

Reforma de los sistemas de salud y atención a padecimientos de orden mental o emocional

| Norma González González y
Sureima Selene Alamillo González
Universidad Autónoma del Estado de México

Resumen

En el marco de la reforma de los sistemas de salud, puesta en marcha en México a partir de la década de los ochenta del siglo XX, se han creado nuevos escenarios a partir de los cuales se pretende introducir una serie de cambios en la administración de los servicios de salud, lo que a la larga propicia o limita una mayor capacidad de atención, en su caso, canalización de pacientes que presentan “problemas” de orden emocional. Hoy en día, el desempeño profesional de la medicina al interior de una institución pública se halla marcado por el cumplimiento de requerimientos normativos y organizacionales que introducen conceptos tales como calidad, productividad, relación costo-beneficio, “atención al cliente-usuario”, entre otros; sin duda, ello tiene un significativo impacto en la manera a partir de la cual el médico asume y maneja su relación con el paciente. El presente ensayo lleva a cabo una aproximación en torno a la visión e interpretación que, en este escenario de cambios, el médico que se desempeña en el primer nivel de atención en salud tiene en relación con la prestación de un servicio que se ha mostrado incapaz de responder a necesidades de atención que parten de una naturaleza diferente a aquella con la que tradicionalmente se ha venido diagnosticando y tratando a los llamados padecimientos de orden orgánico.

Palabras clave

Servicios de salud, enfermedades mentales, salud pública, salud y cultura, y reforma del sector salud.

Clasificación JEL: H51, I10, I18

Abstract

In the framework of the reform of the health systems, launched in Mexico from the decade of the eighties of the twentieth century, have created new scenarios on the basis of which it is intended to introduce a series of changes in the management of health services, which in the long run conducive or limits a greater capacity for attention, in your case, channeling of patients presenting with “problems” of emotional order. This essay perform an approximation on the vision and interpretation in this scenario of changes, the doctor who plays in the first level of health care, has in relation to the provision of a service that has shown itself incapable of responding to needs of attention which is based on a different nature to that traditionally has been diagnosing and treating ailments of the so-called organic order.

Keywords

Health services, mental illness, public health, health and culture, and health sector reform.

Recibido: 16 de agosto de 2012.
Aceptado: 13 de diciembre de 2012.

Reforma de los sistemas de salud y atención a padecimientos de orden mental o emocional

Norma González González y
Sureima Selene Alamillo González

Proceso de reforma y problemática en el campo de salud

La salud ha sido abordada y reconocida como fuente de poder y legitimación social (Rodríguez y De Miguel, 1990; Foucault, 1996; Foucault, 1999), por lo que no es de extrañar el peso y la polémica que suscita, ocupando espacios de reflexión científica y acción política y social. En este sentido, los cambios que actualmente se producen en el sector salud suponen una importante modificación en los términos en que este fenómeno ocurre en la sociedad y es reconstruido con motivo de su análisis, investigación e intervención social y gubernamental. Se trata de transformaciones que desbordan no sólo la esfera aséptica de lo técnico administrativo, sino que de manera directa se relacionan con la forma en que socialmente se organiza la administración de los servicios de salud, y públicamente se discute acerca de este fenómeno.

El proceso de reforma del sector salud iniciado en México en los años ochenta ha sido abordado desde diferentes perspectivas de análisis, así como de temáticas en que se intenta identificar la problemática por la que atraviesa (Homedes y Ugalde, 2002; Ornelas, 1998; Laurell, 1996). En el plano del discurso gubernamental, se suele hacer referencia a viejos rezagos, como enfermedades infecciosas y padecimientos relacionados con la nutrición, así como al significativo incremento de las llamadas enfermedades crónico degenerativas (en algún momento referidas como enfermedades del desarrollo), entre ellas diferentes tipos de cáncer, enfermedades cardio y cerebro vasculares, padecimientos de orden endocrino como diabetes mellitus tipo 2; más recientemente se ha empezado a llamar la atención en torno a la denominada obesidad mórbida, a la cual se asocia una importante cantidad de enfermedades (SSA, 2001).

También, en este complejo panorama, se alude al resurgimiento de padecimientos que desde hace décadas habían dejado de representar

un problema de salud pública: cólera, tuberculosis, fiebre amarilla, sarampión, entre otros; a ello se agrega el reto que representa la presencia de enfermedades “nuevas”, para las que no existía ni conocimiento médico previo, ni experiencia en términos de planeación y administración, capaz de enfrentar las condiciones sociales, económicas y culturales que ellas conllevan, como el Sida, el ébola, más recientemente la epidemia de influenza H1N1 registrada en México a mediados del año 2009, que fue motivo de preocupación y de la toma de controvertidas medidas a escala tanto nacional como internacional.¹

Dentro de todo este marco, como se ve a continuación, la salud mental ha sido un área de conocimiento y atención situada en un plano secundario como parte de la agenda de trabajo de la Secretaría de Salud (SSA) (SSA, 2007).

