



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

SALUD MENTAL
2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

ÍNDICE GENERAL

DIRECTORIO	5
MENSAJE DE LA C. SECRETARÍA DE SALUD	7
MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	9
INTRODUCCIÓN	11
I. MARCO CONCEPTUAL	13
II. MARCO JURÍDICO	21
III. DIAGNÓSTICO.....	27
III.1 Antecedentes	29
III.2 Situación Actual y Problemática	30
III.3 Avances 2006–2012	31
III.4 Retos 2013–2018	32
IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES	33
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	35
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	37
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	39
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción	41
VI. INDICADORES Y METAS.....	47
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD	61
VIII. TRANSPARENCIA	75
BIBLIOGRAFÍA	79
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	81
GLOSARIO DE TÉRMINOS	83

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

María de las Mercedes Martha Juan López
SECRETARIA DE SALUD

Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Pablo Antonio Kuri Morales
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Marcela Guillermina Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Manuel Mondragón y Kalb
COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Mikel Andoni Arriola Peñaloza
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

Gabriel O'Shea Cuevas
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Leobardo Ruíz Pérez
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Virginia González Torres
SECRETARIA TÉCNICA DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Antonio González Anaya
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Laura Ibernia Vargas Carrillo
TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Emilio Ricardo Lozoya Austin
PETRÓLEOS MEXICANOS

Salvador Cienfuegos Zepeda
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL

Vidal Francisco Soberón Sanz
SECRETARIO DE MARINA

MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, establecen de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto debemos “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”, con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente.

Ello es posible, mediante la consolidación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria y el fomento de la participación de la sociedad.

Las premisas descritas nos permitirán cerrar las brechas existentes entre los diferentes grupos sociales y regionales del país, para asegurar la consolidación y el uso efectivo de los recursos destinados a la salud.

En la actualidad los retos epidemiológicos y demográficos son de una magnitud mayor a aquellos a los que se hizo frente en lustros pasados, de ahí que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud sea cada vez más complejo.

Por ello, reconocemos la imperiosa necesidad de que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población.

Las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, acceso a servicios de salud con perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

En México y en el mundo, enfrentamos desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud mental. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Ello nos impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.

Para llevar a México a su máximo potencial, tal como está previsto en el actual Plan Nacional de Desarrollo, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas. Para ello, en los Programas de Acción Específico se incluyeron acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país.

Por otro lado, seguimos comprometidos en consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, Sida, tuberculosis, influenza y dengue; expandir esquemas efectivos para la prevención de accidentes y atender oportunamente a la población ante emergencias epidemiológicas, brotes y desastres.

Ante este escenario complejo, se requiere de la participación decidida y coordinada de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de los diferentes órdenes de gobierno, de la iniciativa privada y de la sociedad civil. Los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud, son la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de acción e indicadores que nos permitirán medir nuestro desempeño.

Agradezco a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las instancias académicas y de la sociedad civil que participaron en la elaboración de estos documentos, mediante el cual se impulsan de manera transversal y sectorial, las estrategias y líneas de acción para la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; necesarias para lograr las metas y objetivos a los que nos hemos comprometido.

El paso hacia un Sistema Universal de Salud requiere de la acción de todos los actores involucrados, para que desde la salud podamos contribuir con nuestro aporte al logro de un México más sano e incluyente.

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López

MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social.

Lo anterior constituye un importante reto para todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, por lo que se requiere sumar esfuerzos para que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades graviten en la reducción de la carga de enfermedad y contribuya a mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.

Los Programas de Acción Específico retoman los principios enunciados, por lo que están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El presente Programa contiene estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes las prácticas que han mostrado efectividad. Adicionalmente se incorporan intervenciones innovadoras para contribuir a preservar y mantener la salud de la población, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad, buscando de manera proactiva el fortalecimiento del tejido social.

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, exhortando a las entidades federativas a generar vínculos de trabajo con las diferentes dependencias e instituciones y promoviendo la transversalidad de la salud en todas las políticas.

