

Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria

Eduardo Ángel Madrigal de León¹

Información y acontecimientos

El presente documento surge bajo el marco del Congreso Internacional de la Psiquiatría a la Comunidad en el 2015 y de la Reunión de Coordinación Interinstitucional y Estatal que analizó el panorama y la problemática actual de la salud mental en México. Con posterioridad, un panel de 13 expertos, pertenecientes a la Secretaría y los Servicios de Salud de la Ciudad de México, los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) y dirigentes de los servicios de salud mental de los Estados de Jalisco, Guanajuato, San Luis Potosí y Sonora, trabajaron en problemas prioritarios con el objetivo de realizar propuestas que contribuyan al fortalecimiento de la atención en materia de salud mental en México.

Los estudios epidemiológicos muestran, a nivel mundial, una alta prevalencia de los trastornos mentales (TM) oscilando entre 12.2 y 48.6% en el curso de la vida de una persona,¹ lo cual contribuye de manera importante a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematuras de la población.

En México, en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) de 2001-2002 se observó que 28.6% de la población presentó algunos de los 23 TM alguna vez en su vida, y solamente uno de cada 10 sujetos con un TM obtuvieron atención.²

Hoy día, la atención integral de las enfermedades es un enorme desafío para las instituciones de salud pública y privada. Para avanzar en el corto, mediano y largo plazo, las estrategias o ejes seleccionados son:

1. Implementación de una red de salud mental.
2. Desarrollo de programas para mejorar la adherencia terapéutica.
3. Desarrollo de un sistema único de información en salud mental.

Para cada uno de estos ejes se discutieron experiencias exitosas de los Estados participantes y se detectaron las necesidades y limitantes proponiendo estrategias de acción.

EXPERIENCIAS EXITOSAS

Ciudad de México

La Secretaría y los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México cuentan desde hace años con un avanzado programa operativo en el primer nivel, organizado en tres ejes de programación de actividades: promoción de la salud mental, detección oportuna y atención médica psiquiátrica y psicológica en los módulos de salud mental.

Guanajuato

La atención a la salud mental se ofrece por medio de cuatro programas:

- Atención a la salud mental: cuenta con varios Centros Integrales de Salud Mental (CISAME) y una línea de atención en crisis psicológica, todo ello debidamente coordinado y funcionando como una red de servicios.
- Prevención y atención a las adicciones: centros de rehabilitación, Coordinación de Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA) y coordinación estatal.
- Prevención y atención de la violencia.
- Comisión estatal de la conducta suicida.

Jalisco

El Instituto Jalisciense de Salud Mental conocido como SALME, organiza su atención por medio de dos hospitales para pacientes agudos y crónicos, y nueve Centros Integrales de

¹ Dirección General de los Servicios de Atención Psiquiátrica. Secretaría de Salud.

Correspondencia: Eduardo Ángel Madrigal de León. Dirección General de los Servicios de Atención Psiquiátrica. Secretaría de Salud. Paseo de la Reforma 450-1, Juárez, Cuauhtémoc, 06600 Ciudad de México. Tel: 5062 - 2311. E-mail: emadrigaldeleon@gmail.com

Salud Mental (UNEME/CISAME), funcionando en red en todo el Estado.

San Luis Potosí

Cuentan con un Sistema de Control de Pacientes (SI-CONPAC) en unidades de primer nivel, hospitales básicos y segundo nivel para identificar a los pacientes en la zona de influencia de cada unidad, asegurar que se identifican necesidades específicas de insumos y determinar el abastecimiento de unidades con base en las necesidades detectadas.

Sonora

En Sonora el programa de psiquiatría comunitaria tiene como objetivo lograr la plena integración de los servicios de salud mental a los distintos niveles de atención a la salud, atendiendo los factores de riesgo, fomentando los factores protectores y el desarrollo humano, involucrando al personal de salud y promoviendo la participación activa de la población.

La telemedicina y la capacitación al personal de atención primaria, así como el programa de capacitación a medios de comunicación (SOS Mental) forman parte de este innovador programa.

EJES FUNDAMENTALES

Red de salud mental

En los Estados se identificaron problemas recurrentes, diferencias marcadas en infraestructura, asignación presupuestal, organización de los servicios, registros y bases de datos así como discrepancias en la normatividad vigente, su interpretación y aplicación. Por ello, para reducir la brecha entre la carga que representan los TM y el presupuesto asignado para su atención, se requiere de un mayor financiamiento y un uso más racional de los recursos,³ contar con una ley general de salud mental unificada y armonizada con las leyes de salud mental de los Estados, que contenga y prevea la participación organizada de la sociedad por medio de Consejos Estatales y Nacional de Salud. La premisa deberá ser la cobertura universal de atención a las enfermedades y enfermos mentales en los tres niveles.