En el *Programa de reforma del sector salud 1995-2000* (SSA, 1994) se habla de una mayor participación de la sociedad en la definición de acciones encaminadas a la atención y cuidados sanitarios; se refiere también a la importancia de reconocer las grandes disparidades regionales en términos no sólo de desarrollo económico sino de naturaleza cultural que caracterizan al país; en este sentido se plantea la necesidad de una política en materia de salud que, en su hechura, responda a esa diversidad social y cultural. Sin duda, algo significativo de rescatar en este contexto tiene que ver con la manera en que en la esfera de la administración de los servicios de salud se ha integrado una serie de paradigmas de calidad, así como de estrategias de organización, que dan cuenta de una nueva visión a partir de la cual, desde la función de gobierno, se elabora un discurso orientado a atender los problemas de salud que se presentan en el seno de la sociedad (Arellano *et al.*, 2000; Cardozo, 1998). Se trata de una atención y cuidado definidos a partir de estándares de “productividad y calidad” que, como parte del proyecto de reforma, ha venido haciendo suyos la SSA, adaptando y adoptando visiones de administración y de trabajo planteadas desde el ámbito de la gestión privada (SSA, 1994; Laurell, 1996; Bañón y Carrillo, 1997; Ornelas, 1998).

Así, en el marco de la discusión y el conocimiento social de estas transformaciones, el contenido y desarrollo del presente documento también presentan un primer acercamiento al trabajo con médicos cuyo ejercicio profesional en el primer nivel de atención tiene lugar

¹ Aunque por cuestiones de tipo social y cultural el VIH/SIDA, ha tenido un fuerte impacto sobre el imaginario colectivo, existen otros “nuevos padecimientos” que en igual medida significan un reto de salud muy importante, dado que representan una importante carga económica, como p. ej; lo que ocurrió recientemente con la influenza tipo H1N1.

en clínicas y hospitales que brindan atención a la población abierta, aquélla que forma parte del régimen de atención para quienes no cuentan con seguridad social;² se trata de tres médicos que se han desempeñado como profesionales en diferentes estados del país y, a partir de esta experiencia, refieren su percepción en cuanto a un perfil de padecimientos que en las últimas décadas se ha hecho cada vez más visible y para la atención de los cuales no recibieron una preparación profesional.

En los servicios institucionales que presta el primer nivel de salud a pacientes ambulatorios no se advierte la incorporación de una estrategia de atención integral asumida en los planes y programas institucionales.

Conviene destacar que en los servicios institucionales que presta el primer nivel de salud a pacientes ambulatorios (es decir, aquellos que no requieren de hospitalización) no se advierte la incorporación de una estrategia de atención integral asumida en los planes y programas institucionales; en este sentido, en el Programa Nacional de Acción en Salud Mental 2001-2006 se mencionaba:

Frente a un panorama con las dimensiones descritas, los principales problemas que enfrenta el Sistema Nacional de Salud, en términos de su capacidad de respuesta a los problemas de salud mental, son entre otros, la infraestructura insuficiente con una distribución inadecuada y de difícil acceso, personal especializado también insuficiente y mal distribuido (SSA, 2002: 8).

Ello claramente da cuenta del limitado peso que ha tenido este campo de intervención y responsabilidad social, ocupando un lugar secundario frente a la ya de por sí desgastada y cuestionada acción gubernamental en el ámbito sanitario.

El presente abordaje es realizado a partir de un escenario de cambio institucional en el que el médico desarrolla su ejercicio profesional, visible a partir de la relación que establece con la sociedad. Como se ha mencionado, este trabajo se refiere al médico que labora en la SSA atendiendo a la población abierta; así, más allá de criterios administrativos y económicos que parecen acercar posiciones –además de diluir la diferencia entre lo público y lo privado (Cunill, 1997; Cunill y Bresser, 1998)–, para efectos del análisis y la investigación en

² En México, la Secretaría de Salud (SSA) es la instancia gubernamental encargada de normar, coordinar y evaluar la política nacional de salud, así como de prestar atención a la llamada población abierta, que se encuentra fuera de la atención de la seguridad social, y, por tanto, es objeto de la acción asistencial de parte del Estado.