En este documento se consideraron las estrategias y acciones que lograron un impacto significativo en diferentes grupos de la población en los últimos años, por ello es importante aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

El Programa que aquí se presenta, contiene las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que permitirán su instrumentación, seguimiento y evaluación para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las entidades federativas; asimismo, en él se promueve el acompañamiento y la participación del personal de salud y de la sociedad civil, que son indispensables para el logro de los objetivos planteados.

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

INTRODUCCIÓN

El Programa de Acción Específico Salud Mental (PAE) 2013-2018 está sustentado en el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, y sirve de punto de partida para formular, ejecutar y en su caso consolidar la aplicación de dicho modelo en el país, como Plan Nacional de Salud Mental.

Este Programa, es una herramienta que ayudará a la coordinación intersectorial en materia de salud mental, a la vez que favorecerá la organización de los servicios, a través del establecimiento de una red de base comunitaria.

Se pone énfasis en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales como una estrategia efectiva para reducir la carga de estos trastornos, ya que una detección y atención temprana mejora la calidad de vida de las personas y reduce los costos de atención.

“No hay salud sin salud mental”. Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, además de contribuir a las lesiones no intencionales e intencionales. También, muchas condiciones patológicas aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales; esta comorbilidad no sólo complica la búsqueda de ayuda y de tratamiento sino que influye en el pronóstico; por otro lado, muchas de esas condiciones podrían evolucionar favorablemente si se abordaran de manera adecuada los aspectos de salud mental. Pero más allá de la ausencia de enfermedad, concebimos la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva, y aporta algo a su comunidad.¹

En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados. El Atlas de Salud Mental 2011 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)² aporta datos que demuestran la escasez de recursos de los países para atender las necesidades de salud mental y señalan la distribución inequitativa y el uso ineficiente de esos recursos. De acuerdo con la OMS, el gasto mundial anual en salud mental es inferior a US\$2 por persona, e inferior a US\$ 0,25 por persona en los países de ingresos bajos; el 67% de esos recursos económicos se asigna a hospitales exclusivamente psiquiátricos, pese a que se asocian a malos resultados sanitarios y violaciones de los derechos humanos.³

La reorientación de esta financiación hacia servicios de base comunitaria, con integración de la salud mental en la atención sanitaria general y en los programas de salud materna, sexual, reproductiva e infantil, de VIH/sida y de otras enfermedades no transmisibles crónicas, permitirá que muchas más personas accedan a intervenciones mejores y más costo efectivas.³

Así pues, el Programa, se dirige a la **reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura**: en lugar de atender al paciente en hospitales psiquiátricos de estancia prolongada, privilegiar sistemáticamente la asistencia en centros de salud no especializados, con una cobertura creciente de intervenciones científicamente contrastadas para dolencias prioritarias y recurriendo a una red de servicios comunitarios de salud mental interrelacionados, lo que incluye, además de breves ingresos hospitalarios, atención ambulatoria en hospitales generales, atención diurna y primaria, apoyo a personas con trastornos mentales que viven con sus familias y viviendas subvencionadas.³

Así mismo, propone que en la hospitalización de estancias cortas o medias, además del proceso clínico-farmacológico, se trabaje con programas de rehabilitación psicosocial siempre pensando en la reinserción del usuario a su comunidad.

Al sistematizar la atención de Salud Mental a través del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, se empoderará la inclusión de la salud mental dentro de las políticas nacionales de salud.

SALUD MENTAL

El PAE Salud Mental, se realizó de acuerdo a las metas del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013- 2018 y al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013- 2018, todo esto dentro del marco jurídico nacional.

Los objetivos del Programa, las estrategias, las estrategias transversales, las líneas de acción e indicadores se han elaborado tomando en cuenta las características específicas de México así como la situación de la Salud Mental en el mundo.



I. MARCO CONCEPTUAL



I. MARCO CONCEPTUAL

El PAE Salud Mental, es el instrumento técnico referencial a través del cual el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME) dicta las estrategias y líneas de acción para llevar a cabo la operación en los tres niveles de atención, incluyendo los indicadores para la planeación de recursos que coadyuven a implementar cada una de las intervenciones.

