado sectorizado a Sedesa
Unidad administrativa	Subsecretaría de Prestación de Servicios Médicos e Insumos - Dirección Ejecutiva de Atención Hospitalaria	Subsecretaría de Prestación de Servicios Médicos e Insumos	Subsecretaría de Prestación de Servicios Médicos e Insumos	Dirección de Prototipos de Atención e Inclusión Comunitaria
Objetivo	Brindar atención de psicología y psiquiatría ambulatoria y de internamiento a pacientes que lo soliciten o a través de urgencias. Adicionalmente, se ofrecen servicios de psicología a pacientes que presenten problemas de salud mental derivados de la enfermedad, padecimientos o lesión que los haya llevado a acudir a la red de hospitales de la Sedesa	Disminuir la incidencia de daños de personas víctimas de violencia de género.	Brinda respuesta a las necesidades paliativas con soporte psicológico, información y capacitación al paciente y cuidadores.	Instancia rectora en la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas. La dependencia ofrece un servicio a las personas que consumen sustancias psicoactivas, sus familiares y al público en general.
Tipo de programa	Sin asignación presupuestal definida. Opera en el marco del PP E012 Atención médica (actividad institucional 020: Atención médica integral)	Actividad institucional 062: Prevención de la violencia y combate a la discriminación Programa presupuestal E019, prevención y atención de la violencia contra las mujeres	Programa y servicio dentro de la Secretaría de Salud, se encuentra a cargo de la Subsecretaría de Prestación de Servicios Médicos e Insumos. No cuentan con estructura ni presupuesto propio	Actividad sustantiva, no tiene asignación presupuestal definida
Nivel de atención	Segundo nivel	Primer y segundo nivel	Segundo nivel	
Número de unidades o puntos de acceso	Hospitales	Hospitales y centros de salud	Hospitales	Instalaciones del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones
Tipo y número de profesionales disponibles	Psicología (131) Psiquiatría (16)	Psicología (30) Uno por cada unidad del servicio	No especificado	Psicología (7) Reportan no contar con psiquiatras
Necesidad de salud / Problemática identificada	Crecientes problemas de salud mental que experimenta la población capitalina, aunado a los problemas de salud mental que se derivan de	Violencia contra las mujeres, entendida como acciones u omisiones que se comenten de manera deliberada hacia las mujeres y que tiene la finalidad de	La Ley de Salud de la Ciudad de México establece que los cuidados paliativos son parte de un tratamiento integral para el cuidado de molestias, síntomas y estrés de	El abuso y dependencias de sustancias psicoactivas -incluyendo alcohol y tabaco-, así como sus consecuencias negativas en el

	Atención psicológica y psiquiátrica en hospitales de segundo nivel	Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género (Sepavige)	Programa de Voluntad Anticipada y Cuidados Paliativos	Instituto para la atención y prevención de las adicciones en la Ciudad de México (IAPA)
	accidentes, enfermedades y padecimientos que ameriten internamiento en un hospital.	someter, controlar y dañar.	toda persona que padece una enfermedad grave. Comprende acciones como el control de diversos síntomas, como dolor, dificultad para respirar, náuseas, fatiga, malestar general, ansiedad, insomnio, pérdida de apetito, entre otros. Por tanto, el problema público se puede definir como los síntomas, el malestar y el sufrimiento que experimentan las personas que padecen enfermedades graves y/o en etapa terminal.	ámbito individual y colectivo de la sociedad. (NOM-028)
Población objetivo	Población usuaria de la red de hospitales de la Sedesa que requiere atención de psicología y/o psiquiatría Ofrecen atención de psicología y psiquiatría a pacientes de la red de hospitales.	Población usuaria de centros de salud y hospitales, que viven situaciones de violencia sexual o familiar	Pacientes y cuidadores que acuden a la red de hospitales de la ciudad	Personas con una necesidad de atención en torno a adicciones
Actividades	Canalización a hospitales psiquiátricos de tercer nivel en casos graves, ya sea para valoración o internamiento Derivación a primer nivel en caso de que el paciente tenga su domicilio cerca de algún centro de salud que cuente con el servicio de psicología o psiquiatría y no sean casos graves.	Ofrecen evaluación y tratamiento inmediato psicológico y legal.	Número de contenciones psicológicas vía llamadas telefónicas: 447 (2020-2022). Incluye atención a personal médico de la red de hospitales.	Atención psicosocial o canalización a centros de atención de adicciones Capacitación y sensibilización a servidores públicos y sociedad civil Inspecciones a centros de atención de adicciones
Indicadores y metas	Consulta externa de psicología: 12,041 (2022, parcial), 29,658 (2021) Consulta externa de psiquiatría: 1,960 (2021)	Número de personas atendidas por violencia de género: 14,500 (2020), 14,153 (2021)	Número de personas atendidas en psicología por el programa: 78 (2021) Consultas de atención primaria: 77 (2021) Contenciones de psicología: 462 (2021)	Número de personas atendidas: 2019: 268; 2020: 192 2021: 350; 2022 (parcial): 39 Canalizaciones: 2019: 410; 2020: 180 2021: 193; 2022 (parcial): 27