ciencias sociales, el trabajo que se realiza en el ámbito de la prestación de servicios públicos difiere del que se lleva a cabo en instituciones privadas de salud; en cada caso, la construcción y el tipo de relaciones sociales e institucionales mantienen la distinción de actores y procesos con orígenes e implicaciones económicas y políticas diferentes.³

Asimismo, este documento tiene que ver con el interés por rescatar y conocer la vivencia que enfrenta cotidianamente el médico, desde su práctica racionalizada (construida organizacional y jurídicamente);⁴ esto remite a un conjunto de matices y elementos que escapan a la formalización de la atención, la cual permite ver únicamente aquellos factores que privilegian el control administrativo. Con esto último se deja de lado otros procesos y relaciones presentes en el ejercicio diario del médico, en particular respecto a su propia experiencia profesional, en la que se desdibujan no sólo los marcos administrativos sino las fronteras mismas de ese concepto idealizado de la medicina, en tanto práctica científica que ha apostado por la objetividad –en ese sentido, pretendidamente al margen del “virus de la subjetividad”–; desde esa perspectiva, se percibe el empeño en defender la cada vez más desgastada posición de una rama del conocimiento que fracasa en su ofrecimiento de una respuesta tecnológica definitiva a los problemas de salud característicos de la sociedad moderna (Garrett, 1996; AIEPI, 1999).

En el caso de la salud mental, se enfatizan las condiciones en que, dentro del nuevo escenario de “calidad y calidez”, el médico ha de llevar a cabo formalmente una actividad profesional con capacidad

³ Más allá de la discusión vigente entre lo público y lo privado, es necesario señalar el tipo de médico(s) y de práctica(s) médica(s) con que en la actualidad nos enfrentamos, ya que en el otro extremo se encuentran quienes se desempeñan en el sector privado, formando parte de una dinámica de trabajo también específica, con objetivos y criterios de atención distintos, y que sirven de guía a las instituciones privadas de salud. En ambos espacios, la atención se halla marcada por una construcción diferente, con consecuencias e implicaciones fundamentales en términos de análisis e investigación social.

⁴ Como parte del desarrollo del proyecto de investigación “Emociones y salud pública. Una revisión teórica para la implementación de intervenciones sociales”, se ha realizado una fase de entrevistas de campo a profesionales de la salud, para rescatar su percepción y vivencia cotidiana respecto a la atención y diagnóstico de padecimientos definidos desde el campo de los llamados padecimientos mentales. Aquí se refieren parte de los resultados de las entrevistas llevadas a cabo con tres médicos. En los espacios tanto urbanos como rurales, el médico del primer nivel de atención constituye el referente al que acude la población sin seguridad social, tratando de resolver u obtener alguna respuesta de cara a los malestares que experimenta y que, en muchos casos, terminan relacionándose con el campo de la salud mental. El proyecto se halla adscrito al centro de investigación de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Autónoma del Estado de México.

para detectar, diagnosticar, tratar y, en su caso, canalizar a los pacientes con padecimientos de orden emocional, quienes no necesariamente requieren de una prescripción farmacológica, que va de la mano de los más recientes aportes neurofarmacéuticos; cabe señalar que estos medicamentos son presentados de manera sistemática como la solución a este tipo de padecimientos,⁵ con lo cual se deja de lado toda una discusión social, histórica, cultural, política y económica que, sin duda, remite a un marco más amplio de reflexión e intervención que cuando se apuesta únicamente al tratamiento farmacológico.

En el balance crítico del trabajo hecho hasta el momento, existe un claro reconocimiento respecto a los límites de la tecnología para atender y solucionar los requerimientos de salud. El análisis y la discusión actual permiten reconocer que, por sí sola, la tecnología es incapaz de solucionar los problemas de salud que padece una sociedad; se requiere considerar toda una serie de elementos de orden social y cultural que posibiliten un impacto favorable en la llamada problemática de la salud, además de servir de contrapeso al desarrollo y uso indiscriminado de la tecnología. Incluso los fármacos de última generación no sólo están lejos de contribuir al bienestar del ser humano, sino que representan un peligro potencial, ya sea por sus documentados efectos secundarios o por la tendencia cada vez más clara hacia la medicalización de la vida, con todo el cúmulo de connotaciones económicas y políticas que acompaña a este proceso.