El Programa se elaboró siguiendo los lineamientos del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, el cual, tiene como antecedente la Reforma Psiquiátrica en Italia⁴, España⁵ y México.⁶

La Reforma Psiquiátrica se construyó siguiendo tres principios: 1. El fortalecimiento de las acciones que aumentan la promoción de la salud mental así como de la atención comunitaria, potenciando los servicios a nivel ambulatorio y reduciendo al máximo posible la necesidad de hospitalización; 2. La hospitalización, cuando es requerida debe ser de estancia corta, en unidades psiquiátricas incorporadas a hospitales generales idealmente; 3. La existencia de servicios de rehabilitación psicosocial y reinserción social que integren a la persona con enfermedad mental a su comunidad.

Estos principios tienen el objetivo de disminuir en lo posible hospitalizaciones, reingresos y erradicar de manera definitiva estancias prolongadas, otorgando a los usuarios y usuarias una mejor atención y al mismo tiempo una mayor calidad de vida. En caso de existir hospitales psiquiátricos, éstos deberán dar cabal cumplimiento a la NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica⁷, la cual vela por el cumplimiento de los Derechos Humanos de los usuarios y usuarias.

El Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, contempla la creación de nuevas estructuras de atención, a partir de las cuales se integrarán los elementos suficientes para modificar la visión y el trabajo de las instituciones, de tal forma que los servicios operen conforme al respeto a los derechos de los usuarios, y reciban una atención integral médico-psiquiátrica con calidad, calidez y gratuidad. Ofrece una red de servicios con distintas alternativas de promoción de la salud mental, prevención, atención ambulatoria, hospitalización y reinserción social, para personas de cualquier edad, que

padecen algún trastorno mental. Este modelo comunitario de atención puede otorgar mejores respuestas ante la necesidad de elevar el nivel de salud de una comunidad y promueve la gratuidad de los servicios.

El Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, así como este Programa han coincidido plenamente con las disposiciones del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 Asamblea Mundial de la Salud, OMS³.

Descripción de la Red de Servicios del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental

Promoción de la Salud Mental

Está demostrada la influencia que en la salud mental ejercen factores sociales como el tamaño del grupo primario de pertenencia, el apoyo social recibido, y las características del ambiente laboral. La percepción de mayor confianza y reciprocidad en la comunidad donde se vive está asociada a una mejor salud mental.⁸

Todo esto demuestra que los problemas de salud mental que presenta la población, requieren, además del tratamiento de la enfermedad, de un trabajo de prevención y promoción en conjunto con múltiples actores sociales.

La importancia que tiene la salud mental para el mantenimiento de una salud física adecuada y para la recuperación de enfermedades físicas es hoy una realidad bien establecida. Existe mucha interacción entre factores de riesgo del ambiente emocional y psicosocial y la aparición y/o pronóstico de las más diversas enfermedades físicas.⁸

El objetivo principal de las acciones en atención primaria para 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 sobre los trastornos mentales y factores de alto riesgo.⁸

Las acciones de promoción de la salud mental, se consideran transversales debido a que se llevan a cabo en todos los niveles, sin embargo, el grueso se desarrollará en

los centros de salud comunitarios ya que la atención primaria representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Sin lugar a dudas, una de las preocupaciones sobre la salud mental en el nivel de atención primaria, es evitar que estos servicios se brinden aislados de los servicios médicos generales; en estos modelos el área de comportamiento humano es considerado una parte de la presentación total del individuo, incluyendo tanto aquellos patrones que mantienen la salud, como los que generan la enfermedad.

Atención Ambulatoria

Centro de Salud

A través del Centro de Salud, se busca responder eficientemente a las necesidades demográficas y epidemiológicas en materia de salud mental en la comunidad, y mejorar la calidad de vida de los usuarios, mediante la atención a psicopatologías leves e identificación oportuna de algunos padecimientos que en caso de no recibir pertinentemente el tratamiento correspondiente, pudieran evolucionar en enfermedades crónicas. Esto comprende principalmente tres líneas de acción: Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, detección oportuna, tratamiento y/o control, referencia y contra referencia.

