



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

SALUD MENTAL Y ADICCIONES

2020-2024



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

TIPO DE DOCUMENTO

TÍTULO

OBJETO DEL DOCUMENTO

FECHA DE PUBLICACIÓN

VERSIÓN

RESUMEN

FORMATO DE DIFUSIÓN

ELABORÓ

REVISÓ

AUTORIZÓ

FUNDAMENTO JURÍDICO

Programa

Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones

Presenta la estrategia para la atención y prevención en materia de salud mental y adicciones.

23 de feb 2021

VIGENCIA

2020-2024

Original.

El Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones presenta las acciones y estrategias programadas para poder atender, con calidad humana y respeto de los derechos humanos, los trastornos mentales, así como retomar la conceptualización de que las adicciones son parte de los problemas de salud mental

Sitio web:

Dr. Gabriel Eugenio Sotelo Monroy, Dr. Guillermo Peñaloza Solano

Dr. Juan Manuel Quijada Gaytán, Dr. Gady Zabicky Sirot, Mtra. Diana Iris Tejadilla Orozco

Dr. Hugo López Gatell Ramírez

Ley General de Salud

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024

Programa Sectorial de Salud 2020-2024

DATOS DE CONTACTO:

NOMBRE

Dr. Gabriel Eugenio Sotelo Monroy

CARGO

Dirección de Gestión de Servicios

CORREO

gabriel.sotelo@salud.gob.mx

TELÉFONO

50621600 ext 52636

AUTORIZÓ

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

REVISÓ

Dr. Juan Manuel Quijada Gaytán

ELABORÓ

Dr. Gabriel E. Sotelo Monroy

Dr. Gady Zabicky Sirot

Mtra. Diana Iris Tejadilla Orozco

En suplencia por ausencia de la Dra. Lorena Rodríguez Boreas Ramírez
Titular del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental,
con fundamento en el Artículo 55 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.



Directorio de la Secretaría de Salud

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela

Secretario de Salud

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Mtra. Maricela Lecuona González

Abogada General de la Secretaría de Salud

Dr. Pedro Flores Jiménez

Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

Dr. Alejandro Ernesto Svarch Pérez

Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. José Ignacio Santos Preciado

Secretario del Consejo de Salubridad General

Dr. Juan Antonio Ferrer Aguilar

Director General del Instituto de Salud para el Bienestar

Lic. Jaime Francisco Estala Estevez

Encargado del despacho de la Subsecretaría de Integración
y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Gustavo Reyes Terán

Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos los Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad

Dr. Gady Zabicky Sirot

Comisionado Nacional Contra las Adicciones

Lic. Mónica Alicia Mieres Hermosillo

Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Dr. Onofre Muñoz Hernández

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Mtro. Edén González Roldán

Encargado del Despacho de la Comisión Nacional de Bioética

Lic. Ángel Rodríguez Alba

Titular del Órgano Interno de Control

Dra. María Eugenia Lozano Torres

Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud

Dr. Marcos Cantero Cortés

Titular de la Unidad de Análisis Económico



Directorio del Sistema Nacional de Salud

Dr. Jorge Alcocer Varela

Secretario de Salud

Lic. Zoé Alejandro Robledo Aburto

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Mtro. Luis Antonio Ramírez Pineda

Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
de los Trabajadores del Estado

Lic. María del Rocío García Pérez

Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Ing. Octavio Romero Oropeza

Director General de Petróleos Mexicanos

General Luis Cresencio Sandoval González

Secretaría de la Defensa Nacional

Almirante José Rafael Ojeda Durán

Secretaría de Marina



Índice

Siglas y Acrónimos	6
I. Introducción	9
II. Fundamento normativo de elaboración del programa	11
III. Origen de los recursos para la instrumentación del programa	14
IV. Análisis del estado actual	15
i. Antecedentes	15
ii. Justificación	17
iii. Planteamiento del Problema	19
iv. Políticas transversales	22
v. Principios rectores del Plan en el programa.	24
vi. Contribución del programa al nuevo modelo de desarrollo basado en el bienestar de las personas	27
vii. Proyectos o programas prioritarios que se encuentran vinculados con el programa derivado del Plan.	27
viii. Principales cambios esperados derivados de la puesta en marcha del programa.	30
ix. Vinculación con los Objetivos del Desarrollo Sostenible	30
V. Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y Programa Sectorial de Salud 2020-2024	32
VI. Objetivo general	34
VII. Esquema objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales	35
VIII. Objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales	36
IX. Indicadores, metas para el bienestar y parámetros	42
X. Territorialización	84
XI. Innovación en Salud	87
XII. Transversalidad	90
XIII. Epílogo: visión de largo plazo	92
Lista de Dependencias y Entidades participantes	93
Bibliografía	95
Glosario de Términos	99
Anexos	108



Siglas y Acrónimos

APF	Administración Pública Federal
APS-I	Atención Primaria de Salud Integral
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
AVISA	Años de vida saludable
CAAF	Centro de Ayuda al Alcohólico y su Familia
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CECA	Consejo Estatal contra las Adicciones.
CECOSAM	Centro Comunitario de Salud Mental
CENADIC	Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CICAD/OEA	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos.
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIJ	Centros de Integración Juvenil, A. C.
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud.
CMSGAA	Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CNS	Consejo Nacional de Salud
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
COMCA	Comité Municipal contra las Adicciones.
CONADE	Comisión Nacional del Deporte.
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones.
CONASAMA	Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones
CONASIDA	Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA.
COPOLAD	Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en materia de Políticas de Lucha contra la Droga.
COT	Centro de Orientación Telefónica en Adicciones.
DGE	Dirección General de Epidemiología



DGPOP	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
DOF	Diario Oficial de la Federación
EMRUNA	Estrategia Mundial para la Reducción del Uso Nocivo del Alcohol.
ENA	Encuesta Nacional de Adicciones.
HPFBA	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
HPIJNN	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
HPSRM	Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno
IAPA	Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México.
IMCA	Instituto Mexiquense contra las Adicciones.
IMJUVE	Instituto Mexicano de la Juventud.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INCAN	Instituto Nacional de Cancerología.
INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Daniel Cosío Villegas”.
INNN	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”.
INP	Instituto Nacional de Pediatría.
INPER	Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa”.
INPRF	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
INPRFM	Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública.
IPN	Instituto Politécnico Nacional.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
LGS	Ley General de Salud
mhGAP	Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental por sus siglas en inglés <i>Mental Health Gap Action Programme</i>
NOM	Norma Oficial Mexicana.
OEA	Organización de Estados Americanos
OECD	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OMED	Observatorio Mexicano de Drogas.
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas.



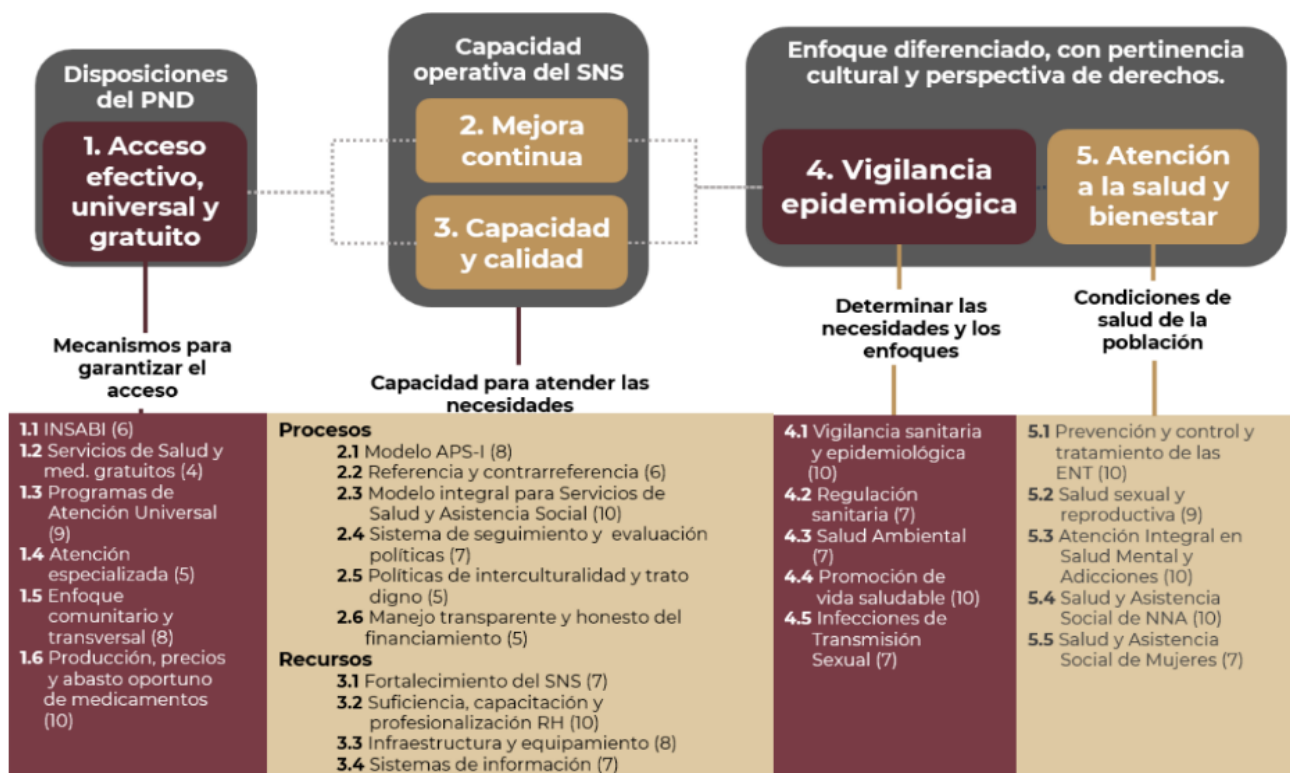
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil.
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PGR	Procuraduría General de la República.
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
PUEM	Programa Único de Especialidades Médicas
RLGSMPSA	Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de
M	Servicio de Atención Médica
SAP	Servicios de Atención Psiquiátrica
SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transportes.
SE	Secretaría de Economía.
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina.
SEP	Secretaría de Educación Pública.
SERTA	Servicio Telefónico en Adicciones
SESA	Servicios Estatales de Salud.
SG	Secretaría de Gobernación
SISVEA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud.
SS	Secretaría de Salud.
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
STCONSAME	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México.
UNEME- CAPA	Unidad Médica Especializada - Centro de Atención Primaria en Adicciones.
UNEME- CISAME	Unidad Médica Especializada - Centro Integral de Salud Mental



I. Introducción

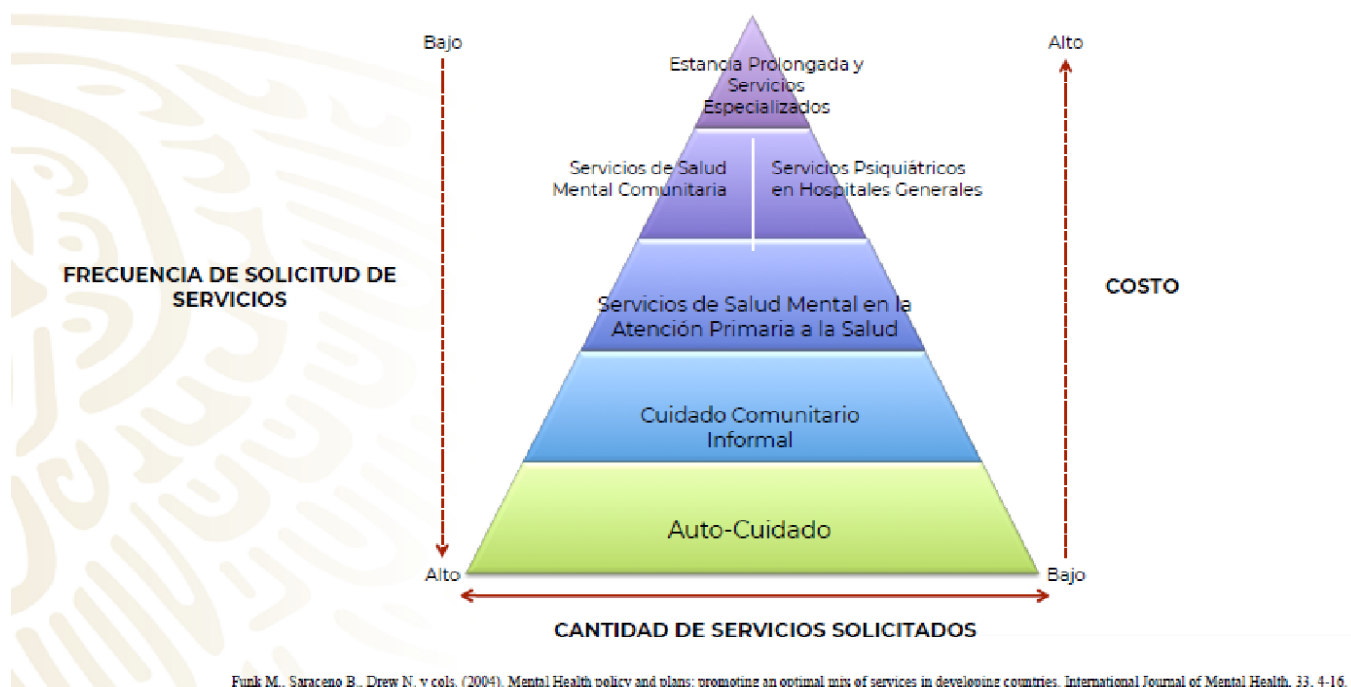
El presente Programa de Acción Específico (PAE) se alinea conceptualmente con los objetivos de política pública establecidos en el Programa Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024, en el cual desde el gobierno federal se realizarán las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 la población de México pueda recibir atención médica y hospitalaria gratuita y alcanzar el bienestar general. Los objetivos del PAE están alineados específicamente con el Eje General **2. Construir un país con Bienestar** y los Ejes Transversales de **Inclusión e Igualdad Sustantiva, Combate a la Corrupción y Mejora de la Gestión Pública**.

En el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, se explica la vuelta al propósito original del artículo 4º constitucional cuya intención central era que todos los mexicanos, independientemente de su condición laboral o socio-económica, tuvieran acceso a los servicios integrales de salud en sus vertientes de educación para la salud, promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección y tratamiento de enfermedades y recuperación. Dentro del Objetivo **5. Salud Para el Bienestar**, el punto 5.3 es específico para la Atención Integral en Salud Mental y Adicciones.



Así mismo, desde una panorámica exterior, en 2015 México, como estado miembro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se sumó a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Como lo indica el Objetivo 3, se comprometió a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades; considerando la inclusión de la salud mental, y estipula como metas: reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, promover la salud mental y el bienestar, así como fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas.

Para que se puedan cumplir estos objetivos es necesaria una transformación en el sistema de salud actual que permita una rectoría integral de Atención a la Salud Mental y las Adicciones. Dicha rectoría se ejercerá desde la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), a través de la fusión del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), resultando en un órgano descentralizado, perteneciente a los centros que conformarán a la Subsecretaría de Salud Pública, que constituirá la instancia rectora, normativa y de conducción de la política nacional de salud mental y adicciones.



Funk M., Saraceno B., Drew N. y cols. (2004). Mental Health policy and plans: promoting an optimal mix of services in developing countries. *International Journal of Mental Health*, 33, 4-16.

Debido a que, en la actualidad, los recursos económicos, humanos y materiales disponibles para la atención de la salud mental no son suficientes y se encuentran mal distribuidos, se ha generado una amplia brecha entre el número de personas con trastornos mentales que necesitan tratamiento y el número de personas que lo reciben. El factor financiero, en nuestro país, es una barrera para la implementación de los estándares recomendados ya que solamente el 2% del presupuesto de salud se destina a atender la salud mental y de ese porcentaje, el 80% se va en gastos operativos de los hospitales psiquiátricos, por lo que no hay suficiencia para otras acciones costo-efectivas como: la prevención y la promoción del autocuidado, la actuación en la comunidad, la capacitación del personal en salud mental y adicciones, la investigación y, principalmente a acciones para disminuir el estigma, la discriminación y el deterioro de las personas con problemas de salud mental.

II. Fundamento normativo de elaboración del programa

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Establece en el Artículo 4: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución”.

Acuerdos, convenios y tratados internacionales

Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas. Artículo 25, establece: “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

Leyes

- **Ley General de Salud.**
- **Ley Orgánica de la Administración Pública Federal:** Art. 39, fracción XVI.
- **Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista.**
- **Ley General para el Control del Tabaco:** Art. 4°.
- **Ley del Seguro Social.**
- **Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del**



Estado.

- **Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios: Art. 2º, fracción I, incisos a, b y c; Art. 3º, fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII.**
- **Ley Federal del Trabajo.** (DOF 01-03-70, Reforma 02-07-2019)
- **Ley General de Educación.** (DOF 30-11-2019)
- **Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.** (DOF:30-11-2019).
- **Ley General de Víctimas.** (DOF: 09-01-2013, Reforma 06-11-2020)
- **Ley General para la Igualdad de Género.** (DOF 02-08-2006, Reforma 14-06-2018).
- **Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.**
- **Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.** (DOF 02-08-2006, Reforma 14-06-2018).
- **Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad** (DOF: 30-05-2011, Reforma 12-07-2018).
- **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores** (DOF: 25-06-2002, Reforma DOF: 12-07-2018).
- **Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos** (DOF: 31-12-1982, Reforma DOF: 18-07-2016).
- **Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos** (DOF: 26-12-1997, Reforma DOF: 18-07-2017).
- **Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación** (DOF: 11-06-2003, Reforma DOF: 21-06-2018).
- **Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia** (DOF: 01-02-2007, Reforma 13-04-2018).
- **Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** (DOF: 16-04-2008, Reforma 25-06-2018).

Códigos

- **Código Nacional de Procedimientos Penales** (D.O.F. 05 de marzo 2014).
- **Código Penal Federal:** Art. 195 bis, Art. 199. Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica (DOF: 15-09-2004).



Reglamentos

- **Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.**
- **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud** (DOF:05- 04-2004, Reforma 17-12-2014).
- **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional** (DOF: 18-02-1985).
- **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos** (DOF: 20-02-1985, Reforma 26-03-2014).
- **Reglamento de Insumos para la Salud** (DOF: 4-02-1998, Reforma 14-03-2014)
- **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad** (DOF: 4-05-2000, Reforma 14-02-2014).
- **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud** (DOF: 06-01-1987, Reforma 02-04-2014).
- **Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud** (DOF: 12-12- 2006, Reforma 14-07-2017).

Decretos

- **Decreto por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética** (DOF: 07-09-2005, Reforma 16-02-2017).
- **Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico** (DOF: 03-06-1996).
- **Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud** (D.O.F. 06 de enero 2011).
- Capítulo VI TER del Comisionado Nacional contra las Adicciones, Artículo 11 Ter.

Normas Oficiales Mexicanas

- **NOM-025-SSA2-2014**, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- **NOM-001-SSA3-2012**, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas (DOF: 04-01-2013).
- **NOM-004-SSA3-2012**, del expediente clínico (DOF: 15-10-2012).
- **NOM-197-SSA1-2000**, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada (DOF: 24-10-2001).
- **NOM-012-SSA3-2012**, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de



investigación para la salud en seres humanos (DOF: 04-01-2013).

- **NOM-016-SSA3-2012**, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada (DOF: 08-01-2013).
- **NOM-028-SSA2-2009**, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (D.O.F. 21 de agosto de 2009).
- **NOM-030-STPS-2009**, Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo- Funciones y Actividades (D.O.F. 18 de septiembre de 2009).
- **NOM-040-SSA2-2004**, en materia de información en salud (DOF: 28-09-2005).
- **NOM-170-SSA1-1998**, práctica de la anestesiología (DOF: 14-12-1998).
- **NOM-222-SSA1-2012**, instalación y operación de fármaco-vigilancia (DOF: 07-01-2013).

Estrategias y Planes Nacionales

- **Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024**. Secretaría de Salud
- **Programa Sectorial de Salud 2020-2024**. Secretaría de Salud

Manuales

- **Manual de Organización General de la Secretaría de Salud** (D.O.F. 17 de agosto de 2012).

III. Origen de los recursos para la instrumentación del programa

La totalidad de las acciones que se consideran en este programa, incluyendo aquellas correspondientes a sus Objetivos prioritarios, Estrategias prioritarias y Acciones puntuales, así como las labores de coordinación interinstitucional para la instrumentación u operación de dichas acciones, y el seguimiento y reporte de las mismas, se realizarán con cargo al presupuesto autorizado de los ejecutores de gasto participantes en el programa, mientras éste tenga vigencia.