Emergencia de los problemas de orden mental o emocional

En México, existe un trabajo muy limitado en torno a la atención de la salud mental (Ajenjo, 1997). En el pasado se han realizado importantes investigaciones que dieron cuenta de la manera en que el primer nivel de atención en salud constituye el mecanismo de contacto entre la población y el otorgamiento de un servicio que, como en el caso que ocupa a esta investigación, no siempre responde a las necesidades y expectativas de la población usuaria de los servicios (Roses, 2005; Medina-Mora, 2003; De la Fuente, 1988), sobre todo en un ámbito

⁵ Parte importante de la crisis por la que actualmente atraviesa la medicina se halla ligada al reconocimiento del hecho de que el uso de la tecnología médica ha puesto a los seres humanos en una condición donde los beneficios marginales que aporta suelen ser mínimos, y a menudo inferiores a los riesgos o costos que supone. Uno de los casos más paradigmáticos es el carácter agresivo de los medicamentos y sus secuelas (efectos secundarios que suelen provocar). El caso de los fármacos psicotrópicos es un claro y documentado ejemplo en este sentido.

de conocimiento y atención cuya presencia se reconoce oficialmente como cada vez más valiosa. Lo cierto es que persisten las lagunas de información: “Los problemas de salud se han incrementado drásticamente en las últimas décadas [...] Los datos sugieren que los problemas mentales están entre los que más contribuyen a la carga global de enfermedades y discapacidades” (SSA, 2002a: 3). Lo mismo puede decirse sobre las cifras del problema: “La dimensión y características de las enfermedades mentales no son ampliamente conocidas y es difícil, aún ahora, encontrar estadísticas confiables sobre la epidemiología, así como sobre el impacto en el bienestar de la población” (SSA: 2002a: 5).

Siguen siendo muy escasos los estudios en materia del registro de indicadores y variables para dimensionar la problemática en términos de un acercamiento epidemiológico, así como en relación con la existencia y formación de especialistas en este campo; asimismo,

El modelo económico neoliberal ha obligado a reducir y replantear el gasto social, dentro del que la salud ha sido uno de los ámbitos más golpeados, siendo la salud mental uno doblemente castigado en términos de canalización de recursos económicos.

es necesario que éstos cuenten con la preparación y la capacidad para llevar a cabo un trabajo de campo que llene las expectativas de una demanda creciente y cada vez más compleja en cuanto al diagnóstico y tratamiento médico, pero también principalmente de tipo social.

Respecto a la población, a pesar de los cambios y la manera en la que desde diferentes vías el fenómeno ha venido ganando terreno en los medios de comunicación, por ejemplo, debe puntualizarse que se mantiene un profundo desconocimiento acerca del tema. Ello contribuye a que la búsqueda de atención médica acabe por identificarse con padecimientos atribuibles al campo de atención y conocimiento de la medicina orgánica; quienes padecen episodios de estrés, depresión o ansiedad (entre las descripciones médicas más usadas) somatizan estos padecimientos, de tal forma que, en la búsqueda de ayuda, una considerable parte de estas personas recurre como primer auxilio a un “médico general”, quien no tiene formación ni capacitación para atender este tipo de enfermedades y, en este sentido, es incapaz de ofrecer apoyo real al paciente.

El estigma es una de las grandes cargas que deben soportar las personas con padecimientos mentales. La tendencia de quienes son diagnosticados con algún padecimiento propio de la salud mental a rechazar (muchas veces a autorrechazar) y a asumir que requieren de algún tipo de apoyo para superar una condición de malestar emocional y psicológico, forma parte de la discriminación que sufren. Considérese

que hasta hace muy poco tiempo, a finales del siglo XX, la alusión a algún padecimiento mental era visto a la luz del sentido más grotesco de la locura, con las consecuencias de apartamiento social que ello traía consigo. En la actualidad, aun en condiciones diferentes, en cierta medida persiste el miedo y la vergüenza de aceptar que se necesita ayuda para contribuir a lograr un sentido y equilibrio emocional que, a su vez, permita y mantenga el contacto y las relaciones del individuo no sólo con el mundo exterior, sino al interior del mismo. Actualmente, esto último, da paso a reflexiones y análisis acerca de la condición que tiene la existencia del hombre moderno, lo cual ha generado términos como la sociedad del vacío, el amor y la sociedad líquida, entre otras apuestas conceptuales para hacer comprensible una realidad que alude tanto a lo objetivo y a lo material de la vida, como al sujeto, a la vida cotidiana, a ese referente y sostén cultural de la sociedad (Lipovetsky, 1998; Alexander, 2000; Bauman, 2009).