Anexo 7. Programas e intervenciones de salud mental en otras instancias

Intervención y ente responsable	Sector	Objetivo	Dimensión relacionada con aspectos psicosociales del bienestar	Proceso	Estado de avance o cumplimiento
Dependencias					
Barrio Adentro					
Gobierno de la Ciudad IAPA DIF CDMX	Desarrollo Social	Identificar necesidades sociales de los vecinos de las diferentes colonias de la ciudad, bajo una perspectiva territorial	Las visitas territoriales toman en cuenta la identificación de problemáticas de adicciones.	Prevención y atención	120 polígonos recorridos, 200 colonias
Beca de Asistencia, Atención e Inclusión para Niñas, Niños, Adolescentes y Jóvenes Familiares de las Personas Sensiblemente Afectadas en la Línea 12 del STC Metro DIF CDMX	Asistencia social	Otorgar medidas de atención e inclusión que comprendan un apoyo económico hasta de 300 niñas, niños, adolescentes y jóvenes familiares de las personas sensiblemente afectadas en la Línea 12 del STC Metro	Entre los servicios ofrecidos por el programa está la atención psicológica.	Atención	Las Reglas de Operación (2023) reportan un total de 300 niños, niñas, adolescentes y jóvenes como población objetivo a atender, adicionales a las 91 personas dadas de alta y 13 hospitalizados.
Apoyo a Persona que perdieron algún familiar en el Sismo del 19 de septiembre de 2017 DIF CDMX	Asistencia social	Contribuir a la garantía del ejercicio de los derechos de hasta 160 personas beneficiarias que perdieron algún integrante familiar víctima del Sismo del 19 de septiembre de 2017 en Ciudad de México, con vínculo familiar, con mejor derecho y/o dependencia económica	Entre los servicios ofrecidos por el programa está la atención psicológica.	Atención	Las Reglas de Operación establecen una población objetivo de 228 personas víctimas del sismo del 19 de septiembre. En la última evaluación interna disponible, se reportó una atención del 62% de la población objetivo, es decir.
Los Jóvenes Unen al Barrio Instituto de la Juventud	Desarrollo Social	El programa pretende contribuir a la equidad e inclusión social de personas jóvenes de 12 a 29 años que habitan en colonias, barrios y pueblos con bajo Índice de Desarrollo Social (IDS) y altos índices de violencia de Ciudad de México mediante el combate a situaciones de riesgo que enfrentan los jóvenes y que afectan su desarrollo integral y comunitario. Acciones: 1. Realizar [...] convenios con diversas instancias para garantizar a las personas beneficiarias el acceso gratuito a asesorías; servicios, actividades	Problema: Situaciones de riesgo que enfrentan los jóvenes de entre 12 y 29 años de edad que habitan en colonias, barrios y pueblos con bajo índice de desarrollo social y altos índices de violencia, delincuencia y adicciones, por ello que se ve afectado su desarrollo integral y el núcleo comunitario, que presentan débiles competencias socioemocionales [...]	Promoción y prevención	El indicador de propósito en la evaluación interna 2022, reporta una atención de 9,445 jóvenes que adquieren habilidades psicosociales para confrontar situaciones de vulnerabilidad.