De acuerdo al Presupuesto de Egresos de la Federación, el origen de los recursos para la instrumentación de las acciones enmarcadas en el PAE corresponde a los programas presupuestales vigentes de las tres instituciones: STCONSAME, CONADIC, SAP¹.

¹ Cfr. https://www.pef.hacienda.gob.mx/en/PEF2018/analiticos_presupuestarios Y https://www.pef.hacienda.gob.mx/work/models/PEF2020/docs/12/r12_afpe.pdf



IV. Análisis del estado actual

i. Antecedentes

La atención de la salud mental en México fue brindada por órdenes religiosas hasta 1910, cuando se fundó el Manicomio General de México “La Castañeda”, el cual fue concebido con la función de hospital y asilo para los enfermos mentales de todo el país durante casi seis décadas.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia creó el Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental en 1947, con funciones de planeación, organización y coordinación operativa de las actividades de salud mental. La organización se modificó en 1959 para dar origen a la Dirección de Neurología, Salud Mental y Recuperación, la cual creó siete establecimientos hospitalarios dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; estas unidades se ubicaron en los Estados de Tabasco, Estado de México, Sonora, Oaxaca y Ciudad de México CDMX.

El área de salud mental de la Dirección de Neurología se separó para crear la Dirección de Salud Mental en 1964, a la cual se otorgó el cometido principal de conducir el proyecto de la asistencia psiquiátrica hospitalaria, que hasta entonces permanecía concentrada en el Manicomio General de México, acción que derivó en el “Plan Operación Castañeda”, el cual tuvo como finalidad la sustitución del antiguo manicomio por cinco unidades hospitalarias y un albergue a donde fueron trasladados los más de 2000 pacientes del Manicomio, el cual se clausuró de manera definitiva en el año de 1968.

Durante el periodo de 1970 a 1976, la Dirección de Salud Mental se encargó de coordinar la red de hospitales psiquiátricos del país. Al final de este periodo, se estableció la Dirección General de Salud Mental, cuya función fue coordinación operativa de estos servicios, formación de recursos humanos y desarrollo de investigaciones en los campos de la salud mental y la fármaco-dependencia, adicionándose a la unidad estructural El Centro Mexicano de Estudios en Fármaco-dependencia.

La Coordinación de Salud Mental se creó en 1997 y entre sus funciones se contemplaban la supervisión y evaluación de los hospitales psiquiátricos, así como la coordinación operativa y administrativamente de tres hospitales especializados y tres centros de salud mental en el Distrito Federal. Esta Coordinación cambió su denominación a Servicios de Salud Mental en 2000.

El Consejo Nacional contra las Adicciones fue Creado por Decreto Presidencial en 1986, siendo el órgano rector en la materia y tuvo facultades es dictar las políticas públicas para la atención de las adicciones en el país.



Con la finalidad de instrumentar las acciones de salud mental a nivel Federal, en 2004 el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental fue creado como el organismo destinado a dictar el contenido de las políticas públicas estrategias nacionales en materia de salud mental, así como llevar a cabo la planeación, supervisión y evaluación de los servicios.

La creación del Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) implica la fusión de las siguientes instancias: el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP).

El CONASAMA será un organismo descentralizado que funja como instancia rectora, normativa y de conducción de la política nacional de salud mental y adicciones, a fin de integrar un modelo comunitario de salud mental y adicciones, con enfoque APS-I y con respeto a los derechos humanos.

La regulación de las drogas no es una novedad en nuestro país. Consecuente con su ideología revolucionaria y su visión como Jefe de Estado, el Presidente de México General Lázaro Cárdenas del Río promulgó, el 5 de enero de 1940, el Reglamento Federal de Toxicomanías, con el propósito de abatir el comercio ilegal y de brindar a los “adictos” una atención médica que les permitiera ir abandonando el consumo.

Con la promulgación del Reglamento se dejaron de perseguir como delitos la distribución y el consumo de drogas, se liberó a los presos encarcelados por estos delitos y se disminuyó el arresto de personas; también se abrieron dispensarios donde los médicos podían recetar pequeñas dosis controladas de drogas (mariguana, cocaína y heroína), como tratamiento para ir abandonando el consumo, y los usuarios comenzaron a recibir un trato diferente, como enfermos y no como criminales. El costo de las drogas, cuya distribución estaba a cargo del Estado, disminuyó drásticamente, lo que provocó que el mercado ilegal también tuviera una caída drástica.

Entonces como ahora, voces conservadoras consideraron que con la publicación del Reglamento se corría el riesgo de provocar un aumento en la delincuencia, al propiciar que más personas se volvieran adictas a las drogas. También en los Estados Unidos, el Buró Federal de Narcóticos (agencia predecesora de la actual agencia de Administración para el Control de Drogas, DEA por sus siglas en inglés) consideró que esta iba a ser una medida contraria a sus políticas, y de inmediato prohibió la exportación de cocaína y heroína (morfina) de las compañías farmacéuticas alemanas a nuestro país, lo que provocó que no hubiera abasto en los dispensarios y no pudiera mantenerse la atención de los usuarios.

Hubo mucha presión externa por esta medida, por lo que el 7 de junio de 1940, antes de



que hubieran pasado seis meses de su publicación, el gobierno declaró que la escasez de cocaína y morfina impedía que el plan funcionara y el mes siguiente restituyó la antigua legislación punitiva de 1931.

Ese hecho histórico cobra en la actualidad una importancia particular, ya que el haber practicado durante tantas décadas un esquema prohibicionista del consumo de drogas nos ha convertido en uno de los países más violentos e inseguros del mundo. Por ello, y para no repetir los errores del pasado, el Gobierno Federal propone romper con el paradigma prohibicionista y pasar a un esquema de regulación de la producción y el consumo de drogas que facilite, por un lado, la atención de la salud de las personas que por diversas razones consumen sustancias psicoactivas.

ii. Justificación

Los trastornos mentales en México presentan una creciente prevalencia y, al igual que en el mundo, contribuyen de forma importante a la morbilidad, a la mortalidad prematura y a una creciente discapacidad psicosocial. Asimismo, los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas que impactan en el perfil de salud de la población.

El tema del consumo de sustancias psicoactivas, debe plantearse desde una perspectiva integral en la que la neurobiología tiene una influencia importante sobre lo social. En los últimos años el modelo prohibicionista que aborda el problema del consumo de sustancias psicoactivas criminaliza de manera inevitable a las personas que consumen y reduce sus probabilidades de tratamiento y recuperación. El cambio de paradigma hacia abordar el consumo de sustancias psicoactivas como un problema de salud pública, privilegiando la prevención del consumo o la reducción del riesgo, antes de que se inicie el uso, proporcionando a las personas las herramientas necesarias que fomenten el autocuidado y la toma de decisiones, así como su capacidad de autodeterminación y propone la reducción del daño para una actuación posterior ofreciendo los programas y servicios necesarios para minimizar los riesgos del uso problemático de sustancias.

Existen recomendaciones internacionales para la atención a la salud mental y a las adicciones, específicamente la OMS a través de la propuesta de la Pirámide de Combinación Óptima de Servicios de Salud, ha desarrollado un marco operativo para la optimización de la atención proporcionando una guía a los países en materia de organización de los servicios de salud mental. En este mismo sentido, nuestro país se ha comprometido en acuerdos internacionales en materia de salud mental y adicciones, como la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), los



Principios de Brasilia (OPS/OMS, 2005), el Consenso Panamá (OPS/OMS, 2005), Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ONU 2006, Conferencia Regional de Salud Mental, que contemplan la salud mental como prioridad en la política pública, el acceso universal y equitativo en redes de servicios, la integración de la salud mental a la Atención Primaria en Salud (APS), la eliminación del modelo asilar, admisión de crisis en hospitales generales, la protección de los DDHH, la eliminación del estigma y la discriminación, y el fortalecimiento de recursos humanos, entre otros.

Debido a que, en la actualidad, los recursos económicos, humanos y materiales disponibles para la atención de la salud mental no son suficientes y se encuentran mal distribuidos, se ha generado una amplia brecha entre el número de personas con trastornos mentales que necesitan tratamiento y el número de personas que lo reciben. El factor financiero, en nuestro país, es una barrera para la implementación de los estándares recomendados ya que solamente el 2% del presupuesto de salud se destina a atender la salud mental y de ese porcentaje, el 80% se va en gastos operativos de los hospitales psiquiátricos, por lo que no hay suficiencia para otras acciones costo-efectivas como: la prevención y la promoción del autocuidado, la actuación en la comunidad, la capacitación del personal en salud mental y adicciones, la investigación y, principalmente acciones para disminuir el estigma, la discriminación y el deterioro de las personas con problemas de salud mental.

En cuanto a la organización, son insuficientes los servicios para atender para trastornos de salud mental y adicciones, los servicios de psiquiatría y hospital general solo cuentan con consulta externa especializada en psiquiatría, pero no camas censables para pacientes con trastornos mentales y/o adicciones. Por otro lado, los Centros de Atención Primaria a la Adicciones (CAPA), dedicados a la prevención de las adicciones no tienen capacidad suficiente para atender problemas de salud mental asociados, ni atención propia del consumo de sustancias. No se cuentan con suficiente Centros Integrales de Salud Mental (CISAME) inclusive existen entidades federativas que no cuentan con uno y operativamente los Hospitales Psiquiátricos se encuentran saturados operando en sustitución de un primer y segundo nivel funcional.

Otros factores importantes de la problemática de la salud mental y de las adicciones, que interactúan entre sí y que son elementos susceptibles de modificación, son: la debilidad de la capacidad rectora nacional de la salud mental, la segmentación institucional de la política de la salud mental y las adicciones, el modelo de atención basado en hospital psiquiátrico y villas de transición, la desvinculación operativa de la salud mental y la comorbilidad de enfermedades crónico degenerativas, la resistencia de la integración de la salud mental y las adicciones dentro de la Atención Primaria a la



Salud Integral (APS-I), la falta alineación de la salud mental con los estándares de derechos humanos, la insuficiencia de recursos humanos capacitados, la infraestructura en APS-I, la brecha de atención, la falta de reconocimiento y tratamiento de la patología dual, la persistencia de un rezago presupuestal histórico de la salud mental, el estigma y la discriminación para las personas con trastornos mentales y adicciones, la falta de vinculación efectiva con otros derechos sociales y económicos y la falta de evaluación de los resultados y del impacto de la política nacional.

iii. Planteamiento del Problema

Debido a que la carga de los trastornos mentales sigue aumentando, hay grandes repercusiones a la salud, además de consecuencias sociales, económicas y para los derechos humanos en todo el mundo, y siguiendo las recomendaciones de la OMS en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2020-2024, se consideran los siguientes retos que conllevan a la expansión de los servicios de salud mental y la creación de sinergias entre diferentes sectores.

Debilidad de la capacidad rectora nacional de la salud mental, enfocado en un modelo de atención basada en hospitales psiquiátricos y villas de transición.

Considerando el principio de equidad, y los estándares internacionales en materia de derechos humanos, las personas con trastornos mentales deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr, independientemente de la edad, el sexo, la raza, el estado socioeconómico o la orientación sexual. El énfasis debe estar en la Atención Primaria en Salud (APS) e iniciar en éste, integrarse en el segundo y tercer nivel no especializado, mediante integración de camas para hospitalización psiquiátrica, así como programas eficientes de referencia y contrarreferencia que incluya al tercer nivel especializado.

Resistencia a la integración de la Atención en Salud Mental y Adicciones dentro de la APS. En México, se dispone de una baja oferta de servicios de salud mental y la existente está basada en los hospitales psiquiátricos. Aunado a la poca capacidad resolutoria del primer y segundo nivel de atención cuando se trata de atender a personas con trastornos mentales o con consumo de sustancias psicoactivas.

Falta de alineación de la salud con los estándares de Derechos Humanos. Las disposiciones legales aplicables a salud mental y adicciones no están debidamente armonizadas entre ellas y alineadas a los estándares internacionales en la materia. Situación que dificulta la gestión y el ejercicio pleno de los derechos humanos de los



pacientes con trastornos mentales y consumo de sustancias, desde un enfoque más social y comunitario.

Segmentación institucional de la política de la salud mental y adicciones. La estigmatización y discriminación juegan un papel preponderante y representan el principal reto para la atención de la salud mental y adicciones en México, porque estos fenómenos están presentes en el paciente con trastorno mental, en sus cuidadores o familiares, en los prestadores de servicios de salud y en la sociedad en general. Es indudable que esta situación, paradójicamente, limita tanto la demanda de servicios de salud mental como la oferta de los mismos, y la vulnerabilidad de este tipo de pacientes, los hacen proclives a la violación de sus derechos y libertades fundamentales, que es más evidente al tratarse de mujeres, niños, minorías, migrantes y adultos mayores.

Insuficiencia de RRHH capacitados e infraestructura en APS-I y brecha de atención. La salud mental no es la excepción por la carencia de protocolos de atención estandarizada y guías de práctica clínica, así como recursos insuficientes que impiden una atención oportuna, adecuada, integral y multidisciplinaria. La atención psiquiátrica no está debidamente integrada a la red de servicios de salud en general.

Enfoque multisectorial. La salud mental requiere de múltiples alianzas entre los sectores públicos, para aprovechar las diferentes capacidades desarrolladas en las instituciones y dar solución de la demanda en vivienda, empleo, educación, justicia, social entre otros; así como alianzas con el sector privado, la comunidad y las organizaciones de la sociedad civil (OSC). Lo anterior, como un elemento esencial de la salud en general y un factor clave del desarrollo humano.

Desvinculación operativa de la salud mental y la comorbilidad crónico-degenerativa Uno de los principales retos en cuanto a los servicios de salud en general, y de salud mental en particular, es el acelerado envejecimiento demográfico de nuestra población. Existe una gran comorbilidad entre la trastornos mentales y otras condiciones crónicas, por ejemplo, el riesgo de tener depresión en un enfermo con diabetes es significativamente mayor que el riesgo que tiene una persona sin esta condición, su ocurrencia tiene efectos sinérgicos ocasionando mayor discapacidad cuando ocurren juntas sin embargo, es común que la atención a estas dos condiciones no se otorgue en el mismo lugar y también que la depresión, a pesar que afecta la adherencia a tratamiento y la calidad y sobrevida de los pacientes, con frecuencia no es atendida. Por ello es importante integrar la atención psiquiátrica en hospitales de segundo nivel y en tercer nivel no especializado en psiquiatría.

Falta de reconocimiento y tratamiento de la patología dual. La intervención médica y psicosocial no garantiza el éxito terapéutico y rehabilitatorio en personas con



trastornos mentales y consumo de sustancias, por la falta de una perspectiva global de la patología dual.

Empoderamiento de las personas con trastornos mentales y discapacidad psicosocial. Las personas con estas condiciones deben ser parte de la discusión de políticas y desarrollo de programas, monitoreo y evaluación.

Respeto a los derechos humanos. La oferta de atención de los trastornos mentales deberá desarrollarse con el pleno respeto de los derechos humanos y con intervenciones eficaces, integrales, continuas y de calidad.

Estigma y discriminación para las personas con trastornos mentales y adicciones.

Para mejorar la salud y asegurar una mejor calidad de vida de las personas, es deseable reducir el impacto negativo de las conductas y hábitos no saludables. Esto implica garantizar un ambiente propicio para el desarrollo de las potencialidades en todas las etapas de la vida. Para ello, es necesario asegurar medidas multisectoriales orientadas a prevenir los trastornos del desarrollo y el abuso infantil, fortalecer programas para el manejo del estrés, la prevención de la violencia y la identificación oportuna de casos con alto riesgo en el ámbito escolar y laboral, con el fin de brindar una detección oportuna y tratamiento adecuado en caso de trastornos mentales y adicciones.

Falta de evaluación de resultados e impacto de políticas nacionales. Es necesario realizar evaluaciones ex ante y ex post de los programas y políticas que se implementen, sería importante tomar en cuenta que para que exista un diagnóstico nacional en el tema de Trastornos Mentales, la información con la que se cuenta fue publicada hace más de 15 años.

Investigación y práctica basada en evidencias. El número total de recursos humanos que trabajan en unidades de salud mental son insuficientes. Se requiere formar profesionistas capaces de incorporar la evidencia científica en su práctica diaria y de formar investigadores innovadores capaces de generar el conocimiento, patentarlo y traducirlo para su aplicación. Financiar el Programa Nacional de Capacitación sobre el Modelo de Atención Preventiva, el Programa de Acción para Superar las Brechas de Salud Mental (mhGAP) y las guías de atención, desarrollado por la OMS, y las Guías de Práctica Clínica Mexicanas del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). A fin de que los médicos generales y especialistas en otras áreas, atiendan los trastornos mentales de sus pacientes, se requiere capacitación que desmitifique a estos trastornos, reduzca el estigma hacia quienes los padecen y tratan, y se oriente a la generación de competencias específicas para la identificación, tratamiento y canalización de personas con enfermedades mentales. Ampliar la formación de psiquiatras para incluir el trabajo comunitario. Incluir las funciones de los psiquiatras en



hospitales generales y centros de salud del primer nivel (nuevas plazas), la capacitación del personal de salud en la detección y tratamiento de los trastornos mentales más frecuentes.

iv. Políticas transversales

1. Igualdad de género, no discriminación e inclusión

Con el propósito de disminuir y eliminar las desigualdades que existen por motivos de sexo, género, origen étnico, edad, condición de discapacidad y condición social o económica, así como las desigualdades territoriales, el diseño de acciones para prevenir y atender de manera integral a las personas con consumo de sustancias psicoactivas tendrá en consideración las perspectivas de género, no discriminación, de ciclo de vida, de interculturalidad y de desarrollo territorial, en el marco del respeto a los derechos humanos de todas las personas.

Se tendrán acciones diferenciadas para reforzar la prevención en las mujeres, las niñas y los niños, así como en la población adolescente, y se estudiarán variables que permitan a estos grupos una mayor accesibilidad a los servicios de salud, acorde con el principio de universalidad. Asimismo, se diseñarán acciones de promoción de salud mental, prevención de trastornos mentales, sensibilización y prevención del consumo de sustancias psicoactivas en población indígena, migrante y/o con alguna discapacidad, en concordancia con los valores y costumbres de estos y otros grupos culturales, así como para brindar los beneficios de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en la comunidad lésbico, gay, bisexual, transexual, transgénero, travesti, intersexual, queer y asexual (LGBTTTIQA).

La atención a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas desde este eje transversal, tendrá que incluir acciones diferenciadas para beneficio de las mujeres, las embarazadas, las personas indígenas, los migrantes, la comunidad LGBTTTIQA, y se pondrá un énfasis especial en personas con alto riesgo de presentar trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas, ya sea por su contexto laboral, la ubicación geopolítica de su comunidad, o bien, que se encuentren recluidas en centros penitenciarios y que requieran del conocimiento de medidas para la reducción de factores de riesgo y efectos de trastornos mentales y del consumo, además de la atención de las complicaciones por el consumo o para la atención de las complicaciones en su salud debidas al consumo.

2. Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública

Con el propósito de eliminar la corrupción, garantizar la eficiencia en la administración



de los recursos públicos y lograr una mayor eficacia de la gestión pública para prevenir y brindar una atención integral de promoción de la salud mental y prevención, detección oportuna y tratamiento de personas con trastornos mentales y a las personas con consumo de sustancias psicoactivas, se vigilará estrictamente y con total transparencia, el uso racional y eficiente de los recursos que sean otorgados al desarrollo de las acciones a nivel federal, estatal y municipal, contando con Reglas de Operación claras y con el etiquetado de los recursos para evitar ineficiencias y riesgos de corrupción en las distintas etapas de la gestión, así como para prevenir y reducir los márgenes de discrecionalidad en la toma de decisiones o el uso inadecuado de los recursos públicos asignados al programa.

Se promoverá el uso de tecnologías de la información y la comunicación para impulsar que la transparencia y la rendición de cuentas democrática sea simple, eficiente y expedita, y se cuidará especialmente que los recursos asignados beneficien de la manera directa a la población.

Del mismo modo, se llevará a cabo la evaluación de resultados de corto, mediano y largo plazo para lo cual este Programa implementará mecanismos de evaluación y seguimiento para la mejora continua del desempeño y la simplificación de normas, trámites y servicios.