El hecho de que los padecimientos mentales (que aquí son referidos como emocionales) presenten un acendrado proceso de naturalización, propicia que estados prolongados de estrés, ansiedad o depresión sean asumidos como algo normal y pasajero, de tal forma que cuando se busca ayuda, el diagnóstico suele orientarse hacia la prescripción farmacológica, como parte sustancial del seguimiento psiquiátrico.⁶

En la actualidad, hay cada vez mayor difusión de información que permite identificar padecimientos de orden emocional, que son asociados a la búsqueda de atención psicológica, como los servicios profesionales propios de la psicología, o bien de recursos alternativos que incluyen, por ejemplo, la participación en grupos como Neuróticos Anónimos,⁷ el apoyo de grupos religiosos u otras de la sociedad civil que, según la sociedad o el país del que se trate, constituyen un soporte en relación con esta problemática.

⁶ También cabe hacer notar que en no pocas ocasiones ocurre un proceso inverso; cuando el paciente viene de un largo y tortuoso recorrido, de médico en médico o de diagnóstico en diagnóstico, la asistencia a grupos de autoayuda, de tipo religioso, organizaciones como Neuróticos Anónimos o congregaciones de tipo místico oriental, le permite obtener de alguna manera, “mágicamente”, una respuesta a su malestar.

⁷ En la página de Neuróticos Anónimos se encuentra la siguiente información: “Neuróticos Anónimos® es una asociación formada por hombres y mujeres que comparten entre sí su experiencia, fortaleza y esperanza para rehabilitarse de las dolencias mentales y emocionales. Nuestro objetivo primordial es recuperarnos, auxiliar a otras personas emocionalmente enfermas y mantener la salud. NA no está afiliada a alguna religión, secta, organismo, institución o partido político. No desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. En NA no se pagan derechos ni cuotas, pero teniendo nuestros propios gastos, aceptamos las contribuciones de los miembros de nuestra agrupación.” (www.neuroticos-anonimos.org.mx/que_es_na.asp, consulta: 25 de septiembre de 2011.)

En términos oficiales, desde finales del siglo pasado, organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la misma Organización Internacional del Trabajo (OIT), entre las más destacadas, han puesto énfasis en la emergencia de este tipo de problemática en el campo de la salud pública (OMS, 2011; OMS, 2004, OMS, 2002; OPS, 2004). Sin embargo, se sigue careciendo de un manejo sistemático y periódico de información sociodemográfica y estadística acerca de este problema. Aquí, hay que señalar que el modelo económico neoliberal ha obligado a reducir y replantear de manera fundamental el gasto social, dentro del que la salud ha sido uno de los ámbitos más golpeados, siendo la salud mental uno doblemente castigado en términos de canalización de recursos económicos.

En efecto, aunque hay situaciones y condiciones que han venido cambiando en la sociedad, el riesgo ahora es la tendencia hacia la trivialización de una problemática que, si bien demanda un tipo de apoyo, éste debe ser propuesto e instrumentado a la luz de una discusión que incorpore toda una serie de determinantes de orden social, económico y cultural que se hallan en el centro de las profundas transformaciones que caracterizan la vida moderna, alentando experiencias de vacío, soledad, frustración, fracaso, entre muchas otras hoy llamadas emocionales.⁸

El tema es sumamente complejo y convoca a una reflexión desde diferentes órdenes, como el filosófico, sociológico, histórico y político, que obliga a repensar este malestar en la sociedad. Freud habló ya con bastante anticipación de un “malestar en la cultura” (Freud, 2001), lo cual bajo ningún concepto puede quedarse en el ámbito de la discusión de las neurociencias, la psiquiatría o, en su caso, la psicología clínica. Como mencionan diversos autores, se trata más bien de buscar una salida de orden social y cultural (Foucault, 2005; Bastide, 1998; Elliot, 1995; Szasz, 1994; Kristeva, 1993). Es probable que en situaciones muy concretas sea indispensable el uso de fármacos, pero en la mayoría de los casos es necesario no eludir la responsabilidad de ir al fondo de la crítica a una sociedad que se muestra incapaz de responder a las expectativas de “desarrollo” y “bienestar”, como parte de un modelo agotado de organización social.

⁸ Es claro que los medios de comunicación han trivializado la complejidad de este tipo de padecimientos. Asimismo, ha surgido una enorme cantidad de terapias, libros de autoayuda, organizaciones místicas, entre otras “alternativas”, que pretenden ser la solución definitiva a un fenómeno que empieza a ser enunciado como la epidemia de nuestros días: los llamados padecimientos mentales, ubicados en el rango de neurosis.

En síntesis, del acercamiento general en torno a la problemática que representa la salud mental, tampoco se deduce ni se asume en automático que la “psicologización” y la “medicalización” representen la salida de fondo a este tipo de fenómenos sociales. Se halla pendiente el abordaje y la discusión teórico-conceptual de un “orden de patologías”, para la cuales el apoyo y la solución menos viables son, sin lugar a duda, los proporcionados por la psicología clínica y la psiquiatría.