Intervención y ente responsable	Sector	Objetivo	Dimensión relacionada con aspectos psicosociales del bienestar	Proceso	Estado de avance o cumplimiento
		<p>culturales, deportivas y de capacitación para el trabajo.</p> <p>2. Seguimiento de acciones comunitarias con respecto a las actividades en los distintos ejes temáticos con la finalidad de mejorar el entorno social de las personas jóvenes.</p>			
<p>PILARES</p> <p>Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación</p>	<p>Educación y Desarrollo Social</p>	<p>Contribuir a que las personas, principalmente quienes habitan en barrios, colonias y pueblos con bajos y muy bajos índices de desarrollo social de Ciudad de México, en especial personas jóvenes y mujeres accedan al ejercicio del derecho a la educación y a la formación para el trabajo y/o autoempleo⁴¹.</p> <p>Componente: Ciberescuelas: se otorga apoyo educativo a todas aquellas personas que se encuentran inscritas en alguna oferta educativa presencial o a distancia⁴² (requieren apoyo extraescolar.</p>	<p>Ciberescuelas: se tiene una oferta que permite el desarrollo de habilidades digitales, cognitivas, y socioemocionales, así como acciones de prevención y disminución de la violencia, de fomento a una cultura de paz [...]</p>	<p>Promoción y prevención</p>	<p>Ciberescuelas: Enfocados en orientar a la población en el conocimiento y manejo de sus emociones que les permita alcanzar el autoconocimiento y el establecer relaciones asertivas para plantear un proyecto de vida autónomo y de integración comunitaria, se imparten los talleres de habilidades emocionales a través de los cuales se han realizado 268065 atenciones.</p>
<p>Gestión de Ambientes Protectores del Desarrollo Socioemocional Saludable (GAP)</p> <p>Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación</p>	<p>Educación</p>	<p>Propósitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ofrecer experiencias propicias para el desarrollo socioemocional saludable de los estudiantes. Favorecer la convivencia pacífica, el bienestar, la salud emocional y la cohesión de la comunidad escolar <p>Operación: formación de directores, docentes y alumnos por medio de ficheros en temas de prevención de la violencia, sana convivencia y manejo de</p>	<p>Estrategia para coadyuvar en el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, por medio de la creación de estrategias de formación y capacitación a directivos, docentes y residentes universitarios.</p>	<p>Promoción</p>	<p>En el último informe anual de la SECTEI (2022), se reporta la capacitación de 99 tutores y residentes universitarios como facilitadores del programa. Este programa se implementa a nivel educación básica. Vínculo a infografía del programa: https://web.sectei.cdmx.gob.mx/covid/wp-content/uploads/documentos/3-BaSICA-BROCHURE-GAP_V5.pdf</p>

⁴¹ Reglas de Operación 2023

⁴² Cuarto informe anual, Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación, 2022. Vínculo: https://www.sectei.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Informe_SECTEI/4to%20Informe%20SECTEI.pdf

Intervención y ente responsable	Sector	Objetivo	Dimensión relacionada con aspectos psicosociales del bienestar	Proceso	Estado de avance o cumplimiento
		las emociones en entornos sociales, entre otros. Creación de una red de residentes universitarios que ofrece acompañamiento pedagógico tanto de forma presencial como en línea.			
Atención a Población en Vulnerabilidad Escolar (AVE) Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación	Educación	Mejorar las condiciones de acceso, retención, permanencia y logro académico de poblaciones vulnerables, a través de la implementación de un modelo de aula multicultural y diversa como estrategia para contribuir a reducir los riesgos de rezago y deserción escolar.	El objetivo se pretende alcanzar mediante el fortalecimiento de las capacidades profesionales de los docentes. La población objetivo son niñas, niños y adolescentes entre 6 y 15 años con alguna discapacidad, trastornos neurológicos y socioemocionales.	Prevención	Se diseñó una plataforma educativa que contiene los recursos didácticos orientados a la atención de siete áreas de vulnerabilidad escolar, entre ellas está la psicosocial y el desarrollo emocional. SECTEI reportó que, a final de 2022, se había capacitado a 189 agentes educativos en contenidos teóricos, metodológicos y prácticos en las siete áreas de vulnerabilidad escolar Vínculo a infografía del programa: https://web.sectei.cdmx.gob.mx/covid/wp-content/uploads/documentos/2-BaSICA%20BROCHURE%20AVE_V3.pdf
Beca Leona Vicario DIF CDMX	Educación	Contribuir a la restitución de los derechos de hasta 35,500 niñas, niños y adolescentes, de 0 a 17 años 11 meses, que viven situaciones de alta vulnerabilidad, a través de un apoyo monetario mensual, servicios y actividades que favorezcan su desarrollo integral, de manera particular, sus derechos a la educación y alimentación.	El programa se centra en apoyar a niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años 11 meses de edad en situación de vulnerabilidad (extrema pobreza, víctimas de violencia, por madre, padre o tutores fallecidos o con incapacidad, madres o padres solos jefes de familia en situación de vulnerabilidad o de aquellos que son hijas e hijos de policías caídos en cumplimiento de su deber, enfrentan el fallecimiento o incapacidad total y permanente del sostén económico del hogar). El programa ofrece atención psicológica y canalización a atención en salud de primer nivel.	Prevención y atención	Se reporta en el cuarto informe anual de la SECTEI (2022), que el programa ha brindado 57,010 servicios integrales consistentes en atenciones psicológicas, médicas, odontológicas, así como servicios recreativos, deportivos y culturales a 29,440 menores de edad.
Atención psicológica para personas egresadas del Sistema de Justicia Penal de la Ciudad de México	Reinserción social	Se brinda atención psicológica, con el objetivo que las personas afiliadas adquieran herramientas que puedan ser	Dirigido a personas egresadas del Sistema de Justicia Penal de la Ciudad de México afiliadas al	Atención	Las entrevistas con los psicólogos que ofrecen sus servicios para SSPCDMX, indican que de manera regular deben de