Asimismo, todo proceso de contratación de obra y servicios públicos para instrumentar servicios de prevención y atención a la salud mental y a las personas con consumo de sustancias psicoactivas, deberá realizarse bajo los más altos estándares de análisis de costos, siguiendo los procedimientos necesarios para asegurar los mejores términos para el Estado mexicano e impedir la colusión con el sector privado en detrimento del interés público, así como para garantizar que la conclusión de la obra o la prestación de servicios públicos se realice en los tiempos y costos estimados.

En este sentido, se vigilará que no existan conflictos de interés en todos los funcionarios vinculados con este Programa, especialmente, entre aquellos que estén a cargo del manejo del presupuesto destinado a la promoción de la salud mental y detección y tratamiento oportuno de los trastornos mentales y a prevenir y atender de manera integral a las personas que consumen sustancias psicoactivas, en atención a los principios de austeridad, honestidad y honradez de la 4ª. Transformación de la República.

3. Territorio y desarrollo sostenible

Este Programa considera que la localización de la infraestructura de servicios para la prevención y atención integral a la salud mental y del consumo de sustancias



psicoactivas debe ser acorde con las necesidades de la población y estar basado en la sostenibilidad económica, social y ambiental sin comprometer las capacidades de las generaciones futuras.

En este sentido, se incorporarán consideraciones territoriales y para el desarrollo sostenible en cada una de las acciones del presente programa, ya sea para proteger la salud y la seguridad pública de la población de las regiones más necesitadas, o bien, para apoyar el desarrollo de los sectores más desprotegidos a fin de logren llegar a ser comunidades sostenibles económica, social y ambientalmente, desalentando de manera indirecta la proliferación de organizaciones criminales, tanto en zonas metropolitanas, como en núcleos o comunidades agrarias o rurales.

v. Principios rectores del Plan en el programa.

El Programa de Acción Específico del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones 2020-2024 es congruente con la política del Gobierno Federal tendiente a construir una propuesta posneoliberal que sea capaz de convertirse en un modelo viable de desarrollo económico, ordenamiento político y convivencia entre los sectores sociales. Incorporando un sentido de justicia social, el Programa se vincula con los principios rectores, programas y ejes transversales del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (PND) y el Programa Sectorial de Salud, en los cuales se asume un cambio de paradigma en atención en salud mental y en materia de seguridad, que implica reformular el combate a las drogas y, en consecuencia, replantear también la forma en como había sido atendido el consumo de las drogas en nuestro país. Por lo tanto, y con el fin de contribuir a transformar la vida pública del país para lograr un mayor bienestar para todos y todas, la prevención y la atención integral del consumo de drogas obedecen los principios rectores del PND 2019-2024, en los siguientes términos:

1. Honradez y honestidad. La prestación de los servicios de prevención y atención integral de la salud mental y el consumo de drogas deberá ser eficiente y efectiva, evitando la proliferación de establecimientos y programas improvisados o de mala calidad sin la correspondiente supervisión y certificación.

2. No al gobierno rico con pueblo pobre. La accesibilidad a los servicios de calidad deberá estar al alcance de todos los estratos sociales de la población, con perspectiva de género, respeto a los usos y costumbres, y a las minorías sexuales.

3. Al margen de la ley, nada; por encima de la ley, nadie. La regulación de las cadenas productivas y del consumo de drogas visibilizará los derechos humanos de los usuarios y no usuarios de drogas.

4. Economía para el bienestar. La prestación de servicios eficientes y efectivos para la



prevención y atención integral a la salud mental y del consumo de drogas evitará mermar la economía de las familias y promoverá su bienestar, al ofrecer una atención oportuna de los trastornos mentales y de las complicaciones y problemas de salud asociados al consumo que causan muertes prematuras y discapacidad.

5. El mercado no sustituye al Estado. La generación de políticas públicas coherentes con la realidad nacional servirá para articular los esfuerzos institucionales necesarios para promover el bienestar y la salud en la población, sean consumidores o no consumidores de drogas, más allá de intereses comerciales de particulares o grupos delictivos.

6. Por el bien de todos, primero los pobres. La accesibilidad a los servicios para la atención integral a la salud mental y del consumo de drogas en personas de escasos recursos podrá mejorar mediante el otorgamiento de apoyos específicos (becas para el tratamiento y la recuperación), así como a través del establecimiento de servicios para la reducción de daños, especialmente en personas con desventaja económica que consuman drogas.

7. No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera. Los servicios para la prevención y la atención integral de la salud mental y del consumo de drogas deberán otorgarse a todos los grupos sociales, sin discriminación de ninguna clase, respetando los derechos humanos, la equidad de género, la dignidad, la religión, el idioma, la cultura, el lugar de origen, (su condición de vulnerabilidad –menores en situación de calle, sexoservidores, personas en reclusión-), la ideología, la identidad de género, la orientación y preferencia sexual de las personas, así como fomentando una cultura amigable y responsable con el medio ambiente.

8. No puede haber paz sin justicia. La prevención y la atención integral del consumo de drogas, habrá de contribuir a restarle base social a la criminalidad, promoviendo la permanencia de los jóvenes en las aulas o su recuperación a los lugares de trabajo, pero también evitando que las niñas, los niños y adolescentes se inicien en el consumo de sustancias psicoactivas, mediante intervenciones oportunas fundamentadas en evidencias científicas que garanticen su efectividad.

9. El respeto al derecho ajeno es la paz. El respeto a los derechos humanos de las personas es la premisa que subyace a las acciones que se desarrollarán para prevenir y atender de manera integral a quienes presentan trastornos mentales incluyendo usuarios de sustancias psicoactivas, contribuyendo a generar condiciones para una convivencia más pacífica.

10. No más migración por hambre o por violencia. La prevención y la atención integral de la salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas podrá mitigar los daños a



la salud en las personas migrantes, así como para connacionales que sean repatriados a nuestro territorio, respetando sus derechos humanos y en particular, su derecho a la salud.

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

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

El Programa para la Prevención y Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2020-2024 también se articula con los tres principios rectores del PND:

- Principio I: Política y Gobierno
- Principio II: Política Social
- Principio III. Economía

En atención al Principio I. Política y Gobierno del PND 2019-2024, donde se establecen las bases para lograr, en todos los niveles del gobierno federal, la erradicación de la corrupción, del dispendio y la frivolidad; respetar el estado de derecho; separar el poder político del poder económico y emprender el cambio de paradigma en seguridad nacional y seguridad pública, se destaca la Estrategia Nacional de Seguridad Pública, cuyos objetivos generales son:

1. Erradicar la corrupción y reactivar la procuración de justicia.
2. Garantizar empleo, educación, salud y bienestar.
3. Pleno respeto a los derechos humanos.
4. Regeneración ética de las instituciones y de la sociedad.
5. Reformular el combate a las drogas



6. Empezar la construcción de la paz.
7. Recuperación y dignificación de las cárceles.
8. Articular la seguridad nacional, la seguridad pública y la paz.
9. Repensar la seguridad nacional y reorientar a las Fuerzas Armadas.
10. Establecer la guardia Nacional
11. Establecer coordinaciones nacionales, estatales y regionales.

vi. Contribución del programa al nuevo modelo de desarrollo basado en el bienestar de las personas

Con la atención integral de la salud mental y las adicciones, se busca la mejora de la calidad de vida de las personas y aumentar de forma indirecta los años de vida productivos, así como la atención oportuna y prevención, con perspectiva de género, respeto de los derechos humanos y enfoque de grupos vulnerables.

vii. Proyectos o programas prioritarios que se encuentran vinculados con el programa derivado del Plan.

El inicio de la elaboración de la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones

La puesta en marcha de la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones. Con el propósito de coadyuvar en esta nueva etapa de transformación del tema del consumo de drogas en México, el Programa para la Prevención y la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2020-2024 fortalecerá el Desarrollo sostenible del país, protegiendo la salud de las y los jóvenes que participen en los Programas “Jóvenes construyendo el futuro” y “Jóvenes escribiendo el futuro”, para que sean capaces de cumplir con las obligaciones de estos programas y puedan gozar plenamente de sus beneficios.

Del mismo modo, el Programa se suma al propósito sexenal de ofrecer servicios de Salud para toda la población, al contar con una amplia red de atención integrada por 320 Unidades Médicas Especializadas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA y 119 unidades operativas de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), a los cuales se estarán incorporando los Centros de Atención Rural para Adolescentes (CARAS) del Programa IMSS-Bienestar. A las unidades de servicio actuales, deberán sumarse nuevas unidades para la instrumentación de servicios para la reducción de daños que, con base en evidencias científicas, permitirán proteger la salud de los usuarios de drogas con el menor daño posible.

Será necesario, asimismo, vincularse con las acciones del Instituto Nacional de Salud



para el Bienestar, desde donde se emprenderá una Campaña Informativa Nacional sobre las Adicciones, y al mismo tiempo, se garantizará que todas y todos los habitantes del país que no cuenten con servicios de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM, SEMAR, SEDENA) puedan acceder a los servicios para la prevención y la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas, con apego a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano.

Finalmente, la prevención y la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas estarán vinculadas a la promoción, enriquecimiento y consolidación de la vasta diversidad cultural del país, a través del proyecto Cultura para la Paz, para el bienestar y para todos, que se pondrá en marcha en los barrios y comunidades donde es más necesaria debido a los efectos de la pobreza, la desintegración social y familiar, las adicciones y la violencia delictiva.

El inicio de la elaboración de la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio en México

En el contexto de la reestructuración del sistema de salud en México, específicamente en el área de la salud mental, y considerando que, uno de los principales problemas de salud mental en el país se establece el **Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PNPS)**.

El suicidio se ha documentado en diversas culturas y tiene un profundo significado para todas las sociedades del mundo (Chávez, 2010). El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) como el acto deliberado de quitarse la vida.

MISIÓN

Conducir la política nacional en materia de prevención de la conducta suicida y del suicidio con pleno respeto a los Derechos Humanos, sensible al ciclo de la vida, con perspectiva de género y de interculturalidad.

VISIÓN

Para 2024 el país contará con una política clara, homogénea en las 32 entidades federativas para reducir la tasa anual de suicidio.

OBJETIVO GENERAL

Accionar la maquinaria y direccionar los esfuerzos que permitan optimizar las acciones de vigilancia, promoción, prevención, atención, recuperación y postvención; de eficacia comprobada y revertir la incidencia de suicidios en el país con pleno respeto a los



derechos humanos y con perspectiva de género.

ESTRATEGIAS

I. Vigilancia Epidemiológica

Lineas de acción

- 1.1 Observatorio
- 1.2 Vincuiar el Monitoreo
- 1.3 Concentrar, analizar y difundir
- 1.4 Incorporar ideación, plan, intento

II. Intervención

- 2.1 APS-I MX
- 2.2 Convenios con los sectores.
- 2.3 Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones
- 2.4 Detección, atención, seguimiento, referencia
- 2.5 Protocolo de atención, postvención, un año
- 2.6 Simplificar la ruta de acceso
- 2.7 TICS
- 2.8 Medios de comunicación
- 2.9 Alfabetización sobre el suicidio
- 2.10 Red articulada de servicios
- 2.11 Orden/nivel del riesgo suicida

III. Capacitación

- 3.1 Plan de Capacitación mínima indispensable
- 3.2 Capacitación institucional
- 3.3 Seminarios permanentes
- 3.4 TICS
- 3.5 Capacitación de diversos sectores

IV. Investigación

- 4.1 Generar investigación
- 4.2 Gestionar un fondo
- 4.3 Acceso a los datos generados por el observatorio



viii. Principales cambios esperados derivados de la puesta en marcha del programa.

Con el cambio de paradigma de la atención integral de la salud mental y adicciones, se busca la atención y prevención oportuna de los trastornos mentales, así como el consumo de sustancias psicoactivas.

ix. Vinculación con los Objetivos del Desarrollo Sostenible

En México, el Sistema Nacional de Salud ha enfrentado con éxito diversos retos, lo que en conjunto con el resto de las políticas de desarrollo social ha permitido logros como el crecimiento de la esperanza de vida o la reducción y eliminación de enfermedades prevenibles o evitables por vacunación. Sin embargo, existen aún grandes retos pendientes de resolver, que exigen la atención del Estado Mexicano. En el año 2000, 189 países miembros de las Naciones Unidas, convocados por la Organización Mundial de la Salud, acordaron conseguir para el año 2015, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), entendiendo esta mejora como todo proceso o herramienta dirigida a reducir la brecha a nivel sistémico y organizacional bajo los principios básicos de la calidad, que incluyen: la atención centrada en la persona, la mejora continua de los procesos y la seguridad del paciente como prioridades para el fortalecimiento de los Sistemas de Salud. En 2015 los progresos realizados fueron evaluados y por otra parte se extendió la lista de objetivos, ahora llamados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Los ODS son el resultado de un proceso de negociación que involucró a los 193 Estados miembros de la ONU, la participación sin precedentes de la sociedad civil y otras partes interesadas. Esto llevó a la representación de una amplia gama de intereses y perspectivas. Los ODS son de amplio alcance, ya que abordan elementos interconectados del desarrollo sostenible: el crecimiento económico, la inclusión social y la protección del medio ambiente.

En seguimiento a este llamado, las prioridades señaladas son materia sustantiva de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, por ello el Programa de Acción Específico para la Prevención y Atención Integral de la Salud Mental y Adicciones 2020-2024 se encuentra vinculado al Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3. De Salud y Bienestar.



Objetivo de Desarrollo Sostenible. Salud y Bienestar

Objetivo	Meta	Indicador
3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades	Meta 3.4. De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar	Indicador 3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio
	Meta 3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol	Indicador 3.5.1 Cobertura de los tratamientos (farmacológicos y psicosociales y servicios de rehabilitación y pos tratamiento) de trastornos por abuso de sustancias adictivas
		Indicador 3.5.2 Consumo nocivo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad) durante un año civil en litros de alcohol puro
	Meta 3.a. Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda	Indicador 3.a.1 Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad (edades ajustadas)
	Meta 3.c. Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo	Indicador Estado Indicador 3.c.1 Densidad y distribución del personal sanitario



V. Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y Programa Sectorial de Salud 2020-2024

El Programa de Acción Específico del Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones 2020-2024 contribuye directamente al cumplimiento del Objetivo 2. Garantizar empleo, educación, salud y bienestar, ya que se propone impulsar proyectos para ampliar la infraestructura de servicios de salud para prevenir y dar tratamiento oportuno a las personas con un trastorno mental y a las personas usuarias y no usuarias de sustancias psicoactivas, integrando los beneficios del programa “Jóvenes Construyendo el Futuro” y del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI). Mediante el primero, se vinculará a las y los jóvenes a los servicios para el tratamiento y para la reducción de daños por consumo de sustancias psicoactivas, en tanto que la población en general podrá recibir servicios de prevención y atención integral a través de la cobertura del INSABI.

Del mismo modo, el Programa contribuirá de manera sustancial al cumplimiento del Objetivo 5. Reformular el combate a las drogas, ya que refleja el cambio de paradigma prohibicionista en materia de estupefacientes y propone continuar y mejorar la prestación de servicios para el tratamiento, sumando ahora las estrategias para la reducción de daños para las personas que, por su propia decisión o por no estar en condiciones de abandonar el consumo, hagan uso de las drogas, procurando obtener un máximo beneficio con el menor daño posible a la salud. La atención integral requiere también que se habiliten los servicios de urgencias en las unidades de todo el sistema nacional de salud para la atención de casos por intoxicación aguda, así como para ofrecer servicios de desintoxicación por consumo de drogas y para reinsertar a las personas que han logrado abandonar el consumo en actividades propias del ámbito productivo.

En atención al Objetivo 7. Recuperación y dignificación de las cárceles, otro de los ejes de la atención integral que se suma al cambio del paradigma prohibicionista, es el de proporcionar servicios efectivos y eficientes para mejorar la salud de la población carcelaria, en particular, la de las internas e internos que consumen drogas, instrumentando estrategias para la reducción de daños y para lograr la recuperación de las personas, así como para lograr una recuperación efectiva, que permita a las personas encontrar una fuente de trabajo que les permita llevar una vida digna, una vez que han egresado de la prisión.

Por su parte, la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones, liderada por la Oficina de la Presidencia y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud a través de



la Campaña “Juntos por la Paz” y todas las intervenciones preventivas con base en evidencia científica que se proponen en este programa, también contribuirán a combatir los efectos indeseables de la estrategia prohibicionista realizada en el pasado, ya que se proporcionará información objetiva a la población de todos los grupos de edad, en todos los contextos de intervención, sobre los verdaderos efectos que produce el consumo de sustancias psicoactivas, haciendo a un lado los mitos y creando una conciencia responsable en las personas adultas antes de que decidan iniciar con el consumo, porque obviamente en los menores de edad, incluso en los menores de 21 años, se estará informando y promoviendo que eviten el consumo de cualquier droga en virtud de que su cuerpo y su cerebro todavía se encuentran en proceso de desarrollo. El Gobierno Federal ha considerado que, para reducir los niveles de consumo de drogas, la única posibilidad real reside en levantar la prohibición de las que actualmente son ilícitas y reorientar los recursos actualmente destinados a combatir su trasiego y aplicarlos en programas –masivos, pero personalizados– de reinserción y desintoxicación. En este Programa, se recoge este cambio fundamental del paradigma prohibicionista, por lo que al tiempo de promover el uso de más recursos para ampliar y fortalecer la infraestructura necesaria para ofrecer los servicios de prevención y atención integral, también impulsa una labor continua de sensibilización y concientización profunda en el personal de salud, que permita generar empatía hacia las personas que por su voluntad y ejerciendo sus derechos humanos han decidido consumir sustancias psicoactivas, para que puedan brindarles una atención integral de calidad.

La vinculación institucional e intersectorial que se propone en este Programa, así como las acciones de cooperación bilateral con los Estados Unidos y en el ámbito multilateral que lleven a cabo las instancias del Gobierno Federal, en el seno de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), serán elementos clave para impulsar este cambio de paradigma orientado a mejorar la salud y el bienestar de la población, así como la seguridad y la paz social.

En el contexto amplio de la Estrategia Nacional de Seguridad Pública, el desarrollo de acciones orientadas a la prevención del consumo de drogas en el presente Programa, favorece la estrategia específica para la prevención del delito, ya que el consumo de sustancias psicoactivas, principalmente el alcohol y las drogas hasta ahora ilícitas, constituye un factor de riesgo que contribuye sustantivamente al involucramiento de las personas en situaciones de violencia, ya sea como consecuencia del consumo, ya sea que se deriven de su participación en cualquier punto de la cadena de producción y comercialización de las drogas.

En lo que respecta al Principio II. Política Social, el presente Programa se vincula



necesariamente con el objetivo más importante de la Cuarta Transformación, que pretende Construir un país con bienestar como propósito sexenal.

El objetivo principal de las acciones en atención primaria a la salud mental, está dirigido a mitigar los determinantes sociales que afectan la salud, incrementar las habilidades para la vida de la población y realizar detección e intervención precoz y efectiva de los trastornos mentales y factores de riesgo, para que las personas se den cuenta de sus propias aptitudes, de sus recursos para afrontar las presiones normales de la vida, su capacidad de tener un efecto positivo en su comunidad y con ello contribuir al logro de un estado de bienestar.

La regulación de las drogas también entraña nuevos retos. Uno de ellos está en la necesidad de proponer modificaciones a los tratados y acuerdos internacionales en los cuales nuestro país está suscrito, a fin de actualizar la visión mundial de este problema y proponer medidas más acordes con la evolución que ha tenido la producción y el tráfico ilícito de drogas y más realistas en cuanto a los problemas de violencia e inseguridad que estos esquemas prohibicionistas han producido en todo el mundo.