En las acciones de salud mental del equipo de atención primaria, el médico general, tiene como responsabilidad la evaluación médica inicial. Comprenden la aplicación de instrumentos de detección temprana, indagación de antecedentes personales y familiares así como el contexto social que rodea al paciente, localización de sintomatología psiquiátrica. Con esto, el médico puede producir un diagnóstico psiquiátrico y referir en su caso a un centro de salud con módulo de salud mental o a un centro integral de salud mental y posteriormente recibir la contrarreferencia para otorgar el seguimiento correspondiente.⁹

Habiendo recibido contrarreferencia, el médico general deberá ser apto para otorgar el tratamiento farmacológico delimitado por parte del especialista y contar con un sistema de abasto de medicamento que permita contar con los insumos requeridos para los pacientes de su comunidad.

Es necesario reconocer que las acciones de este médico requerirán conocimientos en psiquiatría claros y fundamentados, aun cuando no necesariamente profundos.⁹

El Centro de Salud con personal capacitado en Salud Mental, representa una estrategia significativa para atender psicopatologías leves y fomentar la salud mental entre pacientes, familiares y comunidad en general. Al mismo tiempo, funciona como un punto de enlace entre la población y otros niveles de atención o servicios del Sistema, a los que se puede tener acceso, pues forma parte de una red de recursos orientados a ampliar la cobertura de los servicios entre la población.

Centro Integral de Salud Mental

El Centro Integral de Salud Mental (CISAME), es una unidad especializada de atención ambulatoria, que forma parte de la Red de Servicios que integra el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.

Proporciona servicios integrales orientados a la prevención y atención ambulatoria de psicopatologías diversas y en caso de requerirse, refiere a los usuarios a unidades hospitalarias.

Los objetivos de CISAME son:

- Proporcionar atención integral psiquiátrica y psicológica en salud mental ambulatoria, a toda persona que lo solicite.
- Prestar servicios de promoción de la salud mental, diagnóstico temprano, psicoeducación y tratamiento mediante consulta externa, para favorecer la salud mental entre la población con repercusiones psicológicas o trastornos mentales, que requieren de una atención especializada o subespecializada.
- Operar como punto de enlace entre la población y los otros niveles de atención y servicios del Sistema en materia de Salud Mental.
- Dar seguimiento y control al tratamiento de personas que presentan alguna enfermedad mental

Los CISAME, están conformados por equipos multidisciplinarios básicos que constan al menos, de un psiquiatra, un psicólogo clínico, un psicólogo especialista (especialidad en psicoterapia), un trabajador social, un enfermero, admisión, farmacia, administrativos.

Hospitalización

Unidad de Psiquiatría en Hospital General

La atención comunitaria tiene mejores efectos que el tratamiento institucional en el pronóstico y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos.¹⁰

Además, el viraje de los servicios de hospitales



psiquiátricos a la atención comunitaria es económicamente eficiente y respeta los derechos humanos. Por lo tanto, se deben suministrar servicios de salud mental en la comunidad, utilizando para ello todos los recursos disponibles. Los servicios comunitarios pueden facilitar la intervención temprana y limitar la estigmatización aparejada al hecho de recibir tratamiento.¹⁰

Los grandes hospitales psiquiátricos custodiales deben ser sustituidos paulatinamente por centros de atención comunitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales, con vistas a satisfacer todas las necesidades de los enfermos que eran competencia de dichos hospitales. Este viraje a la atención comunitaria requiere la existencia de personal sanitario y servicios de rehabilitación a nivel comunitario, junto con la provisión de apoyo para situaciones de crisis, viviendas protegidas y empleo protegido.^{3, 10}

La Unidad de Psiquiatría en Hospital General, se refiere a unidades de estancia corta cuya prestación de servicios, tiene por objeto proporcionar atención médica a personas con trastornos mentales como patología única o asociada a otras enfermedades; requiere un área específica para hospitalización, urgencias y diferenciada para consulta externa al interior del hospital general.

El Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, a través de dicha unidad, como parte de una red de servicios comunitarios, pretende participar activamente en la reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura, propuesta por la OMS.