Intervención y ente responsable	Sector	Objetivo	Dimensión relacionada con aspectos psicosociales del bienestar	Proceso	Estado de avance o cumplimiento
Instituto de Reinserción Social (SEGOB)		utilizadas para mejorar su calidad de vida ⁴³ .	Instituto de Reinserción Social y su familia.		atender a personas con carta de pre liberación o liberadas del Sistema de Justicia Penal de la Ciudad de México. Asimismo, comentan que, existe la necesidad de capacitar al personal de psicología para atender a este grupo poblacional por sus características particulares y contexto implícito.
Alto al Fuego Secretaría de Seguridad Ciudadana	Seguridad	Realizar actividades que permitan establecer vínculos positivos basados en la confianza y el acompañamiento con personas que están involucradas en los círculos de violencia, que, de acuerdo a sus condiciones, necesidades y entorno, les brindarán herramientas para mejorar su forma de vida, mitigando con ello el riesgo de ser víctimas o victimarios de violencia armada [...] se encaminará hacia la construcción de una comunidad justa y segura, en donde se puedan disfrutar plenamente todos los derechos humanos.	Dotar y fortalecer habilidades psicosociales con la finalidad de incidir en la reducción de conductas disociales y fortalecer las capacidades personales para la toma de decisiones en la construcción de su proyecto de vida a través de talleres FÉNIX y taller de Mentoría.	Promoción y prevención	La evaluación interna 2022 se reporta la impartición de 4 talleres FÉNIX y 2 talleres de Mentoría. Por tipo de taller, se reporta que un taller FÉNIX benefició a 34 personas, mientras que cada taller de Mentoría benefició a 10 personas.
Bienestar para las Mujeres en Situación de Violencia Secretaría de las Mujeres	Social y género	Brindar recursos económicos, psicosociales, jurídicos y sociales a mujeres en situación de violencia por razones de género y en vulnerabilidad económica para fortalecer su autonomía y procesos que les permitan salir del ciclo de violencia en el que se encuentran.	La alta dependencia psicoemocional es una de las causas que dificultan la autonomía en la toma de decisiones de las mujeres para la construcción de su proyecto de vida. Se observa que el dominio y poder de las personas agresoras, principalmente varones, altera la estabilidad emocional de las mujeres, con graves consecuencias en su autoestima y en la capacidad de toma de decisiones.	Atención y recuperación	Los objetivos planteados en las Reglas de Operación indican que se ha atendido a aproximadamente 6,896 mujeres durante 2023.

⁴³ Página del Instituto de Reinserción Social. Vínculo: <https://www.reinsercionsocial.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/medico-y-psicologico>