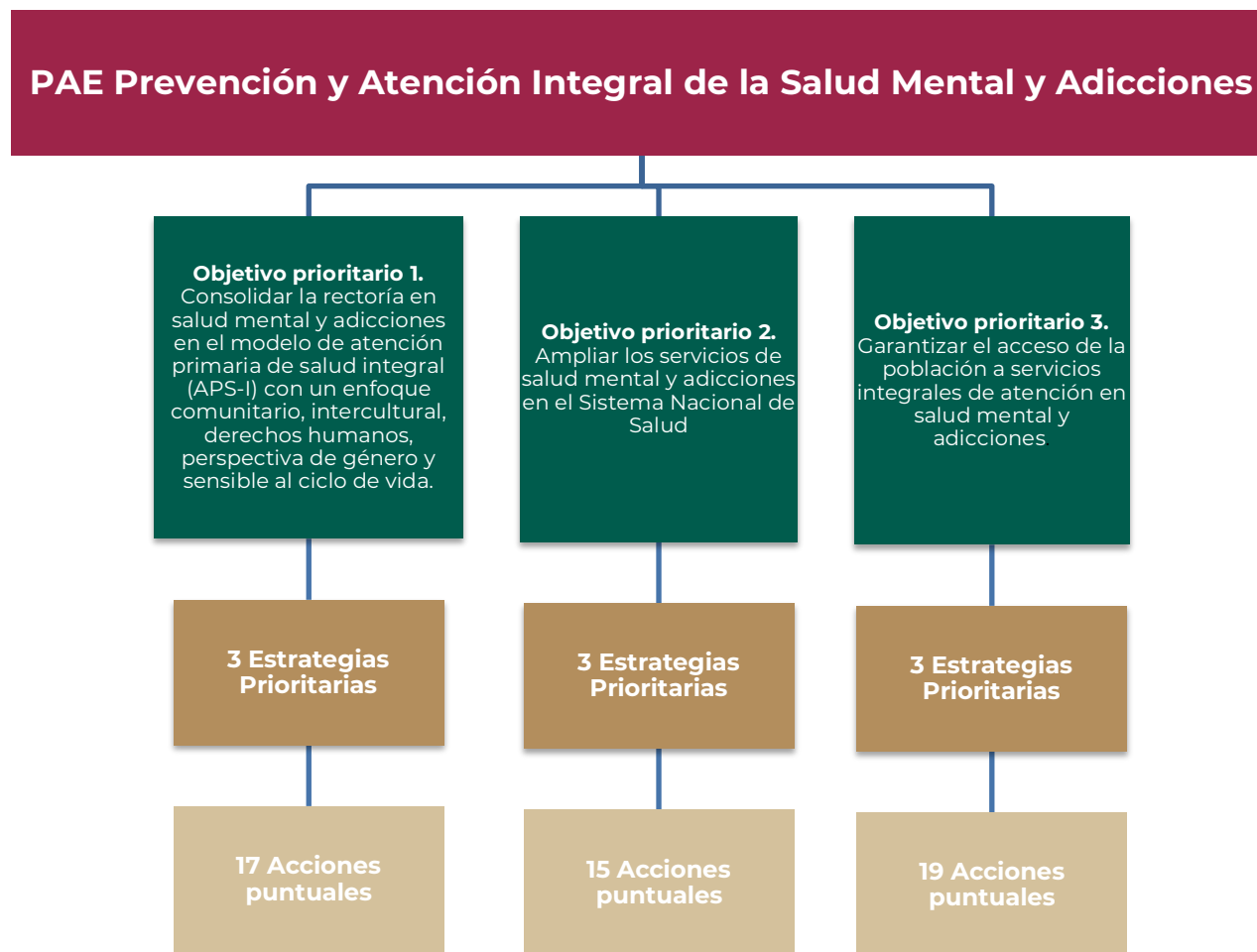
Otro reto está en la necesidad de fortalecer los marcos regulatorios a nivel nacional, con el fin de asegurar que el Estado Mexicano ejerza con firmeza sus atribuciones y pueda atender con efectividad los efectos de cambiar el paradigma prohibicionista por el de la regulación, considerando entre ellos: la necesidad de informar y sensibilizar a la población sobre los efectos de las drogas y para combatir el estigma hacia los consumidores; sensibilizar y capacitar a los profesionales de la salud en el conocimiento de nuevos esquemas para el tratamiento y la reducción de daños en los usuarios de drogas; ampliar la infraestructura y establecer nuevas unidades de atención en las que se puedan instrumentar las mejores prácticas para la reducción de daños, y fortalecer la investigación sobre las propiedades medicinales de las drogas, entre otras.

VI. Objetivo general

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



VII. Esquema objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales



VIII. Objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales

Objetivo prioritario 1: Consolidar la rectoría en salud mental y adicciones en el modelo de atención primaria de salud integral (APS-I) con un enfoque comunitario, intercultural, derechos humanos, perspectiva de género y sensible al ciclo de vida.

Estrategia 1.1 Fortalecer la coordinación con los tres órdenes de gobierno para integrar a las unidades prestadoras de servicios de salud mental y adicciones para fortalecer la implementación de la APS-I.

ACCIONES PUNTUALES

- 1.1.1 Establecer acciones de coordinación y colaboración con las autoridades estatales y municipales para implementar programas de prevención y atención integral para la salud mental y adicciones.
- 1.1.2 Integrar en un solo organismo a las instituciones de salud mental y adicciones para la reorganización de los servicios.
- 1.1.3 Realizar el diagnóstico de la situación de la infraestructura, recursos humanos y capacidad de atención de salud mental y adicciones en el sistema de salud para la detección de necesidades.
- 1.1.4 Impulsar la instalación de Coaliciones Comunitarias con el propósito de fortalecer la implementación de los programas preventivos de salud mental y adicciones.

Estrategia 1.2 Fomentar el cumplimiento de estándares internacionales y nacionales para la vigilancia sanitaria, epidemiológica y normativa en materia de salud mental y adicciones.

ACCIONES PUNTUALES

- 1.2.1 Promover la actualización de los procedimientos operativos en salud mental y adicciones según las recomendaciones internacionales.
- 1.2. Coordinar y participar en foros internacionales en materia de salud



ACCIONES PUNTUALES

- 2 mental y sustancias psicoactivas
- 1.2. Fortalecer la adopción de medidas para el cumplimiento al
- 3 Convenio Marco para el Control del Tabaco
- 1.2. Impulsar la aplicación de protocolos de calidad y seguridad del
- 4 paciente en los servicios de salud mental y adicciones.
- 1.2. Colaborar en el diseño y promover el cumplimiento de las Normas
- 5 Oficiales Mexicanas referentes a salud mental y adicciones.
- 1.2.
- 6 Fortalecer la operación del Observatorio Mexicano de Drogas.

Estrategia 1.3 Implementar políticas públicas nacionales que contribuyan al bienestar mental de la población.

ACCIONES PUNTUALES

- 1.3.1 Difundir los avances en políticas públicas y programas de salud mental y de reducción de la demanda de sustancias psicoactivas, en foros nacionales e internacionales.
- Impulsar estrategias legislativas que ayuden a prevenir el suicidio
- 1.3. desde un enfoque multisectorial y participar en el análisis de
- 2 propuestas para la actualización y desarrollo de disposiciones jurídicas en materia de salud mental y prevención del suicidio.
- 1.3. Impulsar las acciones de fomento sanitario para prevenir la venta
- 3 de sustancias psicoactivas a menores de edad
- 1.3. Promover el cumplimiento del Programa de Espacios 100% Libres
- 4 de Humo de Tabaco en los sectores sanitario, turístico, laboral y centros escolares.
- 1.3. Cooperar en la implementación de la Estrategia Nacional de
- 5 Prevención de Adicciones "Juntos por la Paz", con énfasis en grupos vulnerables y demarcaciones prioritarias del país.
- Impulsar programas nacionales y estatales de promoción a la
- 1.3. salud mental, de detección y tratamiento de los trastornos
- 6 mentales y de reducción de daños para las personas que consumen sustancias psicoactivas.



Objetivo prioritario 2: Ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud.

El modelo de APS-I busca la reestructuración de los servicios de primer nivel para poder integrar la atención de la salud mental y las adicciones, con el objetivo de ampliar la oferta de estos y cubrir en la medida de lo posible, la brecha de atención en salud mental.

Estrategia 2.1 Reestructurar los servicios de salud mental y adicciones para una atención integral.

ACCIONES PUNTUALES	
2.1.1	Coordinar la reorganización de los servicios en la atención primaria incluyendo, CAPAS, CISAMES y CECOSAM.
2.1.2	Promover, asesorar y apoyar la construcción de la Red Integral de Servicios de Salud Mental y Adicciones (RISSA). Promover la integración de equipos multidisciplinarios para la atención en salud mental y adicciones constituidos por promotor de la salud, nutrición, trabajador social, activador físico, enfermería, psicología y/o médico.
2.1.3	Fortalecer los servicios de atención y tratamiento para los Trastornos Mentales y Adicciones en los Hospitales Generales. Promover la integración de la salud mental en los programas de salud pública (Enfermedades No Transmisibles, Enfermedades Infecciosas y por transmisión sexual y en los programas de salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva y el programa de vacunación universal.
2.1.4	Promover, asesorar y apoyar la vinculación de los servicios de salud mental en los diferentes niveles de atención, para la referencia y contrarreferencia oportuna.
2.1.5	Desarrollar estándares de práctica clínica en salud mental y adicciones específicas para unidades de APS-I y hospitales, basados en evidencia científica, con enfoque intercultural, derechos humanos y perspectiva de género con sensibilidad en el ciclo de vida.



Estrategia 2.2 Proveer capacitación en salud mental y adicciones a personal de los servicios de salud para la formación de equipos multidisciplinarios de atención.

ACCIONES PUNTUALES

- 2.2.1 Promover, asesorar y apoyar al personal de salud del primer nivel de atención en la Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias mhGAP para reducir la brecha de atención en salud mental y adicciones.
- 2.2.2 Promover la capacitación del personal de salud de hospitales generales y de servicios de atención especializada para el reconocimiento y tratamiento adecuado de personas con trastornos mentales, adicciones o conductas suicidas
- 2.2.3 Apoyar la capacitación a prestadores de atención formal e informal en la comunidad para la orientación y consejería eficaz en salud mental, adicciones, prevención del suicidio y autocuidado.
- 2.2.4 Coordinar acciones que ofrezcan programas de tutorías al personal de salud que trabaje en los centros de atención no especializada, sobre el manejo, tratamiento y derivación de casos específicos.

Estrategia 2.3 Fortalecer el desarrollo científico en las instituciones que proporcionan servicios de atención integral en salud mental y adicciones.

ACCIONES PUNTUALES

- 2.3.1 Desarrollar y promover acciones de investigación en salud mental, adicciones y prevención del suicidio.
- 2.3.2 Apoyar el desarrollo de encuestas nacionales de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.
- 2.3.3 Colaborar con universidades, facultades y otras instituciones docentes para incorporar el tema de salud mental en los programas de estudios universitarios y de posgrado.
- 2.3.4 Impulsar mecanismos de cooperación nacional e internacional que promuevan el intercambio técnico y científico en salud mental y adicciones.



Objetivo 3. Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.

La capacitación del personal del primer nivel de atención tiene por objetivo identificar a tiempo los trastornos mentales y las personas que consumen sustancias para su atención oportuna, lo que garantiza el acceso de la población general a estos servicios.

Estrategia 3.1 Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y las adicciones.

ACCIONES PUNTUALES

- 3.1.1 Impulsar estrategias para la promoción de la salud mental, estilos de vida saludable y autocuidado, para los diferentes grupos etarios y difundirlas en la comunidad, escuelas y lugares de trabajo.
- 3.1.2 Fomentar el desarrollo de programas para la prevención de los trastornos mentales y las adicciones en los diferentes grupos de edad, enfocadas en la reducción de los factores de riesgo, el fortalecimiento de los factores protectores y la detección oportuna.
- 3.1.3 Gestionar la inclusión de estrategias de promoción de salud mental en los Programas Nacionales de Salud Pública.
- 3.1.4 Apoyar programas de educación para padres, cuidadores y maestros sobre desarrollo infantil, apego, crianza positiva y educación sin violencia.
- 3.1.5 Desarrollar e implementar programas de prevención para adolescentes en riesgo de afecciones de salud mental y adicciones con un enfoque multinivel, con diferentes plataformas de entrega, incluyendo el Sistema Nacional de Salud, medios digitales, escuelas y la comunidad.



Estrategia 3.2 Proveer servicios de atención y tratamiento integral, oportuno y de calidad para los trastornos mentales y las adicciones.

ACCIONES PUNTUALES	
3.2.1	Establecer mecanismos para atender oportunamente los Trastornos Mentales Comunes en el primer nivel de atención con base en las necesidades particulares de cada grupo de edad y tomando en cuenta los determinantes sociales de la comunidad.
3.2.2	Fortalecer la atención de Trastornos Mentales Graves en los servicios especializados de la Red Integral de Servicios de Salud Mental y Adicciones para evitar la discapacidad psicosocial.
3.2.3	Fomentar cuidado infantil temprano en los servicios de APS-I para la detección oportuna de los trastornos del neurodesarrollo.
3.2.4	Asesorar en el diseño de servicios de atención integral en salud mental y adicciones para los adolescentes tomando en cuenta las necesidades del desarrollo de esta etapa de la vida.
3.2.5	Promover servicios de salud mental, para adultos mayores, incluyendo la detección oportuna de demencias.
3.2.6	Apoyar acciones que atiendan de forma integral las necesidades de salud mental de las mujeres durante las etapas de la vida reproductiva tales como la pregestacional, embarazo, postparto y la transición a la menopausia.
3.2.7	Promover la atención en salud mental y adicciones, para personas indígenas y afrodescendientes de acuerdo a su contexto cultural, personas migrantes en todos los momentos del proceso migratorio y a las personas con alguna discapacidad con base en sus necesidades.
3.2.8	Incluir en los programas la atención las necesidades específicas de salud mental de las minorías sexuales.
3.2.9	Fomentar servicios de atención integral en salud mental y adicciones para personas en conflicto con la ley y en situación de reclusión.
3.2.10	Establecer estrategias de atención en salud mental para personas que hayan sufrido eventos vitales adversos, en particular por violencias o desastres naturales, tomando en cuenta sus necesidades particulares para el desarrollo de resiliencia.



Estrategia 3.3 Ofrecer servicios para la recuperación de personas con trastornos mentales y adicciones.

ACCIONES PUNTUALES

- 3.3.1 Organizar foros de discusión con organizaciones civiles y de derechos humanos que favorezcan la inclusión social y disminuyan el estigma asociado a la salud mental y las adicciones. Implementar programas de psicoeducación para las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores sobre las causas y consecuencias de los trastornos, opciones de tratamiento, recuperación y comportamientos saludables para aumentar el bienestar.
- 3.3.2 Apoyar acciones orientadas a fortalecer los componentes básicos de la recuperación en salud mental, incluyendo las relaciones interpersonales, autonomía e identidad, estrategias de resiliencia, manejo de situaciones de crisis e inclusión social.
- 3.3.3 Promover mecanismos para la vinculación de las personas con trastornos mentales y/o adicciones con los servicios y recursos disponibles en otros sectores de su comunidad, como educación, cultura, deporte y empleo para mejorar su bienestar.

IX. Indicadores, metas para el bienestar y parámetros

Para medir el avance en el cumplimiento de los compromisos contenidos en el **programa**, se diseñaron indicadores de gestión y de impacto, cuyas metas se han establecido tomando como línea-base registros históricos de 2018 y avances del año 2019.

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

Nombre	Tasa de suicidios en población mexicana
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.
Definición o descripción	El número de defunciones registradas como presuntos suicidios en los certificados de defunción durante un año, entre el total de la población a mitad del año de referencia, multiplicado por 100,000.



Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Tasa por cada 100 mil habitantes.	Periodo de recolección de datos	Enero- diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Julio
Tendencia esperada	Descendente	Unidad Responsable de reportar el avance	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).
Método de cálculo	El número de defunciones registradas como presuntos suicidios en los certificados de defunción durante un año, entre el total de la población a mitad del año de referencia, multiplicado por 100,000.		
Observaciones	Se consideran los registros con códigos de causa básica (X60 a X84) según el (CIE-10) y Y870 (Secuelas de lesiones auto infligidas).		

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Es el número de defunciones registradas como presuntos suicidios en los certificados de defunción durante 2019.	Valor variable 1	7,225	Fuente de información variable 1	Sitio del Catálogo Nacional de Indicadores en internet: https://www.snieg.mx/cni/serieestadisticas.aspx?idOrden=1.2&IndBase=6207095901*63000000266*63000000266&indCve=6207095900&gen=13092&d=n con datos del Instituto Nacional de Geografía e Información. Estadísticas Vitales. Defunciones Generales y Fetales.
Nombre variable 2	Total de la población	Valor variable	125,929,439.16	Fuente de información	Sitio del Catálogo Nacional de Indicadores en internet:



	a mitad del año	2		Variable 2	https://www.snieg.mx/cni/serieestadisticas.aspx?idOrden=1.2&IndBase=6207095901*63000000266*63000000266&IndCve=6207095900&gen=13092&d=n con datos del Consejo Nacional de Población. Estimaciones de Población de México 1990-2010; Proyecciones de Población de México 2010-2050
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(7,225) / (125,929,439.16) * 100,000 = 5.7$				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		Nota sobre la línea base
Valor	5.7	Para el año 2019 la tasa de suicidio en México fue de 5.7 por cada 100,000 habitantes.
Año	2019	
META 2024		Nota sobre la meta 2024
5.2		CONASAMA realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 la tasa de suicidio en población mexicana disminuya en un 8.78% para contribuir al logro de la meta del indicador 3.4.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
4.7	5.0	5.3	5.3	5.2	5.3	5.5
METAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
5.7	No disponible	5.6	5.5	5.4	5.2	



ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	Porcentaje de población de 12 a 17 años con consumo consuetudinario de alcohol		
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.		
Definición o descripción	Porcentaje de población de población de 12 a 17 años que por lo menos una vez a la semana consumen cinco copas o más en una sola ocasión en el caso de hombres, o cuatro copas o más en una sola ocasión para las mujeres.		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Sexenal
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero- diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Julio
Tendencia esperada	Descendente	Unidad Responsable de reportar el avance	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).
Método de cálculo	Estimaciones de mexicanos de 12 a 17 años de edad con consumo consuetudinario de alcohol en el año de referencia entre el número de población de 12 a 17 años de edad en México en ese mismo año multiplicado por 100.		
Observaciones			

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Estimaciones de mexicanos de 12 a 17 años de	Valor variable 1	594,467	Fuente de información variable 1	Sitio del Instituto Nacional de Geografía e Información en internet: https://drive.google.com/file/d/1rMlKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view
-------------------	--	------------------	---------	----------------------------------	---



	edad con consumo consuetudinario de alcohol en 2016-				Estimaciones de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, alcohol y tabaco 2016-2017. Reporte de alcohol Población de 12 a 17 años según sexo y patrón de consumo., bebedores consuetudinario.
Nombre variable 2	Número total de mexicanos de 12 a 17 años de edad en 2016.	Valor variable 2	13,700,000	Fuente de información variable 2	Sitio del Instituto Nacional de Geografía e Información en internet: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/nino2019_Nal.pdf Estimaciones de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2018.
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(594,467) / (13,700,000) * 100 = 4.3\%$				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		Nota sobre la línea base	
Valor	4.3%		
Año	2016		
META 2024		Nota sobre la meta 2024	
3.1%		CONASAMA realizará las acciones necesarias para en 2024 disminuir en un 27.90% el consumo de alcohol, mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar y contribuir al cumplimiento de la meta 3,5 establecida en la agenda 2030 de las Naciones Unidas (ODS).	

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018
------	------	------	------	------	------	------



Programa de Acción Específico

2020-2024

1%	No disponible	No disponible	No disponible	4.3%	No disponible	No disponible
METAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
No disponible	No disponible	3.9%	No disponible	No disponible	3.1% (información aún no disponible)	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	Población mexicana de 10 a 19 años de edad con sintomatología depresiva.		
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.		
Definición o descripción	Porcentaje de población de 10 a 19 años de edad que presenta síntomas de tristeza, ansiedad, falta de energía, y trastornos del sueño.		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Sexenal
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero- diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Julio
Tendencia esperada	Descendente	Unidad Responsable de reportar el avance	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).
Método de cálculo	Estimaciones de mexicanos de 10 a 19 años de edad con sintomatología depresiva en el año de referencia entre el número de población de 10 a 19 años de edad en México en ese mismo año multiplicado por 100.		
Observaciones	Entendiendo la tristeza como una expresión emocional de dolor, infelicidad, pérdida, desesperanza o impotencia. Ansiedad como la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento		



de disforia o de síntomas somáticos de tensión.					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	Estimaciones de mexicanos de 10 a 19 años de edad y más con sintomatología depresiva en 2018.	Valor variable 1	2,472,004	Fuente de información variable 1	Sitio del Instituto Nacional de Geografía e Información en internet: https://www.inegi.org.mx/programas/ensanut/2018/#Tabulados . Estimaciones de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Cuestionario de Salud de adolescentes.
Nombre variable 2	Número de población de 10 a 19 años de edad y más en México en 2018.	Valor variable 2	22,885,451	Fuente de información variable 2	Sitio del Instituto Nacional de Geografía e Información en internet: https://www.inegi.org.mx/programas/ensanut/2018/#Tabulados . Estimaciones de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Cuestionario de Salud de adolescentes.
Sustitución en método de cálculo del indicador	(2,472,004.00) / (22,885,451) * 100 = 10.8%				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		
Valor	10.8%				
Año	2018				
META 2024			Nota sobre la meta 2024		



Programa de Acción Específico

2020-2024

8.6%

CONASAMA realizará las acciones necesarias para en 2024 disminuir en un 20% la sintomatología depresiva en la población de 10 a 19 años de edad, mediante acciones de promoción de salud mental y prevención y tratamiento oportuno y así garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, objetivo 3 establecido en la agenda 2030 de las Naciones Unidas (ODS).