A través de esta estructura, se busca proporcionar atención ambulatoria en los hospitales generales, e ingresos breves, favoreciendo procesos integrales de recuperación, centrados en el usuario, con enfoque de respeto a los Derechos Humanos, mediante procesos y personal competente, y asegurando la disponibilidad de la infraestructura y equipamiento pertinentes.

Estas Unidades de Psiquiatría, constituyen el proceso de transición, de la atención al paciente en hospitales psiquiátricos de estancia prolongada, a diversos servicios interrelacionados, que incluyen, además de ingresos breves, atención ambulatoria.

Cabe resaltar que, en congruencia con las políticas y avances internacionales, es necesario incorporar a la formación básica de los recursos humanos en salud mental, la convivencia y cohesión de la sociedad, reforzar la perspectiva de la salud mental comunitaria y evitar la estigmatización y aislamiento de personas con trastornos mentales.

Así mismo, la formación de recursos humanos, exige cambiar los roles tradicionales asociados al modelo asilar, por otros más cercanos al modelo comunitario propuesto a nivel internacional, e incluir la formación en las competencias necesarias para identificar y tratar casos complejos, de forma interdisciplinaria incluyendo la atención psicológica, metodologías cualitativas y participativas y prácticas de comunidad.

Hospital Psiquiátrico

Se refiere a unidades especializadas con pabellones de base hospitalaria y estancia media o larga en su mayoría, que brinda atención médico psiquiátrica. Cuenta con servicios residenciales, urgencias y área de ingreso.

En México, los hospitales psiquiátricos tienen usuarios con estancias hospitalarias prolongadas y cuentan con una arquitectura y organización que promueve un modelo asilar de atención, donde hay hacinamiento, no hay privacidad ni respeto a la individualidad, lo que provoca en el usuario falta de autonomía y de independencia.

Villas de Transición Hospitalaria

Se refiere a un área de características estructurales distintas al modelo asilar. Es un conjunto de casas cuyo diseño arquitectónico consta de cuatro recámaras con baño cada una, sala, comedor, cocina, donde los usuarios cuentan con una estructura que les permite realizar actividades cotidianas que apuntalan a la normalización del ambiente del usuario con miras a la reintegración social. Además, cuentan con un consultorio, módulo de enfermería con baño y áreas verdes; en las que se proporciona atención integral médico-psiquiátrica, psicológica y programas de rehabilitación psicosocial como talleres protegidos, salidas terapéuticas y el centro básico de abasto.

Rehabilitación Psicosocial

El objetivo general en rehabilitación psicosocial es facilitar a la persona con dificultades derivadas de un trastorno mental severo la utilización de sus capacidades en el mejor contexto social posible. Este objetivo general incluye aspectos, como son el residencial o el entrenamiento en habilidades laborales muy específicas.

Los objetivos específicos son, por tanto, los asociados a una mejora del funcionamiento psicosocial, de la red de apoyo socio-afectivo y al ofrecimiento de un soporte social adecuado a las necesidades individuales.¹¹

Es decir:

- Dotar al usuario de las habilidades relacionales necesarias para que éste pueda llevar a cabo el mayor número de roles socialmente valiosos.
- Entrenar las habilidades instrumentales necesarias para alcanzar el mayor nivel posible de autocuidados y autonomía.
- Promover la educación para la salud modificando conductas de riesgo y articulando conductas de protección.
- Asesorar, informar y apoyar a las familias cuidadoras para que tengan una interacción lo más adecuada y positiva posible con su familiar enfermo, a la vez que se habilitan los soportes necesarios para asegurar el apoyo necesario a estas familias cuidadoras (asociaciones de familiares, grupos de autoayuda, etc.).
- Proporcionar soporte y apoyo comunitario a los usuarios, organizando actividades propias que sirvan para estructurar la rutina diaria y para fomentar intereses personales y también apoyando a los usuarios que lo necesiten en la utilización de recursos comunitarios normalizados.¹¹

Programas Específicos de Rehabilitación Psicosocial del “Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental”.