Intervención y ente responsable	Sector	Objetivo	Dimensión relacionada con aspectos psicosociales del bienestar	Proceso	Estado de avance o cumplimiento
Unidades Territoriales de Atención y Prevención de la Violencia de Género (LUNAS) Secretaría de las Mujeres	Social y Género	Brindar atención psicoemocional, a mujeres en situación de violencia de género, que asistan a las LUNAS y que requieran el servicio. Objetivos específicos: 1. Ofrecer contención individual a las mujeres que presentan un estado de crisis emocional como consecuencia de la situación de violencia vivida. 2. Brindar terapia de grupo a las mujeres que asisten a las LUNAS y han vivido o viven violencia de género en un espacio seguro donde exista respeto genuino, congruencia y empatía.	Se realizan las siguientes modalidades de atención: <ul style="list-style-type: none"> • Intervención en crisis • Contención emocional • Psicoterapia integrativa para la regulación emocional 	Atención y recuperación	El número de atenciones iniciales en las LUNAS fue, en 2020, de 5,084; mientras que, en 2023, se ofrecieron 13,399 atenciones iniciales. Esto representa un crecimiento de 164% en atenciones integrales a mujeres en estos espacios ⁴⁴ . Actualmente, la Secretaría de las Mujeres reporta la existencia de 27 LUNAS, abarcando geográficamente las 16 alcaldías.
Alcaldías					
Sistema Público de Cuidados Alcaldía Iztapalapa	Asistencia social	Contribuir al desarrollo de un Sistema Público de Cuidados, mediante la ejecución de acciones y programas dirigidos a personas cuidadoras que atiendan a personas con discapacidad severa y adultos mayores con alto grado de dependencia. Objetivo específico 1: Proporcionar apoyos económicos, herramientas y técnicas con perfil psicológico a personas cuidadoras para su autonomía y empoderamiento.	Problema: La atención de los adultos mayores, personas con discapacidad; así como las personas cuidadoras requieren de atención integral que reconozcan y garanticen sus derechos través de políticas de cuidado dirigidas en especial a mujeres que se desarrollan como cuidadoras de estos grupos de población en la Alcaldía de Iztapalapa.	Promoción y prevención	En la evaluación interna 2022, se reporta que, en 2021, el programa atendió a 1,361 niñas y niños menores de 6 años, lo que resulta en una cobertura del 61% con respecto al objetivo de dicho ejercicio fiscal (2,220).
Bienestar para la Atención y Alimentación a Personas en Situación de Calle en el Centro de Servicio Social Alcaldía Venustiano Carranza	Asistencia social	Busca atender hasta a 70 personas residentes o usuarias del “CENTRO DE SERVICIO SOCIAL”, con el servicio de alimentación, además de contribuir en la atención de personas en situación de calle, a través de servicios asistenciales [...] así como acciones de reinserción social o canalizaciones a instituciones de	Entre los servicios médicos ofrecidos en el Centro de Servicio Social se encuentra la atención psicológica .	Atención	La evaluación interna 2022 sugieren la atención de aproximadamente 448 número personas en situación de calle durante 2021.

⁴⁴ Informe Alerta por Violencia contra las Mujeres en la Ciudad de México, agosto 2023. Vínculo: https://semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Informe_Alerta_Agosto_2023.pdf

Intervención y ente responsable	Sector	Objetivo	Dimensión relacionada con aspectos psicosociales del bienestar	Proceso	Estado de avance o cumplimiento
Bienestar para la Atención y Alimentación a Personas en Situación de Calle en el Centro de Servicio Social Alcaldía Venustiano Carranza	Asistencia social	gobierno para una atención de mayor nivel en materia de salud, adicciones, identificación personal u otras. La alcaldía en Venustiano Carranza cuenta con la Casa Hogar y Centro de Día “Arcelia Nuto de Villamichel”, tiene capacidad para brindar estancia permanente o de medio tiempo hasta a 25 adultos mayores, con el objeto de brindarles una atención biopsicosocial e integral a cada uno de ellos, además de proporcionarles, una alimentación diaria balanceada.	Entre los servicios ofrecidos en la Casa Hogar y Centro de día se cuenta con atención biopsicosocial.	Atención	La Casa Hogar tiene 35 años de funcionamiento. Los objetivos planteados en las Reglas de Operación, indican que, de 2019 a 2023, se ha atendido a 125 adultos mayores.
Programa de Apoyo Integral a la Mujer para la Equidad (PAIME) Alcaldía Iztacalco	Social y género	Promover la igualdad de género, a partir de programas que fortalezcan la autonomía económica, física y política de las mujeres y la erradicación de la violencia de género.	Efecto del problema atendido: Violencia y brecha de desigualdad de género generan [...] condiciones que merman el bienestar físico, emocional, psicológico, económico y social. Componentes del programa: Atención médica y psicológica y talleres de empoderamiento y derechos humanos con perspectiva de género	Prevención y atención	Durante la operación del programa (2019-2023), los objetivos planteados sugieren la atención psicológica a aproximadamente 5,200 mujeres.
Seguro contra la Violencia de Género Alcaldía Gustavo A. Madero	Social y género	Contribuir a lograr una disminución de mujeres que sufren de violencia en su entorno familiar y dependen de su agresor, esto con el fin de garantizar la equidad social y de género, logrando la igualdad en la diversidad, otorgando una transferencia monetaria mensual a mujeres víctimas de violencia con la finalidad de que logren la separación de su agresor.	Problema: La violencia contra la mujer se ha convertido recientemente en una preocupación colectiva, [...] ya que es una práctica social que atenta contra la salud física y mental.	Prevención y recuperación	La evaluación interna 2022 reporta la entrega de apoyos a 211 de mujeres.