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018
No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	10.8%

2019	2020	2021	2022	2023	2024
No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	8.6%	No disponible

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

Nombre	Población mexicana de 20 y más años de edad con sintomatología depresiva		
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.		
Definición o descripción	Porcentaje de población de 20 años y más que presenta síntomas de tristeza, ansiedad, falta de energía, y trastornos del sueño		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Sexenal
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero- diciembre

Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Julio
Tendencia esperada	Descendente	Unidad Responsable de reportar el avance	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).
Método de cálculo	Estimaciones de mexicanos de 20 años de edad y más con sintomatología depresiva en el año de referencia entre el número de población de 20 años de edad y más en México en ese mismo año multiplicado por 100.		
Observaciones	Entendiendo la tristeza como una expresión emocional de dolor, infelicidad, pérdida, desesperanza o impotencia. Ansiedad como la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión.		

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Estimaciones de mexicanos de 20 años de edad y más con sintomatología depresiva en 2018.	Valor variable 1	14,796,384	Fuente de información variable 1	Sitio del Instituto Nacional de Geografía e Información en internet: https://www.inegi.org.mx/programas/ensanut/2018/#Tabulados . Estimaciones de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Cuestionario de Salud de adultos (20 años o más).
Nombre variable 2	Número de población de 20 años de edad y más en México en 2018.	Valor variable 2	82,767,537	Fuente de información variable 2	Sitio del Instituto Nacional de Geografía e Información en internet: https://www.inegi.org.mx/programas/ensanut/2018/#Tabulados . Estimaciones de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Cuestionario



					de Salud de adultos (20 años o más).
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(14,796,384) / (82,767,537) * 100 = 17.8\%$				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		Nota sobre la línea base
Valor	17.8%	
Año	2018	
META 2024		Nota sobre la meta 2024
14.3%		CONASAMA realizará las acciones necesarias para en 2024 disminuir en un 20% la sintomatología depresiva en la población de 20 años y más mediante acciones de promoción de salud mental y prevención y tratamiento oportuno y así garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, objetivo 3 establecido en la agenda 2030 de las Naciones Unidas (ODS).

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018
No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	17.8%
METAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	14.3%	No disponible	



ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	Tasa de intentos de suicidio en población mexicana.		
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.		
Definición o descripción	Evalúa la tasa de suicidio por cada 100, 000 habitantes		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Tasa	Periodo de recolección de datos	Enero- diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero
Tendencia esperada	Descendente	Unidad Responsable de reportar el avance	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).
Método de cálculo	Número de intentos de suicidio en población mexicana durante un año entre el total de la población a mitad del año de referencia, multiplicado por 100,000.		
Observaciones	La reducción que se espera será a partir de la primera medición obtenida.		

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Número de intentos de suicidio en	Valor variable 1	Fuente de información variable 1	Con registro de información de los Servicios Estatales de Salud.
-------------------	-----------------------------------	------------------	----------------------------------	--



	población mexicana durante un año				
Nombre variable 2	El total de la población a mitad del año de referencia, multiplicado por 100,000.	Valor variable 2	125,929,439.16	Fuente de información variable 2	Sitio del Catálogo Nacional de Indicadores en internet: https://www.snieg.mx/cni/seriesestadisticas.aspx?idOrden=1.2&IndBase=6207095901*63000000266*6300000266&indCve=6207095900&gen=13092&d=n con datos del Consejo Nacional de Población. Estimaciones de Población de México 1990-2010; Proyecciones de Población de México 2010-2050

Sustitución en método de cálculo del indicador

$$[(o)/(125,929,439.16) \times 100,000 = 0]$$

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		Nota sobre la línea base
Valor	0	El valor de línea base del indicador se define como 0 (cero) en tanto se calculará por primera vez para 2021
Año	2020	
META 2024		Nota sobre la meta 2024
20%		CONASAMA realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 el intento de suicidio en población mexicana se reduzca en un 20 % para contribuir al logro de la indicador 3.4.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). De aquí a 2030,



reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	3.9%
METAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
No disponible	No disponible	5%	10%	15%	20%	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

Nombre	Tasa consultas de primera vez de salud mental en unidades de consulta externa y hospitalización.		
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.		
Definición o descripción	Indica la tasa de consultas de primera vez en atención a la salud mental de las unidades de consulta externa y hospitalización de la Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud por cada 100,000 personas sin derechohabencia.		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Tasa	Periodo de recolección de datos	Enero- diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Julio



Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).
Método de cálculo	Número de consultas de primera vez otorgadas en el año de referencia entre el número total de personas sin derechohabiencia en el año de referencia multiplicado por 100 000		
Observaciones	Es importante para dar seguimiento a la transición del modelo de asilo-hospital para la atención de las personas con trastornos mentales a un modelo de atención ambulatoria.		

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Consultas de primera vez de salud mental en unidades de consulta externa y hospitalización en 2020	Valor variable 1	584,954	Fuente de información variable 1	Sitio de la Secretaría de Salud en internet: http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/ Consulta externa por entidad federativa (Secretaría de Salud). Total de consultas de salud mental en unidades de consulta externa y hospitalización
Nombre variable 2	Número total de mexicanos de 0 a 19 años de edad en 2020	Valor variable 2	32,999,713	Fuente de información variable 2	Sitio del Instituto Nacional de Geografía e Información en internet: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_01_3e83e8a1-690d-4cfb-8af0-a1e675979b3e Población según condición de afiliación a servicios de salud y sexo por entidad federativa, 2020



Sustitución en método de cálculo del indicador	$[(584,954)/(32,999,713)] * 100,000 = 1,772$
--	--

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		Nota sobre la línea base
Valor	1,772	1,772 consultas de primera vez de atención en salud mental ambulatorias por cada 100,000 mexicanos sin derechohabiencia
Año	2020	
META 2024		Nota sobre la meta 2024
1,956		CONASAMA realizará las acciones necesarias para en 2024 contribuir al acceso equitativo de la población sin derechohabiencia a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones, de manera oportuna y ambulatoria.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	2,023	1,891	1,502

METAS

2019	2020	2021	2022	2023	2024
1,777	1,772	1,843	1,880	1,918	1,956

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

Nombre	Porcentaje de población de 5 a 19 años de edad que participan en acciones de promoción de salud mental y prevención de adicciones.
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.
Definición o descripción	Población mexicana de 5 a 19 años de edad que participa en acciones de promoción de salud mental y prevención de adicciones: talleres, sesiones informativas, conferencias, cursos eventos culturales, deportivos, ferias y campañas dirigidos al fortalecimiento de los factores de protección de la salud mental.



Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero- diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Abril
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).
Método de cálculo	Número de mexicanos de 5 a 19 años de edad que participan en acciones de promoción de salud mental y prevención de adicciones entre el número total de mexicanos de 5 a 19 años de edad multiplicado por 100.		
Observaciones	La mitad de los trastornos mentales comienzan a los 14 años o antes (Organización Mundial de la Salud (OMS)), por este motivo, la población los niños, niñas y adolescentes constituyen una población prioritaria para las acciones de promoción y prevención de la Estrategia Nacional de Salud Mental y Adicciones.		

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Número de mexicanos de 5 a 19 años de edad que participan en	Valor variable 1	0	Fuente de información variable 1	Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE)
-------------------	--	------------------	---	----------------------------------	---



Programa de Acción Específico

2020-2024

	acciones de promoción de salud mental y prevención de adicciones.				
Nombre variable 2	Número total de mexicanos de 5 a 19 años de edad en 2020.	Valor variable 2	32,514,609	Fuente de información variable 2	Sitio del Instituto Nacional de Geografía e Información en internet: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion_Poblacion_01_e60cd8cf-927f-4b94-823e-972457a12d4b Población total por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo, 1990 a 2020
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(0)/(32,514,609) * 100 = 0$				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		Nota sobre la línea base
Valor	0	El valor de línea base del indicador se define como 0 (cero) en tanto se calculará por primera vez para 2021.
Año	2019	
META 2024		Nota sobre la meta 2024
.10%		CONASAMA realizará las acciones



necesarias para impulsar que hacia 2024 por lo menos el 0.10% de niños, niñas y adolescentes del país reciban acciones de promoción de salud mental y prevención de adicciones.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible

METAS

2019	2020	2021	2022	2023	2024
No disponible	No disponible	.07%	.08%	.09%	.10%

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

Nombre	Porcentaje de personal de salud del primer nivel capacitado en la Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias mhGAP.					
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.					
Definición o descripción	Este indicador medirá el número de empleados médicos y paramédicos de centro de salud capacitados para utilizar la Guía mhGAP mediante la cual, éste personal de salud no especializado contribuya a lograr la ampliación de cobertura de servicios.					
Nivel de desagregación	Nacional		Periodicidad o frecuencia de medición		Anual	
Tipo	Gestión		Acumulado o periódico		Acumulado	
Unidad de medida	Porcentaje		Periodo de recolección de datos		Enero- diciembre	
Dimensión	Eficacia		Disponibilidad de la información		Abril	
Tendencia esperada	Ascendente		Unidad Responsable de		Comisión Nacional de Salud	



				reportar el avance	Mental y Adicciones (CONASAMA).
Método de cálculo	Número de empleados médicos y paramédicos de Número de empleados médicos y paramédicos de unidades de primer nivel de atención capacitados en Guía mhGAP, entre el número total de personal médico y paramédico de unidades de primer nivel de atención multiplicado por cien.) por 100				
Observaciones					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	Número de empleados médicos y paramédicos de unidades de primer nivel.	Valor variable 1	9,298	Fuente de información variable 1	Sitio de la Secretaria de Salud en internet: https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-de-labores-de-la-secretaria-de-salud?state=published Sexto Informe de Labores de la Secretaria de Salud 2017-2018 y https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/490167/1er_Informe_de_Labores_SS_2018-2019.pdf Primer Informe de Labores de la Secretaria de Salud 2018-2019. Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).



Nombre variable 2	Total del personal médicos y paramédicos de unidades de primer nivel de atención en 2019	Valor variable 2	86,869	Fuente de información variable 2	Sitio de la Dirección General de Información en Salud. Sistema de Información de la Secretaría de Salud en internet: http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/GenerarTabla?titulo=Personal%20de%20salud%20por%20tipo&href=/tablero/recursos_en_salud/personal_de_salud/Tipo/2012-2019_personalDeSalud_TipoAnio.xlsx&ruta=/tablero/recursos_en_salud/personal_de_salud/Tipo/2012-2019_personalDeSalud_TipoAnio.xlsx&hoja=2019&adicionalesTitulo=2019 (médicos generales, especialistas y odontólogos).
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(9,298) / (86,869) * 100 = 10.7\%$				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS			
Línea base		Nota sobre la línea base	
Valor	10.7%	Para el año 2020 el promedio alcanzado acumulado de capacitación en prevención de mhGap fue 10.7%	
Año	2020		
META 2024		Nota sobre la meta 2024	



CONASAMA realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 se otorgue la capacitación a 82,525 (95%) profesionales médicos y paramédicos de atención primaria para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y manejo de personas con trastornos mentales, y/o debidos al consumo de sustancias para reducir la brecha de atención de salud mental y adicciones y contribuir al PROSEA 2020-2024 en su estrategia 3.2 Desarrollar e implementar estrategias integrales para garantizar la suficiencia, formación y profesionalización del personal encargado de otorgar los servicios de salud y asistencia social, bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
METAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
No disponible	10.7%	30%	50%	70%	95%	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

Nombre	Porcentaje de personal de salud del primer nivel capacitado en prevención del suicidio
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.



Definición o descripción	Evalúa el número de personal médico y paramédico del primer nivel de atención que tomo un curso o diplomado para fortalecer sus capacidades para identificar, evaluar y mejorar el abordaje de las conductas suicidas en los pacientes.		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Acumulado
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero- diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Abril
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).
Método de cálculo	Número de empleados médicos y paramédicos de Número de empleados médicos y paramédicos de unidades de primer nivel de atención capacitado en suicidio entre el número total de personal médico y paramédico de unidades de primer nivel de atención multiplicado por cien.) por 100		
Observaciones			

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Número de empleados médicos y paramédicos de unidades de	Valor variable 1	1,112	Fuente de información variable 1	Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).
-------------------	--	------------------	-------	----------------------------------	--



	primer nivel.				
Nombre variable 2	Total del personal médicos y paramédicos de unidades de primer nivel de atención en 2019	Valor variable 2	86,869	Fuente de información variable 2	Sitio de la Dirección General de Información en Salud. Sistema de Información de la Secretaría de Salud en internet: http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/GenerarTabla?titulo=Personal%20de%20salud%20por%20tipo&href=/tablero/recursos_en_salud/personal_de_salud/Tipo/2012-2019_personalDeSalud_TipoAnio.xlsx&ruta=/tablero/recursos_en_salud/personal_de_salud/Tipo/2012-2019_personalDeSalud_TipoAnio.xlsx&hoja=2019&adicionalesTitulo=2019 (médicos generales, especialistas y odontólogos).
Sustitución en método de cálculo del indicador	[(1,112) / (86,869)] * 100 = 1.2%				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS		
Línea base		Nota sobre la línea base
Valor	1.2%	Para el año 2020 el promedio alcanzado acumulado de capacitación en prevención del suicidio fue 1.2%
Año	2020	
META 2024		Nota sobre la meta 2024
20%		CONASAMA realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 se otorgue la capacitación a 17,773



(20%) profesionales médicos y paramédicos de atención primaria para fortalecer sus capacidades para identificar, evaluar y mejorar el abordaje de las conductas suicidas en los pacientes.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
METAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
No disponible	1.2%	5%	10%	15%	20%	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

Nombre	Porcentaje de pruebas de tamizaje de riesgos de salud mental y adicciones a población de 10 a 19 años de edad.		
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.		
Definición o descripción	Evalúa las pruebas de tamizaje de trastornos mentales, de adicciones o de conducta suicida a población de 10 a 19 años de edad que se considere en riesgo.		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Acumulado
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero- diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Abril
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).



		avance	
Método de cálculo	Es el número de personas de 10 a 19 años de edad con una prueba de tamizaje de trastornos mentales o del desarrollo, adicciones o conducta suicida entre el número total de mexicanos de 10 a 19 años de edad multiplicado por 100. or cien.		
Observaciones	La mitad de los trastornos mentales comienzan a los 14 años o antes (OMS), pero en la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan de ahí la importancia de aplicar tamizajes en ese grupo de edad, obteniendo una relación segmentada por edad, genero, prueba, resultados y especificación de casos positivos permitiendo un diagnóstico temprano y una intervención o tratamiento oportuno.		

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Número de personas de 10 a 19 años de edad con una prueba de tamizaje de trastornos mentales o del desarrollo, adicciones o conducta suicida	Valor variable 1	0	Fuente de información variable 2	Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).
Nombre variable 2	Número total de mexicanos de 10 a 19 años de edad en 2020	Valor variable 2	21,750,230	Fuente de información variable 2	Sitio del Instituto Nacional de Geografía e Información en internet: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion_Poblacion_01_e60cd8cf-927f-4b94-823e-972457a12d4b . Población total por entidad



					federativa y grupo quinquenal de edad según sexo, 1990 a 2020
Sustitución en método de cálculo del indicador	(0 / 21,750,230) = 0				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base		Nota sobre la línea base			
Valor	0	El valor de línea base del indicador se define como 0 (cero) en tanto se calculará por primera vez para 2021.			
Año	2019				
META 2024		Nota sobre la meta 2024			
1.24		CONASAMA realizará las acciones necesarias para en 2024 impulsar una estrategia de detección temprana de problemas de salud mental y adicciones en 277,164 adolescentes mexicanos con algún riesgo identificado que corresponde al 1.24 % de la población mexicana en ese grupo de edad, Para disminuir la brecha de acceso a servicios y contribuir al PROSESA 2020-2024 en su estrategia 3.1. Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y las adicciones y 3.2. Proveer servicios de atención y tratamiento integral, oportuno y de calidad para los trastornos mentales y las adicciones.			

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018
No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
METAS						



Programa de Acción Específico

2020-2024

2019	2020	2021	2022	2023	2024
No disponible	No disponible	.31	.62	.93	1.24

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

Nombre	Porcentaje de prestadores de atención (profesores, personal de protección civil, personal de seguridad, enfermeras, bomberos, etc.) capacitados en la prevención de suicidio.				
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.				
Definición o descripción	Evalúa el número de prestadores de atención formal o comunitaria que se capacitan en prevención del suicidio.				
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual		
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico		
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero- diciembre		
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Abril		
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).		



Método de cálculo	El número de prestadores de atención formal o comunitaria que se capacitan en prevención del suicidio entre el número de personas programadas para ser capacitadas en el año de referencia.
Observaciones	

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Número de prestadores de atención formal o comunitaria que se capacitan en prevención del suicidio	Valor variable 1	2,760	Fuente de información variable 2	Cumplimiento esperado en el informe de avance de indicadores en el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE)
Nombre variable 2	Número de personas programadas para ser capacitadas en el año de referencia	Valor variable 2	3,451	Fuente de información variable 2	Programación operativa en el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).