Diagnóstico médico y canalización de pacientes con padecimientos mentales o emocionales

El proceso de reforma no ha significado un cambio sustancial en el ejercicio de la medicina, en particular en la atención de la salud mental (SSA, 2006). El trabajo que en el primer nivel de atención llevan a cabo los médicos adscritos a la SSA está marcado por su falta de preparación para identificar y tratar (o en su caso canalizar) a aquellos pacientes con padecimientos de orden emocional (Byrne y Rozental, 1994; Bullough, 1985). Hoy, como hace más de 30 años, los pacientes ambulatorios con cuadros depresivos, de estrés o ansiedad no encuentran una respuesta en su búsqueda de ayuda.

“Esto de la modernización en salud hace que me olvide de la atención a mis pacientes, hay que dedicar tiempo a cumplir con metas, evaluaciones de las que al final depende la valoración de mi desempeño, así que cuando viene alguien buscando otro tipo de ayuda, yo no puedo hacer nada, mis conocimientos tienen un límite [...] y yo tengo mis propios problemas” (UAEM, 2011a).

“Muchas veces te llegan pacientes que podría decirse que no tienen nada, los revisas y no hay lesiones de ningún tipo, no presentan síntomas de infección [...] no sé... pero ellos insisten en ser atendidos en más de una consulta, los ves como regresan, para mí no es fácil dar una respuesta, no estoy capacitado para ello (UAEM, 2011b).

Los médicos entrevistados se muestran ajenos, con un profundo desconocimiento en materia de capacitación y sensibilización para diagnosticar un espectro de padecimientos que escapan a una formación profesional recibida desde la óptica biomédica y reproducida en su práctica cotidiana. Los cambios promovidos por la reforma para mejorar la atención y las condiciones de salud de la población parecen no haber tocado el campo de la salud mental; es claro que ese sentido de “calidad y calidez” en la prestación de servicios no depende de un

decreto administrativo, sino de un complejo engranaje que implica varios puntos de la maquinaria social e institucional que opera los servicios de salud.

“A mí se me enseñó a trabajar lo orgánico, a curar las enfermedades, dar un diagnóstico, no para ser una especie de Doctor Corazón [...] por decir de alguna forma, la verdad, no sirvo para eso. Creo que en los últimos años algo se está haciendo en este sentido, pero la verdad no sé mucho al respecto” (UAEM, 2011c).

Esta situación, en la que no hay una respuesta de parte de las instituciones de salud a los problemas de orden emocional que enfrenta la sociedad, termina afectando en diversos ámbitos y niveles de las relaciones sociales (y sus pretendidos equilibrios), desde el impacto que recae sobre un grupo familiar donde uno de sus integrantes presenta una condición que altera la armonía familiar y no se sabe qué es ni cómo hacerle frente, hasta las repercusiones del abandono definitivo del empleo, la carencia de éste o una condición laboral inestable, que acaban por resquebrajar la economía familiar, así como las mismas relaciones sociales que representan. Desde luego, en el ámbito macro se manejan consecuencias económicas referidas en términos de horas-hombre perdidas en el trabajo, con una evaluación negativa en términos de variables e indicadores económicos. Vale la pena mencionar que según, datos de la OMS, la depresión está clasificada como la causa más importante de discapacidad y de pérdidas económicas.

A manera de reflexiones finales

Se ha documentado que principalmente en los países con menor grado de desarrollo persiste el descuido respecto a la integración de la salud mental como una de las prioridades en la formulación y operación de políticas públicas; en este sentido, tanto la OMS como la OPS apuntan que para poder avanzar en la disponibilidad de servicios de salud mental a la población hay que superar cinco obstáculos clave:

“...la no inclusión de la atención de salud mental en los programas de salud pública y las consiguientes consecuencias desde el punto de vista de la financiación; la actual organización de los servicios de salud mental; la falta de integración de la salud mental en la atención primaria; la escasez de recursos humanos para la atención de salud mental, y la falta de iniciativa en el terreno de la salud mental pública” (OMS, 2011).

En efecto, la falta de recursos humanos formados y disponibles es uno de los más graves problemas. Tal situación se advierte de manera clara cuando si se realiza una revisión de los recursos humanos preparados y especializados para atender este tipo de problemática. De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud, es evidente la gran escasez de profesionales: “Los países de ingresos bajos cuentan con 0.05 psiquiatras y 0.16 enfermeras psiquiátricas por cada 100 000 habitantes, mientras que en los países de ingresos altos esa cifra es 200 veces superior” (2011). Los datos que apuntan estos organismos internacionales expresan un panorama diagnóstico sobre la situación institucional en que a escala mundial se encuentra la atención de la salud mental.

