



EVALÚA

Ciudad de México

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

RESUMEN EJECUTIVO

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

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 con 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 marcado 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.