Sustitución en método de cálculo del indicador	$[(2,760 / 3,451)] * 100 = 80\%$
--	----------------------------------

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		Nota sobre la línea base
Valor	80%	
Año	2021	



Programa de Acción Específico

2020-2024

META 2024	Nota sobre la meta 2024
100%	CONASAMA realizará las acciones necesarias para en 2024 consolidar la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio con acciones de capacitación y cumplir con lo programado anualmente en un 80%

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018
No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
METAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
No disponible	No disponible	80%	80%	80%	80%	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	Porcentaje de convenios realizados con instituciones gubernamentales y/o con organizaciones de la sociedad civil para establecer estrategias de atención integral a la salud mental y adicciones.		
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.		
Definición o descripción	Evalúa el número de convenios realizados con instituciones gubernamentales y/o con organizaciones de la sociedad civil para establecer estrategias de atención integral a la salud mental y adicciones.		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Gestión	Acumulado	Periódico



		o periódico	
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero- diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Abril
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).
Método de cálculo	Evalúa el número de convenios realizados con instituciones gubernamentales y/o con organizaciones de la sociedad civil para establecer estrategias de atención integral a la salud mental y adicciones entre el número de convenios programados en el año de referencia multiplicado por cien.		
Observaciones			

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Número de convenios realizados con instituciones gubernamentales y/o con organizaciones de la sociedad civil para establecer estrategias	Valor variable 1	126	Fuente de información variable 2	Cumplimiento esperado en el informe de avance de indicadores en el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).
-------------------	--	------------------	-----	----------------------------------	---



Programa de Acción Específico

2020-2024

	de atención integral a la salud mental y adicciones				
Nombre variable 2	Número de convenios programados con instituciones gubernamentales y/o con organizaciones de la sociedad civil para establecer estrategias de atención integral a la salud mental y adicciones	Valor variable 2	158	Fuente de información variable 2	Programación operativa en el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).
Sustitución en método de cálculo del indicador	[(126)/(158)] * 100=80%				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		
Valor	80%				
Año	2021				



Programa de Acción Específico

2020-2024

META 2024	Nota sobre la meta 2024
80%	CONASAMA realizará las acciones necesarias para en 2024 consolidar la Estrategia Nacional de Salud Mental y Adicciones que implica coordinación entre diferentes iniciativas y proyectos a nivel nacional, y espera firmar cada año por lo menos el 80% de los convenios programados.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018
No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
METAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
No disponible	No disponible	80%	80%	80%	80%	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	Porcentaje de eventos dirigidos al fortalecimiento de los factores de protección de la salud mental de niños, niñas y adolescentes.		
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.		
Definición o descripción	Mide el nivel de cumplimiento de la ejecución de eventos culturales, deportivos, ferias y campañas dirigidos al fortalecimiento de los factores de protección de la salud mental de niños, niñas y adolescentes con respecto a lo programado anualmente.		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de	Porcentaje	Periodo de recolección	Enero- diciembre



medida		de datos	
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Abril
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).
Método de cálculo	Número de eventos dirigidos al fortalecimiento de los factores de protección de la salud mental de niños, niñas y adolescentes entre el número de eventos programados multiplicado por cien.		
Observaciones			

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Número de eventos dirigidos al fortalecimiento de los factores de protección de la salud mental de niños, niñas y adolescentes	Valor variable 1	3,620	Fuente de información variable 2	Cumplimiento esperado en el informe de avance de indicadores en el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).
Nombre variable 2	Número de eventos programados al fortalecimiento de los factores de protección de la salud	Valor variable 2	4,525	Fuente de información variable 2	Programación operativa en el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).



	mental de niños, niñas y adolescentes				
Sustitución en método de cálculo del indicador	[(3,620)/(4,525)] * 100=80%				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		
Valor	80%				
Año	2021				
META 2024			Nota sobre la meta 2024		
80%			CONASAMA realizará las acciones necesarias para en 2024 consolidar la Estrategia Nacional de Salud Mental y Adicciones que implica coordinación con les entidades federativas para dar cumplimiento a los eventos dirigidos al fortalecimiento de los factores de protección de lo programado anualmente, esperando un cumplimiento del 80%		

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018
No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
METAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
No disponible	No disponible	80%	80%	80%	80%	



ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	Porcentaje de material informativo difundido a sobre promoción de salud mental e identificación de signos y síntomas de los trastornos mentales, adicciones y signos de alerta de conducta suicida.		
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.		
Definición o descripción	Mide el nivel de cumplimiento de la difusión de material informativo para difundido sobre promoción de salud mental e identificación de signos y síntomas de los trastornos mentales y signos de alarma de suicidio		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero- diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilid ad de la información	Abril
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).
Método de cálculo	Material difundido sobre promoción de salud mental e identificación de signos y síntomas de los trastornos mentales, de adicciones y signos de alerta de conducta suicida entre el número de material multiplicado por el número de material programado para ser difundido en el año de referencia multiplicado por cien.		
Observaciones			
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE			



Programa de Acción Específico

2020-2024

Nombre variable 1	Número de material difundido sobre promoción de salud mental e identificación de signos y síntomas de los trastornos mentales, de adicciones y signos de alerta de conducta suicida	Valor variable 1	174,419	Fuente de información variable 2	Cumplimiento esperado en el informe de avance de indicadores en el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).
Nombre variable 2	Número de material programado para ser difundido en el año de referencia -	Valor variable 2	218,024	Fuente de información variable 2	Programación operativa en el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).
Sustitución en método de cálculo del indicador	[(174,419) /(218,024)] * 100=80%				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		
Valor	80%				
Año	2021				



META 2024	Nota sobre la meta 2024
80%	CONASAMA realizará las acciones necesarias para en 2024 consolidar la Estrategia Nacional de Salud Mental y Adicciones que implica coordinación con las entidades federativas para lograr difundir por lo menos el 80% del material de información programado anualmente.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018
No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
METAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
No disponible	No disponible	80%	80%	80%	80%	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	Porcentaje de material informativo difundido sobre promoción de salud mental y prevención de adicciones a comunidad LGBTTTIQ		
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.		
Definición o descripción	Mide el nivel de cumplimiento de la difusión de material informativo para difundido sobre promoción de salud mental e identificación de signos y síntomas de los trastornos mentales, adicciones y signos de alarma de la conducta suicida dirigido a la comunidad LGBTTTIQ		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual



Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero- diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Abril
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).
Método de cálculo	Material difundido sobre promoción de salud mental y prevención de adicciones dirigido a la comunidad LGBTTTIQ entre el número de material programado para ser difundido en el año de referencia multiplicado por cien.		
Observaciones			

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Número de material difundido sobre promoción de salud y prevención de adicciones dirigido a la comunidad	Valor variable 1	6,322	Fuente de información variable 2	Cumplimiento esperado en el informe de avance de indicadores en el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).
-------------------	--	------------------	-------	----------------------------------	---



	ad LGBTTTI Q				
Nombre variable 2	Número de material program ado para ser difundid o en el año de referenci a	Valor variable 2	7,903	Fuente de información variable 2	Programación operativa en el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).
Sustitución en método de cálculo del indicador	[6,322) /(7,903)] * 100=80%				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		
Valor	80%				
Año	2021				
META 2024			Nota sobre la meta 2024		
80%			CONASAMA realizará las acciones necesarias para en 2024 consolidar la Estrategia Nacional de Salud Mental y Adicciones que implica coordinación con las entidades federativas para lograr difundir por lo menos el 80% del material de información programado anualmente específico para comunidad LGBTTTIQ-		



SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018
No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
METAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
No disponible	No disponible	80%	80%	80%	80%	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	Porcentaje de material informativo difundido sobre promoción de salud mental y prevención de adicciones a pueblos originarios y/o afrodescendiente.		
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.		
Definición o descripción	Mide el nivel de cumplimiento de la difusión de material informativo para difundido sobre promoción de salud mental e identificación de signos y síntomas de los trastornos mentales, adicciones y signos de alarma de la conducta suicida dirigido a la comunidad indígena y/o afrodescendiente.		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero- diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Abril
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsabl	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones



		e de reportar el avance	(CONASAMA).		
Método de cálculo	Material difundido sobre promoción de salud mental y prevención de adicciones dirigido a la pueblos originarios y/o afrodescendiente entre el número de material programado para ser difundido en el año de referencia multiplicado por cien				
Observaciones					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	Número de material difundido sobre promoción de salud y prevención de adicciones dirigido a la comunidad indígena y/o afrodescendiente	Valor variable 1	5,538	Fuente de información variable 2	Cumplimiento esperado en el informe de avance de indicadores en el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).
Nombre variable 2	Número de material programado para ser difundido en el año de referencia	Valor variable 2	6,923	Fuente de información variable 2	Programación operativa en el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).
Sustitución en método de cálculo del indicador	[5,538) /(6,923)] * 100=80%				



Programa de Acción Específico

2020-2024

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS		
Línea base		Nota sobre la línea base
Valor	80%	
Año	2021	
META 2024		Nota sobre la meta 2024
80%		CONASAMA realizará las acciones necesarias para en 2024 consolidar la Estrategia Nacional de Salud Mental y Adicciones que implica coordinación con las entidades federativas para lograr difundir por lo menos el 80% del material de información programado anualmente específico para comunidad indígena y/o afrodescendiente

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018
No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
METAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
No disponible	No disponible	80%	80%	80%	80%	



X. Territorialización

Reconociendo los problemas de salud como multifactoriales y con el propósito de contribuir en el desarrollo de políticas públicas diferenciadas, integrales y multisectoriales, para el desarrollo de este Programa se implementó una metodología de Territorialización, orientada a identificar el estado actual de las condiciones en las que la población mexicana vive el proceso de salud-enfermedad, así como las brechas de desigualdad, rezagos o afectaciones desproporcionadas y muchas veces ocultas entre personas, comunidades o territorios.

Con este propósito, se utilizó el método basado en el reconocimiento de patrones con la técnica geográfica llamada *Autocorrelación Espacial* (AE), como ejercicio complementario a otras metodologías empleadas. A partir de la AE se obtuvieron los *Indicadores Locales de Asociación Espacial* (LISA) para cada uno de los municipios del país, con lo cual, se evalúa la variabilidad de la carga de la problemática en salud en el territorio, para comprobar la dependencia espacial entre municipios vecinos por valores similares, tomando como base el periodo 2013-2018.

El análisis de autocorrelación espacial aplicado al **Programa de Acción Específico para la Prevención y Atención Integral de la Salud Mental y Adicciones**, permitió llegar a las siguientes consideraciones generales:

Las tasas de defunciones por abuso de sustancias y de suicidios en adultos tienen una tendencia creciente a medida que disminuye la densidad poblacional y donde hay menores oportunidades de atención, contraria a la tendencia de egresos hospitalarios por trastornos mentales por abuso de sustancias. En cuanto a la tasa de suicidios en adolescentes, las tasas medias son muy similares entre tipos de municipios, pero con menor variabilidad en municipios de mayor densidad de población.

En donde existe la posibilidad de hospitalización hay mayor potencial para evitar las muertes por sobredosis de sustancias psicoactivas y por intentos de suicidios con mayor oportunidad que en aquellos municipios donde no existan los recursos de hospitalización. Y son los municipios rurales los que se encuentran en una situación de desventaja.

Respecto a la atención de adicciones en centros de recuperación no gubernamentales, en el grupo de menores de 20 años, la distribución de tasas medias tiende a la baja hacia los municipios rurales y la dispersión al alta, lo que puede indicar que en dichos municipios rurales haya tanto valores muy altos como muy bajos. Sucede lo mismo con la tasa de adicciones total, en donde el indicador continúa a la baja hacia municipios rurales. Se puede observar un comportamiento inverso entre la tasa de atención de adicciones y la tasa de defunción por sustancias psicoactivas, por lo que incrementar las



tasas de atención podría ser un factor protector.

La situación de los recursos humanos según región, muestran que la razón de personal de salud mental es mayor en las regiones Norte y Occidente, seguida después por Sureste y finalmente la región Centro con la cifra más baja. En este resultado hay que tomar en cuenta la densidad de la población (que es muy baja en Norte y Occidente), es decir, es población dispersa y por lo tanto las razones se pueden elevar. En este punto entra la importancia de la accesibilidad para llegar a dichos recursos (que, para el Sureste, por ejemplo, es una variable desventajosa). En la región Centro, si bien hay mayor densidad de población, la buena accesibilidad juega a su favor.

En cuanto a los consultorios para la atención de salud mental, la cifra más baja se encuentra en el Occidente y el Sureste, lo cual refuerza el hallazgo anterior del personal de salud, dado que dicho personal podría encontrarse centralizado solo en algunas jurisdicciones (hospitales y consultorios) y no estar distribuidas con equidad por más que la razón de personal de salud parezca alta.

Respecto a los hospitales psiquiátricos, si bien la cifra total es muy baja, la región Centro es la más beneficiada por este recurso. Dado dicho resultado y teniendo en cuenta la utilidad que tienen las UNEMES como nivel intermedio entre primer y segundo nivel de atención, se identifica que en las regiones Norte y Occidente es donde se tiene mayor presencia estas unidades (CAPA y CISAME) en relación a la población y principalmente por lo que aporta Nuevo León y Jalisco. Por lo tanto, la región Sureste carecería tanto de hospitales psiquiátricos como de UNEMES.

Los servicios de salud mental y adicciones se distribuyen a lo largo del país, pero se encuentran de manera importante en el centro del mismo. Resalta el hecho de que la mayoría de los municipios rurales aparecen sin estos servicios, por lo que si tienen alguna necesidad de este tipo de atención acudirían a centros de salud sin especialidad o enfoque requerido.

Los resultados de recursos para la salud tienen que tomarse en cuenta a la luz de la accesibilidad que hay para llegar a ellos. En la región Sureste hay menor accesibilidad geográfica a unidades médicas de primer nivel, segundo nivel, UNEMES-CAPA y en general hacia una carretera pavimentada (que facilitaría el acceso hacia servicios de todo tipo). Asimismo, es la región con menor acceso a servicios de salud, es decir, cuando no se cuenta con afiliación a seguridad social; seguida por la región Norte que también cuenta con cifras desfavorables respecto a accesibilidad a unidades médicas de primer y segundo nivel, y la región Occidente presenta una cifra muy similar a la del Sureste en cuanto a la lejanía de las UNEMES-CAPA.

El análisis de Autocorrelación Espacial permite que, en general, las tasas de suicidio en



adolescentes congregan menor número de municipios que los suicidios en adultos, aunque solo en la región Centro esta tendencia es contraria. Las tasas de suicidios en adultos presentan dependencia espacial muy marcada en la región Norte y Sureste (Chihuahua y Campeche principalmente), en el resto del país, las tasas altas son aleatorias.

Respecto a las razones de recursos para salud mental, se ven muy limitadas tanto en personal como en infraestructura. Si bien las razones de médicos generales y unidades médicas de ambos niveles parecerían altas en algunas agrupaciones, la falta de accesibilidad geográfica podría hacer que se desaprovechen dichos recursos. Solo en la región Centro el porcentaje de población a más de una hora de una UNEME-CAPA es menor al 26%, en las otras tres regiones las agrupaciones presentan un porcentaje mayor a 40%.

En la región Centro, la accesibilidad geográfica es muy evidente, tanto para unidades de primer nivel como para hospitales y UNEMES-CAPA, así como acceso a carreteras pavimentadas. Esta condición podría estar afectando positivamente en que no se haya encontrado dependencia espacial por tasas altas de suicidios en esa región. Asimismo, dicha condición pudo afectar en la presencia de agrupaciones de tasas bajas para la mortalidad debido a trastornos mentales por abuso de sustancias.

Para los tres casos presentados se observan porcentajes altos de población con ingresos inferiores a la línea de bienestar; así como principalmente conformados por municipios con densidad de población baja (tipo rural, en transición y semi-urbanos).

Por lo anterior, aquí se propone que la priorización de acciones vaya en dirección de acercar los servicios de atención primaria a la población de los **659 municipios rurales**, para mejorar los porcentajes de accesibilidad respecto a tiempo y distancia de recorrido y con esto incrementar la equidad en la distribución de los recursos. Asimismo, enfocar acciones a las agrupaciones de **municipios con dependencia espacial** en las tasas de suicidio y mortalidad por trastornos por abuso de sustancias que fueron tan marcadas e identificables en el análisis de AE y que no serían solo rurales ya que estos municipios son vecinos de otra mayor densidad de población que formarían conjuntos de municipios prioritarios.

Lo descrito en estas páginas tiene el fin de identificar qué es lo que hay dentro de las agrupaciones de municipios prioritarios. Tomarlo en cuenta puede contribuir en enfocar acertadamente las acciones del programa, con énfasis en las agrupaciones con tasas altas de mortalidad.

La Territorialización, bajo la metodología de AE y en coordinación con otras herramientas, proporciona un punto de partida para abordar las problemáticas de



manera transversal (ámbito federal y local). Asimismo, dado su carácter procesual y dinámico, en conjunto con los avances en la transversalidad sectorial e intersectorial, las acciones territoriales podrán evolucionar en función de la transición epidemiológica, la generación de mejores indicadores y de sistemas de información, para cada área geográfica definida como prioritaria.

XI. Innovación en Salud

De acuerdo con la visión de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones de dar respuesta a prioridades nacionales en salud mental, y contribuir con los objetivos nacionales en el mejoramiento de la atención de los servicios de salud pública se encuentra el desarrollar, estructurar, y utilizar las innovaciones tecnológicas para llevar a cabo la implementación de las estrategias planeadas.

Dentro de los objetivos de la utilización de herramientas tecnológicas se encuentran:

- Proporcionar educación en salud mental y adicciones través de difusión en medios electrónicos a la población para las actividades de promoción y prevención
- Ejecutar acciones de salud pública y de vigilancia epidemiológica psiquiátrica
- Capacitar de forma continua a distancia a personal de salud, médicos generales y especialistas, enfermeras, trabajadores sociales y promotores de salud en materia de salud mental y adicciones, y reforzar la profesionalización de los equipos multidisciplinarios de la APS-I.
- Brindar asistencia médica especializada en psiquiatría a través de asesoría en diagnóstico y tratamiento a distancia de salud mental y adicciones a personal no especialistas en salud mental a través de mentoría a distancia
- Otorgar teleconsulta psiquiátrica y tratamiento especializado así como intervenciones en telepsicología

El campo de acción para el uso de la telesalud para la Salud Mental se puede distribuir en cuatro componentes principales que son

1. Capacitación
2. Asistencia
3. Gestión
4. Supervisión
5. Medición y Evaluación

La utilización de la telesalud con fines académicos constituye una parte fundamental del programa de formación continua para los distintos profesionales de la salud. El área clínica permitirá la valoración en 2 modalidades, ya sea con intermediario mediante la



supervisión de casos o de forma directa en videoconferencia para abordar los casos agudos y su evolución, y por otro lado brindar teleconsultas directas a pacientes. La gestión a través del ordenamiento de recursos tanto financieros, humanos, materiales permite la planificación de los servicios que concurren en el proceso de atención y la comunicación entre la atención primaria en los centros de primer nivel de atención y la asistencia especializada.

La implementación del componente de telesalud será multimodal y con la visión centrada en las necesidades de los usuarios y de la región para garantizar el acceso a los servicios de salud mental y adicciones con un alcance masivo.

Dado que puede estar enfocada en diversos aspectos de la atención, las intervenciones que emplea pueden tener diferentes ámbitos de aplicación y estar dirigidos a diferentes sectores. En la siguiente tabla se enlistan estrategias potencialmente aplicables al programa para la **Prevención y Atención Integral de la Salud Mental y Adicciones**.

POBLACIÓN OBJETIVO	MODALIDADES DE INTERVENCIÓN	APLICACIONES	ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES
Para personas usuarias	Salud Móvil (apps móviles) Centros de contacto Plataforma digitales Teleeducación (webinars, talleres) Teleconsulta (vía telefónica, web o videollamada)	Promoción de la salud. Difusión de material preventivo. Información y orientación. Tamizaje Gestoría de casos Seguimiento de casos. Apoyo a cuidadores(as) Acompañamiento en autoayuda. Establecimiento de programas de Telepsiquiatría y Telepsicología en los establecimientos de salud mental.	Ampliar los servicios y funciones de la Línea de la Vida incluyendo el acceso a la atención de prevención de suicidio, adicciones, violencia y otras afectaciones agudas de salud mental. Utilizar plataformas digitales para la integración de las acciones de la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones.



Para profesionales de salud	Teleeducación (Telementoría, webinars, diplomados en línea) Teleconsulta (Interconsultas)	Educación médica continua Capacitación Asesoría técnica. Redes integrales de servicios.	Impulsar la educación médica continua y capacitación del personal de salud mediante las TICs y utilizar los recursos para la adquisición y fortalecimiento de competencias y habilidades prácticas.
Para sistemas de salud y responsables de programa.	Videollamadas Sistemas de Gestión y organización de bases de datos	Actualización y evidencia. Asesoría gerencial. Aseguramiento de insumos.	Fortalecer las actividades gerenciales, la coordinación entre niveles y entre sectores, y el liderazgo a nivel estatal y local.
Para servicios de datos.	Sistemas de Gestión y organización de bases de datos	Sistemas de registro. Análisis de datos. Decisiones basadas en resultados.	Todas las acciones realizadas deberán formar parte oficial de los registros de atención.



XII. Transversalidad

A través de esta herramienta analítica, formativa, consultiva, dinámica y participativa se aportará al Sistema Nacional de Salud una visión global e integrada en Prevención y Atención Integral de la Salud Mental y Adicciones, centrada en una visión particular de la realidad social no contemplada, o no suficientemente integrada, estableciendo una estrecha participación intersectorial que permita generar sinergia de acciones para la resolución de problemas específicos, mejorar la integración sectorial y territorial, con una mayor consistencia y coherencia de los objetivos, estrategias y líneas de acción de los diferentes programas de acción.

Para este fin se plantean tres actividades bajo un esquema de participación transversal.

1. Recolección, producción y tratamiento de información.
2. Diseño e identificación de objetivos estratégicos y operativos, y formulación de políticas y estrategias.
3. Estructuración y gestión de redes relacionales internas y externas de carácter multilateral y bilateral.

Esquema de participación transversal

OBJETIVO ESPECÍFICO	ESTRATEGIA	TEMA DE TRANSVERSALIDAD
1. Consolidar la rectoría en salud mental y adicciones en el modelo de atención primaria de salud integral (APS-I) con un enfoque comunitario, intercultural, derechos humanos, perspectiva de 2. y sensible al ciclo de vida.	1.1. Fortalecer la coordinación con los 3 órdenes de gobierno para integrar las unidades de servicios de SMyA para fortalecer la implementación de APS-I. 1.2. Fomentar el cumplimiento de estándares internacionales y nacionales para la vigilancia sanitaria, epidemiológica y normativa en materia de SMyA. 1.3. Implementar políticas	1. Fortalecer la Atención Primaria de Salud Integral 2. Alineación con estándares internacionales y vigilancia epidemiológica 3. Políticas públicas nacionales



OBJETIVO ESPECÍFICO	ESTRATEGIA	TEMA DE TRANSVERSALIDAD
	públicas nacionales que contribuyan al bienestar mental de la población.	
2. Ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud.	2.1. Reestructurar los servicios de salud mental y adicciones para una atención integral. 2.2. Proveer capacitación en SMyA a personal de los servicios de salud para la formación de equipos multidisciplinarios de atención. 2.3. Fortalecer el desarrollo científico en las instituciones que proporcionan servicios de atención integral en SMyA.	1. Reestructuración de servicios 2. Capacitación y formación de recursos humanos 3. 3. Investigación
3. Garantizar el acceso de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.	3.1. Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y las adicciones. 3.2. Proveer servicios de atención y tratamiento integral, oportuno y de calidad para los trastornos mentales y las adicciones.	1. Promoción de la salud mental 2. Proveer servicios de atención 3. Ofrecer servicios para recuperación



OBJETIVO ESPECÍFICO	ESTRATEGIA	TEMA DE TRANSVERSALIDAD
	3.3 Ofrecer servicios para la recuperación de personas con trastornos mentales y adicciones.	