Según datos de la OMS, la depresión está clasificada como la causa más importante de discapacidad y de pérdidas económicas.

En el caso de México, que es el que nos ocupa en esta investigación, se trata con claridad de un país donde se aplican plenamente las anteriores observaciones hechas para el ámbito internacional. Aun así, en el corto plazo no parece haber condiciones para plantear una verdadera reforma que conduzca a un horizonte diferente, pese a que oficialmente se asume la existencia y agudización de este fenómeno; tan sólo ese reconocimiento debería dar pie al desarrollo de programas específicos, bien provistos de infraestructura, así como de recursos humanos especializados.

Finalmente, es pertinente insistir en que, por sí solas, las opciones psiquiátrica y psicológica no resuelven un problema que es más de fondo y atañe incluso a campos diversos de las relaciones y procesos sociales. No obstante, el descuido institucional en torno a la problemática aquí expuesta es sin duda sintomático de que por parte del gobierno no existe interés por abordar un fenómeno que amenaza con convertirse en el corto plazo en uno de los más graves problemas de salud pública. De ahí que sea imprescindible, desde diferentes ámbitos y plataformas, empezar a llamar la atención sobre la cuestión e iniciar un trabajo que fortalezca la discusión, a fin de servir de apoyo, en su momento, para profundizar en el estudio de esta situación emergente, contribuyendo así a conocerla mejor y a una toma de decisiones más responsable.

- AIEPI (1999) *Enfermedades transmisibles. AIEPI Mortalidad*, disponible en <http://dvlp.www.paho.org/spanish/hcp/imci/problem/problem.htm>, consulta: mayo de 2005.
- Alexander, J. (2000), "Sociología cultural: Formas de clasificación en las sociedades complejas", en *Región y Sociedad*, vol. XIII, núm. 21, Barcelona, Anthropos.
- Alonso, L. (1999), "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa", en Delgado, J. y Juan Gutiérrez (Coords.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, Madrid, Fundamentos.
- Arellano, D.; Cabrero, E. y A. del Castillo (Coords.) (2000), "Reformando al gobierno: una visión organizacional del cambio gubernamental", en *Gestión Política Pública*, vol. IX, núm. 2, segundo semestre, México, Porrúa/CIDE.
- Bañón, R. y E. Carrillo (Comps.) (1997), *La nueva administración pública*, Madrid, Alianza Universidad Textos.
- Bastide, R. (1998), *Sociología de las enfermedades mentales*, 8a ed., México, Siglo XXI.
- Bauman, Z. (2009), *Tiempos líquidos. Vivir una época de incertidumbre*, México, CONACULTA/Tusquets Editores.
- Briggs, J. y D. Peat (1996), *A través del maravilloso espejo del universo. La nueva revolución en la física, matemática, química, biología y neurofisiología que conduce a la naciente ciencia de la totalidad*, Barcelona, GEDISA.
- Bullough, B. (1985), *Atención médica de primer nivel. Una guía clínica para la atención directa y personal del paciente*, La Prensa médica mexicana, México.
- Byrne, N. y M. Rozental (1994), "Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina", en *Educación Médica y Salud*, vol. 28, núm. 1, México, s/e, pp. 53-93.
- Cardozo, M. (1998), "El ámbito sectorial. Análisis de la descentralización en el sector salud (1983-1993)", en Cabrero, E. (Coord.) *Las políticas descentralizadoras en México (1983-1993). Logros y desencantos*, México, Porrúa/CIDE.
- Célérier, M.; Oresve, C. y F. Janiaud-Gouitaa (2001), *El encuentro con el enfermo*, Síntesis, Madrid.
- Chalela, P. (2005), "Breve reseña histórica de la trayectoria de los tratamientos psicofarmacológicos", en *susmedicos.com*, Colombia, disponible en: www.susmedicos.com/art_tratamientos_psicofarmacologicos.htm, consulta: 30 de enero de 2009.
- Córdova, A.; Leal, G. y C. Martínez (1989), "El discurso académico sobre la salud en México", en *Temas Universitarios* núm. 13, México, UAM-X.
- Cunill, N. (1997), *Repensando lo público a través de la sociedad: Nuevas formas de gestión pública y representación social*, Caracas, CLAD/ Nueva Sociedad.
- Cunill, N. y L. Bresser (Eds.) (1998), "Entre el Estado y el mercado: lo público no-estatal", en *Lo público no estatal en la reforma del Estado*, Buenos Aires, CLAD/Paidós, pp. 25-56.
- De la Fuente, R. (1988), "Semblanza de la salud mental en México", en *Salud Pública de México*, vol. 30, núm. 6, pp. 861-871.