Adherencia terapéutica

En este proceso intervienen: el paciente, la enfermedad, los tratamientos farmacológicos y psicológicos, los factores inherentes propios del trastorno que se padece (como la incapacidad de tener conciencia de la enfermedad) y las diversas redes de apoyo (familia, sociedad y sistemas de salud). El personal de salud debe estar correctamente capacitado,

con formación y actualización sobre los TM para poder brindar un manejo adecuado. Además, se debe de considerar la disponibilidad y el tipo de fármaco con el cual se cuenta en las instituciones de los diversos niveles de atención.

El grupo de medicamentos de larga duración (de depósito) representan una ventaja en cuanto a la facilidad de prescripción mejorando la adherencia terapéutica y resultan una aportación importante para el control, estabilidad de la enfermedad y del paciente. Sin embargo, existe un déficit de insumos del cuadro básico de medicamentos y la inclusión de nuevos fármacos difícilmente ocurre porque no se puede justificar la necesidad frente a un bajo reporte de la incidencia de enfermedades mentales, ocasionada por registros y subregistros parciales.

Es importante ampliar, unificar y homologar los registros así como contar con herramientas suficientes para realizar estudios de farmacoeconomía completos como ensayos clínicos, metaanálisis y una evaluación de tecnologías que aporten sustento y justifiquen tanto la revisión del catálogo de medicamentos y otros insumos, como la solicitud de permanencia, inclusión, modificación o exclusión de un insumo del cuadro básico y el catálogo de medicamentos. Así también, es de importancia el desarrollo de programas de educación médica continua para personal médico y paramédico de los diversos niveles de atención a la salud.

Sistemas de información en salud mental

Los beneficios que aporta un sistema de información de salud mental (SISM) son: ayudar a los proveedores de servicios a registrar y monitorizar las necesidades de los usuarios, y aportar una vía para informar de las intervenciones usadas por lo que se vinculan con la mejora continua de la calidad del servicio.

Actualmente se cuenta con ejemplos claros y aplicables de propuestas de SISM de algunos Estados. Conviene tomar como ejemplo las avanzadas y exitosas para aplicarlas a los tres niveles de atención y, de esa manera, homologar y uniformar los registros de actividades internas (consultas, hospitalización). Por ejemplo, en el primer nivel se puede aplicar y adaptar el sistema de información con el que cuenta la Ciudad de México; integrar un sistema de registro de pacientes en los tres niveles, como el de San Luis Potosí, en donde los médicos de cualquier nivel de atención en salud pueden consultar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Se puede crear un expediente clínico unificado que contenga puntos clave para señales de alerta para cualquier médico de cualquier nivel y proponer un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental.

Las tres estrategias presentadas están además alineadas con la política de universalización de los servicios de salud en general, la portabilidad del expediente y la unificación e integración de servicios entre las diferentes instituciones prestadoras de salud; como lo recomienda la Organización

para el Desarrollo Económico (OCDE) y el Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno Federal actual.

Las personas con trastornos mentales tienen el derecho de ser atendidas al menos con los mismos estándares con los que se atienden el resto de las enfermedades por parte del Sistema de Salud de México. Frente al rezago histórico, los profesionales que trabajamos en el campo debemos tener conciencia de que la construcción de un sistema de atención integral, con cobertura universal y estratificado por niveles para que la detección y el tratamiento sean oportunos, será una tarea larga, escalonada y que requiere de voluntad política, recursos financieros y estrategias para desarrollar programas con visión de mediano y largo plazo. En el grupo de trabajo que elaboró el presente documento presentamos las tres es-

trategias que consideramos pueden ser punto de partida para corregir este rezago y orientar los pasos al futuro con bases sólidas y caminos que aseguren el cumplimiento de las metas.

REFERENCIAS

1. Kohn R, Saxena S, Levava I et al. The treatment gap in mental health care. *Bulletin World Health Organization*. 2004;82(11):858-866.
2. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment* 2003;26(4):1-16
3. Berenzon Gorn S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza ME, Aparicio Basauri V et al. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev Panam Salud Pública* 2013;33(4):252-258.