XIII. Epílogo: visión de largo plazo

El cambio de paradigmas hacia una atención integral de la salud mental y adicciones integrada en la APS-I con una visión de salud pública multidisciplinaria, con enfoque de género, comunitario, respeto de DDHH, para lograr en un periodo de 10 años la disminución de la brecha de atención en materia de salud mental, la prevalencia de los trastornos mentales, incluidos dentro de estos los relacionados a las adicciones y la carga global de la enfermedad.



Lista de Dependencias y Entidades participantes

- Administración Pública Federal.
- Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C
- Consejo Estatal contra las Adicciones.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos.
- Centros de Integración Juvenil, A. C.
- Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud.
- Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
- Comité Municipal contra las Adicciones.
- Comisión Nacional del Deporte.
- Comisión Nacional contra las Adicciones.
- Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA.
- Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en materia de Políticas de Lucha contra la Droga.
- Centro de Orientación Telefónica en Adicciones.
- Dirección General de Epidemiología
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- Estrategia Mundial para la Reducción del Uso Nocivo del Alcohol.
- Encuesta Nacional de Adicciones.
- Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México.
- Instituto Mexiquense contra las Adicciones.
- Instituto Mexicano de la Juventud.
- Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Instituto Nacional de Cancerología.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Daniel Cosío Villegas”.
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”.
- Instituto Nacional de Pediatría.
- Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa”.
- Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.
- Instituto Nacional de Salud Pública.
- Instituto Politécnico Nacional.



- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Observatorio Mexicano de Drogas.
- Organización Mundial de la Salud.
- Organización de las Naciones Unidas.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
- Organización Panamericana de la Salud.
- Organizaciones de la Sociedad Civil.
- Petróleos Mexicanos.
- Procuraduría General de la República.
- Plan Nacional de Desarrollo.
- Programa Sectorial de Salud.
- Servicios de Atención Psiquiátrica.
- Secretaría de Comunicaciones y Transportes.
- Secretaría de Economía.
- Secretaría de la Defensa Nacional.
- Secretaría de Marina.
- Secretaría de Educación Pública.
- Servicio Telefónico en Adicciones
- Servicios Estatales de Salud.
- Secretaría de Gobernación
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.
- Sistema Nacional de Salud.
- Sistema de Protección Social en Salud.
- Secretaría de Salud.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- Universidad Nacional Autónoma de México.
- Unidad Médica Especializada - Centro de Atención Primaria en Adicciones.



Bibliografía

- Acuerdo por el que se crea con carácter permanente la Comisión Intersecretarial para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia. (2013). Diario Oficial de la Federación. México. (11 de febrero de 2013).
- Aumento IEPS al tabaco. (2010). Los impuestos. Disponible en <http://losimpuestos.com.mx/aumento-ieps-al-tabaco/> (20 de Octubre de 2010).
- Comisión Intersecretarial para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia. (2013). Bases del Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia e Instalación de la Comisión Intersecretarial. Disponible en: <http://www.gobernacion.gob.mx/archivosPortal/pdf/Bases120213.pdf>.
- Comisión Nacional contra las Adicciones (2011). Programa de Acción Específico Prevención y Tratamiento de las Adicciones. Actualización 2011-2012. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/actualizacixn_2012.pdf
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2014). Consultas Interactivas. Consultado el 30 de julio 2014. Disponible en:
- http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Consultas_Interactivas
- Decreto por el cual se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley del IEPS. (2009,27 de noviembre). Diario Oficial de la Federación. México (2009)
- Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. (2011, 10 de enero). Diario Oficial de la Federación. México. (2011).
- Fundación Interamericana del Corazón-México (s.f.). Economía del Control del Tabaco en México. Disponible En: http://www.ficmexico.org/htdocs/resumenes/mexico_economia.pdf
- Gobierno de la República (s.f). Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Disponible en: <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>
- Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia. (2012). Diario Oficial de la Federación. México. (24 de enero de 2012).
- Mensaje a la Nación del Presidente de los Estados Unidos Mexicanos. Peña-Nieto, E. (2012 diciembre). Mensaje de Inicio de Gobierno y Decisiones Presidenciales en Palacio Nacional. Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/articulos-prensa/mensaje-a-la-nacion-del-presidente-de-los-estados-unidos-mexicanos/>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Informe 2012. Disponible en: http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2012/AR_2012_S.pdf



- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes: debemos detener el abuso y la proliferación sin precedentes de las "drogas legales". Disponible en: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/es/frontpage/2013/03/05-jife-precisamos-deter-o-abuso-e-a-proliferao-sem-precedentes-das-drogas-legais.html>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2014). Informe Mundial sobre Drogas 2013. Resumen Ejecutivo. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_drugs/WDR/2013/Executive_Summary_translation_-_Spanish_-_V1383706.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Glosario de términos de alcohol y drogas. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.
- Disponible en http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf
- Organización Mundial de la Salud (s.f). Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Última actualización: 22 de julio de 2014 14:56 CEST. Disponible en: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/
- Organización Panamericana de la Salud; Instituto Nacional de Salud Pública. (2009). Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2009.
- Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/GATS_2009.pdf
- Pacto por México (2013). Acuerdos para una Sociedad de Derechos y Libertades. Disponible en: <http://pactopormexico.org/PACTO-POR-MEXICO-25.pdf>
- Programa Sectorial de Salud 2007-2012 "Por un México Sano: Construyendo Alianzas para una Mejor Salud". (2008, 17 de enero). Diario Oficial de la Federación. México. (2008). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/pro170108.pdf>
- Secretaría de Salud. (2013). Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (Presentación en Adobe Reader. Disponible en http://www.hraei.gob.mx/doc/2013/prog_sectorial_salud.pdf
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público; Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2010). Guía para el diseño de Indicadores Estratégico.



México.

- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología (2013). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA): Informe 2012. Disponible en:
- http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_sisvea/informes_sisvea_2012.pdf
- Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones. (s.f).Guía para la Referencia/Contrarreferencia de usuarios a los servicios especializados en adicciones. Disponible en:
<http://www.iapa.df.gob.mx/work/sites/iapad/resources/PDFContent/1630/2refecontrarr13.pdf>
- Secretaría de Salud; Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. (2008). Programa de Acción Específica 2007-2012. Prevención y Tratamiento de las Adicciones. Disponible en
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE2007.2012_Adicciones.pdf
- Secretaría de Salud (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: Construyendo alianzas para una mejor salud. Disponible en:
- http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/ProNaSa_2007-2012.pdf
- Secretaría de Salud; Comisión Nacional contra las Adicciones; Centro Nacional de Planeación, Análisis e Información para el Combate a la Delincuencia; Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones; Centros de Integración Juvenil, A.C.; Centro Nacional para la Prevención y Atención de las Adicciones. Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas (2014). México, D.F. México: CONADIC; Disponible en: <http://plataformaomextad.salud.gob.mx:8080/>
- SPPS, CENADIC. Libro Blanco 2006-2012. Prevención y Tratamiento de las Adicciones. Capítulo X.1.1. Evaluación Concreta de Resultados al 31 de noviembre de 2012: http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/transparencia/libro_blanco.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2011. (United Nations Publication, Sales No. E.11.XI.10). Vienna, Austria. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf.
- Waters H, Sáenz de Miera B, Ross H, Reynales Shigematsu LM. La Economía del Tabaco y los Impuestos al Tabaco en México. París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias; 2010. pp. 14.
- Salvador Llivina, T., De Silva Rivera, A., Puerta Ortuño, C., Jiménez Roset, J., Alcaraz Velasco, A., Villar Lorenzo, A. B., Cascales García, I. (2010). *Guía de buenas prácticas*



y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias, Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo, Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Recuperado de http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/EG_Buenaspracticasprevencion_Murcia.pdf [Consultado el 14 de enero de 2019].



Glosario de Términos

Abuso de drogas. Uso inapropiado y continuo de drogas que provoca un daño o malestar notorio, expresado por una o más de las siguientes condiciones, en un periodo de 12 meses: consumo repetido de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa; consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir un automóvil bajo los efectos de la sustancia); problemas legales constantes relacionados con el uso de sustancias; consumo frecuente de sustancias, a pesar de tener problemas sociales causados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, violencia física).

Adicción: Enfermedad física y psico-emocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación.

Atención Integral de la Salud Mental. Es el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental. Comprende las actividades preventivas, de tratamiento y de rehabilitación integral.

Capacitación. Es un proceso de educación formal a través del cual, se proporcionan conocimientos para desarrollar habilidades, destrezas y actitudes, con el fin de que las personas capacitadas desempeñen de manera más eficiente sus funciones y actividades.

Carga global. Número de pacientes en una comunidad.

Carga global de morbilidad. Número de pacientes en el estudio de los efectos de una enfermedad en una población.

Cocaína. Droga estimulante y adictiva elaborada con las hojas de la planta de coca, nativa de América del Sur. Si bien los médicos pueden usarla con fines medicinales legítimos —como anestesia local en algunas operaciones quirúrgicas, por ejemplo—, el consumo recreativo de cocaína es ilegal. La cocaína que se vende en la calle tiene el aspecto de un polvo blanco fino cristalizado. A menudo, los vendedores callejeros la mezclan con sustancias como maicena, talco o harina para incrementar sus ganancias. También la pueden mezclar con otras drogas como la anfetamina (un estimulante) o con opioides sintéticos, entre ellos el fentanilo. Agregar opioides sintéticos a la cocaína es particularmente riesgoso cuando la persona que consume la droga no sabe que contiene otras sustancias peligrosas. La cantidad creciente de muertes por sobredosis de cocaína podría deberse a esta alteración de la droga.

Comorbilidad. Existencia de dos enfermedades en un mismo individuo.

Consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y drogas). Es el rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de sustancias psicoactivas, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos que actúan sobre el Sistema



Nervioso Central.

Cronicidad. Enfermedad larga, generalmente con una duración de más de seis meses.

Dependencia a las sustancias. Uso inapropiado y continuo de drogas que provoca un daño o malestar notorio, expresado por tres o más de las siguientes condiciones, en un periodo permanente de 12 meses: a) tolerancia o necesidad de consumir cantidades cada vez mayores para intoxicarse o lograr el efecto deseado; b) abstinencia o consumo de una sustancia para aliviar o evitar el malestar físico o psicológico; c) consumo frecuente y en cantidades mayores, o durante un período más largo de lo que inicialmente se hacía; d) deseo constante o esfuerzos inútiles de controlar o interrumpir el consumo; e) empleo de mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de drogas, en su consumo o en obtener los efectos deseados; f) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas; y g) uso continuo a pesar de conocer los problemas psicológicos o físicos que pueden reaparecer o ser persistentes.

Desinstitucionalización. El proceso por el que se pasa de mantener a las personas que sufren unas enfermedades mentales confinadas en hospitales psiquiátricos (manicomios), a fin de darles una atención integrada en la sociedad en un ambiente comunitario.

Detección temprana. Es una estrategia de evaluación que combina la identificación oportuna de trastornos mentales y/o del consumo de sustancias psicoactivas, y de los riesgos o daños ocasionados por ello, así como de la necesidad de referir a un tratamiento de manera oportuna.

Diagnóstico. Identificación de la existencia o no de una enfermedad fundándose en la exploración física y el análisis de los síntomas y signos clínicos, para determinar un padecimiento o condición clínica, auxiliándose para ello, en caso necesario, de estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Diagnóstico dual. Término general que se refiere a la comorbilidad o coexistencia de un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas y de al menos otro trastorno psiquiátrico en la misma persona.

Discriminación por motivos de discapacidad. Se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar, menoscabar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables.

Droga. Cualquier sustancia que previene o cura alguna enfermedad o aumenta el bienestar físico o mental. En farmacología se refiere a cualquier agente químico que



altera la bioquímica o algún proceso fisiológico de algún tejido u organismo (OMS, 1994).

Enfermedad o trastorno mental. Es aquella considerada como tal, en la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales vigente, de la Organización Mundial de la Salud.

Equidad. Justicia en la asignación de recursos o tratamientos entre individuos o grupos. En políticas de salud, equidad usualmente se refiere al acceso universal, a una atención a la salud razonable y a una justa distribución de la carga financiera en el financiamiento de la atención a la salud entre grupos de diferentes ingresos.

Estrategia. Es la descripción del camino a seguir por las grandes líneas de acción contenidas en las políticas del programa. Determina las directrices y orientaciones fundamentales para alcanzar los objetivos del programa e incluye prioridades, metas, criterios operativos y responsabilidades. Establece la selectividad y el ritmo de las acciones.

Etanol (alcohol etílico). Aquél de contenido alcohólico mayor de 55°GL, de uso industrial y no potable.

Evaluación. Proceso que permite conocer, mediante instrumentos y técnicas específicas, los logros y los resultados alcanzados por la aplicación de un programa. Al mismo tiempo, esta valoración brinda la oportunidad de hacer correcciones y ajustes para mejorar la operación del programa con el propósito de llegar a obtener mejores resultados.

Factores protectores. Son los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo desarrolle un trastorno mental o inicie un proceso adictivo.

Factor de riesgo. Es la condición o exposición de una persona o población, que está asociado a una mayor probabilidad de presentar un trastorno mental y/o del uso y abuso de sustancias psicoactivas.

Fentanilo. Fuerte opioide sintético similar a la morfina, pero entre 50 y 100 veces más potente. Es un fármaco recetado que a veces también se usa en forma ilegal. Al igual que la morfina, por lo general se receta a pacientes con dolores intensos, especialmente después de una operación quirúrgica. A veces también se usa para tratar a pacientes que sufren de dolor crónico y presentan tolerancia física a otros opioides. La tolerancia ocurre cuando se necesita consumir cada vez mayor cantidad de una droga o consumirla con mayor frecuencia para lograr el efecto deseado.

Grupo o personas de alto riesgo. Es aquél en el que se ha demostrado, a través de diversas investigaciones y estudios, que, por sus características biopsicosociales y de vulnerabilidad social, tiene mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia a



sustancias psicoactivas, ejemplo: niñas, niños y adolescentes, menores en situación de calle, madres adolescentes, entre otros.

Heroína. Es una droga opioide producida a partir de la morfina, una sustancia natural que se extrae de la bellota de la amapola, también conocida como “adormidera asiática”. La heroína suele presentarse en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra y pegajosa conocida como “alquitrán negro”.

Incidencia. Número de nuevos casos que se producen en un periodo de tiempo.

Indicadores. Denota mediciones individuales, como elementos específicos que reflejan directamente el atributo medido.

Interculturalidad. Es un concepto que define al proceso de conocimiento, reconocimiento, valoración y aprecio de la diversidad cultural, étnica y lingüística que caracteriza a México y que se manifiesta en las distintas formas culturales presentes en el país. Este proceso es un ejercicio epistemológico y ético, pues alude al contacto cultural como el encuentro de la diferencia básica existencial de la que somos parte. El conocimiento de la diversidad cultural constituye un primer acercamiento a la diferencia desde una posición de apertura tanto cognitiva como ética que posibilita el reconocimiento del otro, es decir, el impacto de esta diferencia. En tanto reconocemos, avanzamos en el contacto cultural, lo que influye en la identidad, en el sentido de que la tradición propia ya no se piensa como la única válida y legítima para construir la realidad.

Interdicción. Procedimiento mediante el cual se inhabilita o incapacita a una persona mayor de edad para ejercer o hacer valer los derechos por sí mismo.

Intervención breve. Es una estrategia terapéutica con un número limitado de sesiones durante un periodo breve, para ayudar a disminuir el consumo de drogas a través de consejería motivacional de tiempo limitado. En ella se ofrece una intervención estructurada de corta duración (normalmente, de 5 a 30 minutos) con el fin de ayudar a una persona a suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva o (con menor frecuencia) a resolver otros aspectos de su vida.

Instrumentos de tamizaje. Se refiere a la aplicación de cuestionarios de valoración breve que han asegurado su confiabilidad y validez y que sirven al profesional de la salud para detectar de manera temprana a personas vulnerables entre aquellas que no lo son; es decir, que están en riesgo de consumir sustancias adictivas, o bien, aquellas personas que ya las están empezando a consumir o que están en riesgo de desarrollar problemas más serios (abuso o dependencia).

Intoxicación aguda. Es el estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de la conciencia, en lo cognoscitivo, en la percepción, en la afectividad, en el pensamiento o en el comportamiento, o en otras



funciones y respuestas psicofisiológicas.

Marihuana. El término marihuana se refiere a las hojas secas, flores, tallos y semillas de la planta *Cannabis sativa* o *Cannabis indica*. La planta contiene tetrahidrocanabidol (THC), una sustancia química que provoca alteraciones mentales, además de otros compuestos similares. También es posible extraer concentrados de la planta de cannabis.

Meta. Es la expresión cuantificada de las acciones que se espera realizar en la aplicación del programa, en un tiempo y lugar determinados.

Metanfetamina. Droga estimulante que afecta el sistema nervioso central y es similar en estructura a la anfetamina. Debido al alto potencial que tiene para el abuso, la metanfetamina está clasificada como un fármaco de la Lista II de acuerdo con la Ley sobre Sustancias Controladas, y se puede obtener sólo por medio de prescripción médica no renovable.

Morbilidad. Estudio de los efectos de una enfermedad en una población.

Nicotina. Agonista de los receptores nicotínicos del sistema nervioso periférico y central, ejerce efectos notables sobre el SNC y cardiovascular.

Objetivos. Es la expresión cualitativa de los propósitos que se pretenden alcanzar en un tiempo y espacio determinados; además, especifican con claridad la finalidad de realizar una determinada acción.

Opiáceos. Sustancia que se usa para tratar el dolor o causar sueño. Los opiáceos se elaboran con opio o contienen opio. Los opiáceos se unen con los receptores de opioides del sistema nervioso central. La codeína, la heroína y la morfina son ejemplos de opiáceos. Un opiáceo es un tipo de analgésico.

Paciente (refiérase a Usuario). Individuo, persona significativa o agente de la comunidad que se presenta para recibir servicios de educación, prevención, intervención, tratamiento en salud mental y adicciones.

Participación social. Es una estrategia por medio de la cual, las instituciones del sector promueven la intervención de la comunidad para resolver de manera conjunta sus problemas de salud y lograr que los diversos ámbitos de gobierno respondan a sus necesidades y demandas. En oposición a un concepto de comunidad receptiva, la participación social implica el acuerdo entre las instituciones de salud y la comunidad y su impulso requiere de acciones de promoción, capacitación, comunicación y concertación.

Patrón de consumo. Conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e



intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.

Persona con Discapacidad. Toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás.

Prevención. La prevención puede definirse en sentido amplio como la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales para desarrollar trastornos mentales y el abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo.

Prevención de recaída. Comprende una serie de intervenciones terapéuticas estructuradas que se realizan con el objetivo de prevenir el retorno al consumo de alcohol y otras drogas o de intervenir en el proceso de recaída tras el inicio del cambio, para tratar de mantenerlo a largo plazo. Las estrategias de intervención tienen como finalidad anticipar las posibilidades de una recaída, así como reconocer y afrontar situaciones de riesgo que pueden precipitar el consumo de alcohol u otras drogas.

Prevención indicada. Es la intervención que se dirige a grupos de población con sospecha de consumo y/o usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar consumo perjudicial o la adicción.

Prevención selectiva. Es la que se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específico, por ejemplo, hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta, etc. Estos grupos se asocian al consumo de drogas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad. Asimismo, coadyuva a la atención a grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, entre otras.

Prevención universal. Es la que está dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención.

Programa. Es la descripción por escrito de una secuencia de acciones, afines y coherentes, por medio de las cuales, se pretenden alcanzar objetivos y metas previamente determinados en su planeación.