- Elliott, A. (1995), *Teoría social y psicoanálisis en transición. Sujeto y sociedad de Freud a Kristeva*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Fajardo, G. (1983), *Diccionario terminológico de administración de la atención médica*, México, Salvat.
- Foucault, M. (1996), *La vida de los hombres infames*, Argentina, Altamira, Colección Caronte Ensayos.
- Foucault, M. (1999), *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI de España.
- Foucault, M. (2005), *El poder psiquiátrico*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (2001), *El malestar en la cultura*, Madrid, Biblioteca Nueva Colofón.
- Garrett, L. (1996), *The Coming Plague: Newly emerging diseases in a world out of balance*, Estados Unidos, Foreign Affairs.
- Homedes, N. y A. Ugalde (2002), “¿Qué ha fallado en las reformas de salud de América Latina?”, ponencia dictada durante el VII Congreso Internacional del CLAD, Lisboa, 8-12 de octubre de 2002.
- Kristeva, J. (1993), *Las nuevas enfermedades del alma*, Madrid, Cátedra, Colección Teorema,.
- Laurell, A. (1996), *La reforma contra la salud y la seguridad social*, México, Fundación Friedrich Ebert/ERA.
- Lipovetsky, G. (1998), *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*, Barcelona, Anagrama, Colección Argumentos.
- Martínez, F. (2000), “Relación médico paciente”, en García, M.; Silva, J. y K. Mercado (Comp.) *La salud en México ante el próximo milenio*, México, Sociedad Internacional Pro-Valores Humanos E. Fromm-S. Zubirán, A.C/Porrúa.
- Medina-Mora, M. et al. (2003), “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México”, en *Salud Mental*, vol. 26, núm. 4, agosto, pp. 1-16.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2002), *Programa mundial de acción en salud mental*, Ginebra, OMS.
- ____ (2004), *Invertir en salud mental*, Ginebra, OMS.
- ____ (2011), “Datos y cifras. 10 datos sobre la salud mental”, Organización de las Naciones Unidas, octubre, disponible en: www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html, consulta: 20 de septiembre de 2011.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2004), *Evaluación de servicios de salud mental en la república mexicana*, México, OPS.
- Ornelas, C. (1998) “La descentralización de los servicios de educación y de salud en México”, en Di Gropello, E. y R. Cominetti (Comp.), *La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, Santiago de Chile, CEPAL, pp. 187-207.
- Rodríguez, C. (1997), “Nuevos sujetos: ¿nuevas enfermedades?”, en *Tramas*, núm. 11, México, UAM-X, pp. 131-141.

- Rodríguez, J. y J. de Miguel (1990), *Salud y poder*, Colección Monografías, núm. 12, Madrid, CIS/Siglo XXI.
- Roses, P. (2005), “La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 18, núms. 4/5, pp. 223-225.
- SSA (Secretaría de Salud) (1994), “Programa de reforma del sector salud 1995-2000”, México, SSA.
- ____ (2001), “Programa Nacional de Salud 2001-2006”, México, SSA.
- ____ (2002a), “Programa de Acción en Salud Mental”, México, SSA.
- ____ (2002b), “Programa de Acción: Sistema Nacional de Información en Salud 2001-2006”, México, SSA.
- ____ (2006), “Declaración de México para la reestructuración de la atención psiquiátrica”, México, SSA/OPS.
- ____ (2007), “Programa Nacional de Salud 2007-2012”, México, SSA.
- Solé, M. (2002), “La clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento”, en *Revista Cubana de Psicología*, vol. 19, núm. 3, La Habana, pp. 242-247.
- Szasz, T. (1994), *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal*, Argentina, Amorrortu editores.
- UAEM y SSA (2011a), Resultados de entrevistas aplicadas a médicos que prestan servicio en primer nivel de atención en salud, primer semestre de 2011, México, Universidad Autónoma del Estado de México.
- ____ (2011b), Resultados de entrevistas aplicadas a médicos que prestan servicio en primer nivel de atención en salud, primer semestre de 2011, México, Universidad Autónoma del Estado de México.
- ____ (2011c), Resultados de entrevistas aplicadas a médicos que prestan servicio en primer nivel de atención en salud, primer semestre de 2011, México, Universidad Autónoma del Estado de México.