Promoción de la salud. Constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los



individuos con el fin de que incrementen el control sobre su salud para mejorarla, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. En este proceso, la participación desempeña un papel fundamental.

Promoción de la Salud Mental. Es una estrategia concreta, concebida como la suma de las acciones de los distintos sectores de la población, las autoridades sanitarias y los prestadores de servicios de salud encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud mental individual y colectiva.

Psicocirugía. Se entiende como psicocirugía a cualquier técnica o procedimiento quirúrgico y/o electrodos intracerebrales mediante el cual una o varias lesiones son creadas en el cerebro de una persona en una o en varias intervenciones, con el propósito de alterar los pensamientos, emociones o la conducta de una persona. La conducta de una persona no incluye conducta manifestada como parte de una epilepsia convulsiva generalizada, epilepsia no convulsiva, epilepsia parcial compleja simple, conducta secundaria a distimia y/o paroxismo cerebral; o conducta manifestada como resultado de un trastorno en ganglios basales.

Recaída. Es el reingreso al consumo de una(s) sustancia(s), después de haber disminuido o limitado su uso; ello a menudo suele reinstalar los síntomas de la dependencia.

Recuperación. Es el estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en todas las áreas de la vida del sujeto.

Redes sociales. Una red social está constituida por un grupo de personas, que interactúan unas con otras, y que podrían estar o no estar relacionadas. Las redes se forman en función de intereses comunes y, en relación al mantenimiento de la salud, constituyen relaciones o vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del soporte social a favor de la salud.

Reducción de la demanda. Las convenciones internacionales para el control de drogas usan este término en relación con el intento de disminuir la demanda de sustancias controladas por parte de los consumidores. Las estrategias de reducción de la demanda contrastan con las estrategias que intentan reducir la oferta, aunque en la práctica la reducción de la oferta y la demanda pueden ser complementarias.

Reducción del daño. En el contexto del alcohol y otras drogas, la reducción de daños se refiere a las políticas o programas que se dirigen a reducir las consecuencias negativas resultantes del consumo de alcohol u otras drogas, tanto sobre el individuo como sobre la comunidad en general, sin requerir necesariamente la abstinencia. Algunas estrategias de reducción de daños diseñadas para lograr un uso más seguro de las



drogas podrían, sin embargo, preceder a intervenciones posteriores para lograr la abstinencia total.

Reducción de riesgos. Medidas generales para la prevención de los trastornos mentales.

Referencia de usuarios. Procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso del usuario, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Rehabilitación. Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un nivel que permita compensar la pérdida de una función, así como proporcionarle una mejor integración social.

Rehabilitación psicosocial. Integrada en la prevención terciaria, ya que se ocupa de la prevención y reducción de la discapacidad asociada a trastornos mentales y conductuales, de modo que les permita reinsertarse a su ambiente.

Rehabilitación del paciente con adicción. Proceso mediante el cual una persona con un trastorno debido al consumo de alcohol y otras drogas alcanza un estado de salud, un funcionamiento psicológico y un bienestar social óptimos. La rehabilitación se dirige a la recuperación de todas aquellas áreas de vida reducidas en su funcionalidad para que la persona pueda vivir con autonomía y autosuficiencia.

Salud. La Constitución de la OMS de 1948 define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente gratificante y productiva.

Salud mental. El estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

Síndrome de dependencia. Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollarían después del uso repetido de una sustancia. Normalmente estos fenómenos incluyen un fuerte deseo de tomar la sustancia, pérdida de control sobre su uso, consumo persistente a pesar de sus consecuencias perjudiciales, priorización del uso de drogas por encima de otras actividades y obligaciones, tolerancia incrementada y síndrome de abstinencia cuando el uso de la



droga es interrumpido.

Sistema de referencia/contrarreferencia. Procedimiento médico administrativo entre u. operativas de los 3 niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de usuarios, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Sustancia psicoactiva o psicotrópica. Droga o sustancia psicoactiva es una sustancia que, ingerida, afecta a los procesos mentales, por ejemplo, la cognición o los afectos. Este término es equivalente a droga psicotrópica y es el término más neutral y descriptivo para toda la clase de sustancias, tanto legales como ilegales, que son de interés para la política sobre drogas. El término “psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia, y en el lenguaje común, se deja como tácito o no expresado, por ejemplo, en expresiones como “uso de drogas” o “abuso de sustancias”.

Tabaco. Es un producto de la planta “Nicotiana Tabacum” y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada, en las diferentes presentaciones, que se utilicen para ser fumado, chupado, mascado o utilizado como rapé.

Trastorno Mental. Es una condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables, el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente.

Tratamiento. Es el conjunto de directrices basadas en evidencia científica que tienen por objeto la paliación de los trastornos mentales y sus efectos, o en su caso, conseguir la abstinencia o la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.

Uso nocivo. Es el modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva, caracterizado por un consumo continuo, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso.

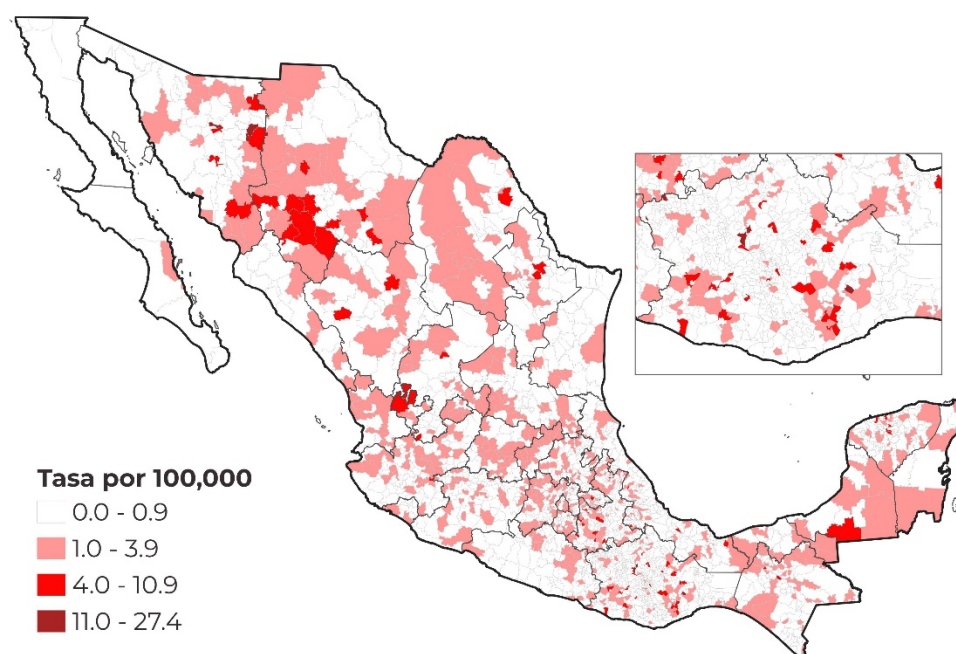
Uso de sustancias. Es el consumo de una sustancia psicoactiva que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica. El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. No obstante, que el uso de drogas siempre contribuye en el aumento del riesgo de la salud de la persona.



Anexos

Anexo 1

Figura A. Tasa de suicidios en adolescentes por 100,000 habitantes de 10 a 19 años, 2013-2018



Fuente: elaboración de la SPPS a partir de registros administrativos de defunciones de 2013 a 2018, INEGI/SSA y Proyecciones de población municipal 2010-20130 de CONAPO

Nota Metodológica. Total de defunciones por la causa lesiones autoinfligidas en adolescentes, del periodo 2013 a 2018 / población de 10 a 19 años de 2013 a 2018 *100,000. Estandarización con la estructura de grupos de edad de la república mexicana.

Tabla A. Promedio de los indicadores contextuales dentro de las agrupaciones identificadas a partir de la Tasa de suicidios en adolescentes por 100,000 habitantes de 10 a 19 años, 2013-2018

Indicador	Norte	Occidente	Centro	Sureste
Sociodemográficos				
Total de municipios	21	9	15	31
Total de población (2018)	611,059	360,253	2,281,137	427,937
Total de adolescentes (2018)	119,194	64,965	389,897	84,337
Porcentaje de población con ingreso inferior a la línea de bienestar (2015)	61.7	53.4	69.1	82.9
Porcentaje de población con rezago	27.8	25.2	23.9	33.8

Programa de Acción Específico

2020-2024

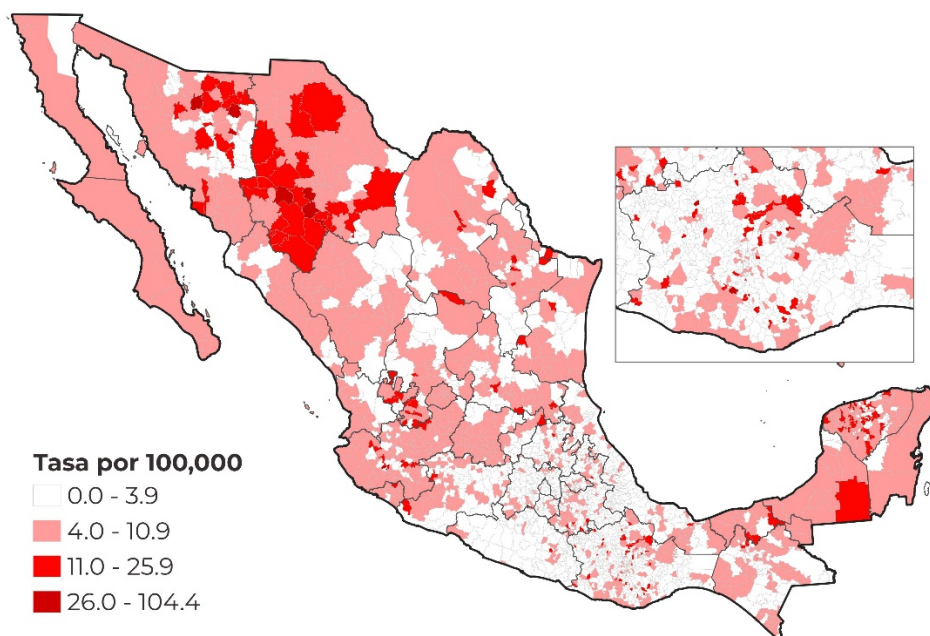
Indicador	Norte	Occidente	Centro	Sureste
educativo (2015)				
Porcentaje de población indígena (2015)	11.3	4.5	11.5	51.0
Porcentaje de población adolescente (2018)	19.5	18.1	20.2	20.4
Densidad de población por km2 (2018)	21.8	29.5	1017.4	83.8
Accesibilidad				
Porcentaje de población a más de 1 km de una unidad médica de primer nivel (2018)	49.7	19.1	23.3	30.5
Porcentaje de población a más de 1 hora de un hospital público (2018)	59.8	55.4	3.9	22.2
Porcentaje de población a más de 1 hora de una UNEME-CAPA (2018)	79.5	65.3	17.0	57.6
Porcentaje de población con accesibilidad muy baja (2018)	42.0	44.9	11.0	58.8
Oportunidades de atención				
Razón de Personal de salud mental (2018)	5.2	6.0	0.5	9.4
Razón de consultorios de salud mental (2018)	1.3	4.6	0.6	1.8
Razón de camas de psiquiatría (2018)	0.0	0.0	0.0	0.0
Razón de hospitales de psiquiatría (2018)	0.0	0.0	0.0	0.0
Razón de UNEMES - CISAME (2018)	0.0	0.1	0.0	0.0
Razón de UNEMES - CAPA (2018)	0.0	0.1	0.0	0.0
Razón de unidades médicas de primer y segundo nivel (2018)	6.3	9.7	2.4	5.2
Razón de médicos generales (2018)	32.7	27.5	3.6	50.0
Razón de promotores de salud (2018)	2.7	0.7	0.8	0.7
Porcentaje de población sin acceso a los servicios de salud (2015)	3.1	2.8	2.9	3.6

Fuente: EIC 2015, CONEVAL 2015 y 2018, SPPS 2020, DENUE 2020, DGIS 2020, CONAPO 2013



Anexo 2

Figura B. Tasa de suicidios en adultos por 100,000 habitantes de 20 años y más, 2013-2018



Fuente: elaboración propia a partir de registros administrativos de defunciones de 2013 a 2018, INEGI/SSA y Proyecciones de población municipal 2010-20130 de CONAPO

Nota Metodológica. Total de defunciones por la causa lesiones autoinfligidas en adultos, del periodo 2013 a 2018 / población de 20 años y más de 2013 a 2018 *100,000. Estandarización con la estructura de grupos de edad de la república mexicana.

Tabla B. Promedio de los indicadores contextuales dentro de las agrupaciones identificadas a partir de la Tasa de suicidios en adultos por 100,000 habitantes de 20 años y más, 2013-2018

Indicador	Norte	Occidente	Centro	Sureste
Sociodemográficos				
Total de municipios	73	36	9	96
Total de población (2018)	2,670,234	738,129	165,779	2,352,897
Total de adultos (2018)	1,705,472	474,147	102,445	1,536,700
Porcentaje de población con ingreso inferior a la línea de bienestar (2015)	58.1	46.3	81.2	73.5
Porcentaje de población con rezago educativo (2015)	26.7	22.4	29.2	32.4

Programa de Acción Específico

2020-2024

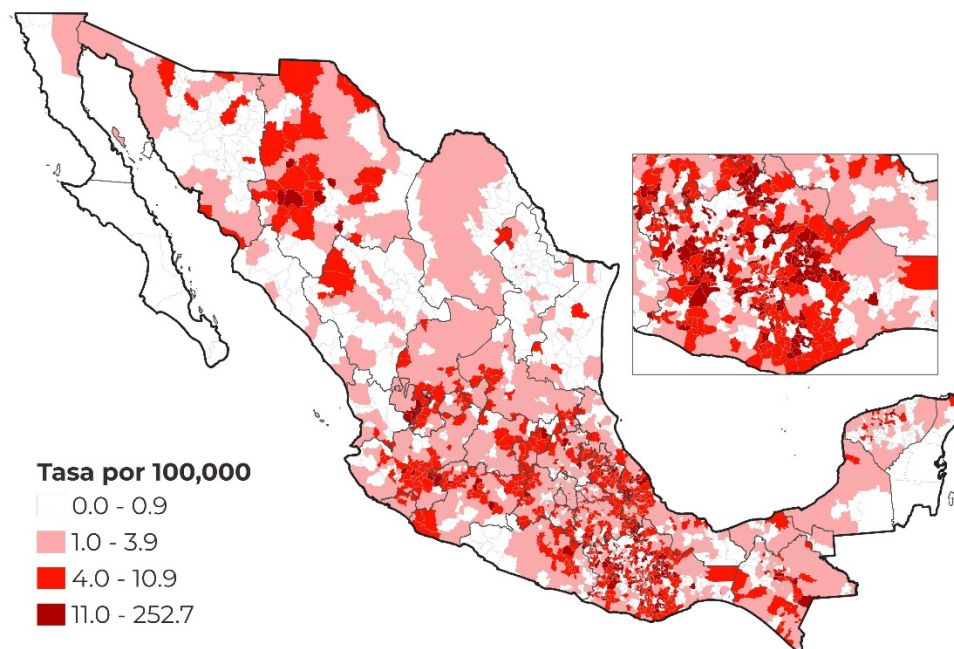
Indicador	Norte	Occidente	Centro	Sureste
Porcentaje de población indígena (2015)	10.9	3.7	12.9	62.6
Densidad de población por km2 (2018)	41.1	37.4	165.4	56.9
Accesibilidad				
Porcentaje de población a más de 1 km de una unidad médica de primer nivel (2018)	43.9	26.2	31.4	26.6
Porcentaje de población a más de 1 hora de un hospital público (2018)	45.7	20.5	9.5	24.2
Porcentaje de población a más de 1 hora de una UNEME-CAPA (2018)	61.1	69.6	25.2	47.7
Porcentaje de población con accesibilidad muy baja (2018)	35.8	27.4	11.9	41.5
Oportunidades de atención				
Razón de Personal de salud mental (2018)	4.0	1.4	0.8	1.5
Razón de consultorios de salud mental (2018)	1.4	0.5	0.2	0.6
Razón de camas de psiquiatría (2018)	1.7	0.0	0.0	0.0
Razón de hospitales de psiquiatría (2018)	0.0	0.0	0.0	0.0
Razón de UNEMES - CISAME (2018)	0.0	0.0	0.0	0.0
Razón de UNEMES - CAPA (2018)	0.0	0.0	0.0	0.0
Razón de unidades médicas de primer y segundo nivel (2018)	6.5	6.3	3.4	5.1
Razón de médicos generales (2018)	17.3	15.6	5.0	15.9
Razón de promotores de salud (2018)	2.1	0.7	1.6	0.5
Porcentaje de población sin acceso a los servicios de salud (2015)	2.9	2.6	3.1	3.5

Fuente: EIC 2015, CONEVAL 2015 y 2018, SPPS 2020, DENUE 2020, DGIS 2020, CONAPO 2013



Anexo 3

Figura C. Tasa de defunciones debido a trastornos mentales por abuso de sustancias psicoactivas por 100,000 habitantes, 2013-2018



Fuente: elaboración propia

Nota Metodológica. Total de defunciones por la causa F10-F19 en población de 15 años y más, del periodo 2013 a 2018 / población de 15 años y más, de 2013 a 2018 *100,000. Estandarización con la estructura de grupos de edad de la república mexicana.

Tabla C. Promedio de los indicadores contextuales dentro de las agrupaciones identificadas a partir de la Tasa de defunciones debido a trastornos mentales por abuso de sustancias psicoactivas por 100,000 habitantes, 2013-2018

Indicador	Norte	Occidente	Centro	Sureste
Sociodemográficos				
Total de municipios	43	15	27	220
Total de población	853,653	305,548	667,309	2,420,869
Porcentaje de población con ingreso inferior a la línea de bienestar (2015)	64.8	57.0	68.0	81.2
Porcentaje de población con rezago educativo (2015)	25.1	27.9	21.7	33.2
Porcentaje de población indígena (2015)	10.8	4.8	11.9	48.5

Programa de Acción Específico

2020-2024

Indicador	Norte	Occidente	Centro	Sureste
Porcentaje de población adolescente (2018)	19.2	18.8	19.0	19.8
Densidad de población por km2 (2018)	126.2	62.1	458.2	136.7
Accesibilidad				
Porcentaje de población a más de 1 km de una unidad médica de primer nivel (2018)	44.6	25.3	23.7	31.2
Porcentaje de población a más de 1 hora de un hospital público (2018)	37.7	28.7	4.8	29.4
Porcentaje de población a más de 1 hora de una UNEME-CAPA (2018)	54.3	50.9	17.9	61.5
Porcentaje de población con accesibilidad muy baja (2018)	25.1	23.0	23.8	53.2
Oportunidades de atención				
Razón de Personal de salud mental (2018)	5.8	5.2	0.7	3.0
Razón de consultorios de salud mental (2018)	2.0	1.5	0.3	1.3
Razón de camas de psiquiatría (2018)	0.0	1.2	0.0	0.0
Razón de hospitales de psiquiatría (2018)	0.0	0.0	0.0	0.0
Razón de UNEMES - CISAME (2018)	0.0	0.0	0.0	0.0
Razón de UNEMES - CAPA (2018)	0.0	0.0	0.0	0.0
Razón de unidades médicas de primer y segundo nivel (2018)	5.7	6.0	2.9	6.5
Razón de médicos generales (2018)	10.2	16.8	6.4	26.4
Razón de promotores de salud (2018)	1.5	0.4	0.5	0.8
Porcentaje de población sin acceso a los servicios de salud (2015)	2.9	2.9	2.8	3.6

Fuente: EIC 2015, CONEVAL 2015 y 2018, SPPS 2020, DENUE 2020, DGIS 2020, CONAPO 2013

Nota: El Programa de Acción Específico para la Prevención y Atención Integral de la Salud Mental y Adicciones 2019-2024 se conformó con los objetivos, estrategias y acciones puntuales de tres distintas unidades de la Secretaría de Salud Federal; los Servicios de Atención Psiquiátrica, la Comisión Nacional contra las Adicciones y el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental. Sin embargo, en cuanto se publique en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en el cual se conforma la nueva estructura de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones CONSAMA, el presente Programa deberá actualizarse de acuerdo a las nuevas atribuciones conferidas y en consecuencia establecer nuevos objetivos, estrategias y acciones puntuales.





SALUD

SECRETARÍA DE SALUD