Taller Protegido

Los Talleres Protegidos a nivel terapéutico consisten en propiciar que las personas adquieran y utilicen aquellas habilidades y competencias necesarias para vivir, relacionarse con otros e integrarse en la comunidad, conociendo sus derechos, para lograr el mayor grado de autonomía que en cada caso sea posible.

La tarea de los Talleres Protegidos consiste en trabajar con las capacidades remanentes de los pacientes (afectivas y productivas), con el fin de que paulatinamente, a través del trabajo protegido, puedan recuperar el nivel de autonomía necesaria para poder reinsertarse en la vida cotidiana.

Los responsables de operar dicha tarea de la salud mental, se denominan auxiliares de rehabilitación psiquiátrica o terapeutas, y su rol es el de junto a los profesionales, hacer un seguimiento y evaluar la evolución de los pacientes en relación al vínculo con el trabajo y las relaciones que éste genera en el quehacer diario, a manera de observar, estimular e intervenir de manera activa, para que día a día avance el tratamiento.

Banco de Reforzadores (Tienda)

Las tiendas son facilitadoras para la rehabilitación psicosocial y la reinserción social; los usuarios, con el dinero que reciben por su trabajo en los talleres protegidos pueden tener acceso a varios productos en una tienda equipada dentro del hospital psiquiátrico o área de hospitalización, así como dentro de las Villas de Transición Hospitalaria.

Sobra decir que con estas acciones los usuarios viven de cerca la experiencia de ver reflejado su trabajo y esfuerzo dentro de los talleres, mismos que a su vez son rehabilitatorios y despliegan los niveles de motivación para asistir a los talleres al día siguiente.

Paseos Terapéuticos

Los paseos terapéuticos son actividades de rehabilitación psicosocial que implican un paso trascendental para la reinserción del usuario hospitalizado a la comunidad. Le permite prestar una mirada al entorno, mezclarse en la comunidad y hacer actividades que parecieran ser cotidianas para la mayoría de la gente, pero que para un usuario que ha perdido contacto con el exterior resultan extraordinarias.

Los usuarios pueden aprender, reaprender o recordar, diversas cosas que utilizarán cuando habiten nuevamente en la comunidad y se conviertan en miembros activos y participantes.

En este sentido, los paseos terapéuticos son una experiencia en la cual los usuarios pueden vivirse al interior de la comunidad y visualizar su egreso del hospital.

Reinserción Social

Son dispositivos comunitarios que tienen como propósito la reintegración social del usuario al medio al que pertenece a través de diferentes estructuras de atención comunitaria como: residencias para adultos mayores, departamentos independientes, casas de medio camino, centros de día e inserción laboral.

Las casas de medio camino son unidades abiertas no solo para personas egresadas de hospitales psiquiátricos sino también para personas con enfermedad mental que viven en situaciones familiares inestables o de conflicto grave. Son unidades de permanencia voluntaria y en ellas, se apoya al usuario en su proceso de reintegración social prestándose a su vez el servicio de acompañante terapéutico; la casa es un espacio físico donde pueden tener pertenencias y desarrollar actividades individuales o grupales al interior de la comunidad. Estar al mando de su propia vida.

Las casas para adultos mayores se constituyen de la misma manera que las casas de medio camino, sin embargo, se deben adaptar con personal e infraestructura especiales.

Los *departamentos independientes*, son espacios que se encuentran ubicados dentro de la comunidad y el único apoyo que se les brinda a los usuarios, es económico, para el pago de su renta mediante convenios donde se especifica el tiempo de duración de este apoyo y bajo qué condiciones opera; aquí los usuarios en rehabilitación residen de manera totalmente independiente y están incluidos en alguna actividad de inducción laboral. Es importante señalar, que la atención médica requerida se llevará a cabo al interior de la comunidad en su centro de salud u hospital general más cercano.

Los centros de día tienen como objetivo, facilitar los procesos de rehabilitación y ofertar el soporte necesario para una adecuada integración social de las personas diagnosticadas de una enfermedad mental grave y persistente.¹¹

El Centro de día debe estar inserto al máximo en el tejido comunitario. Su función implica facilitar la utilización por los usuarios derivados de todos los recursos socio-comunitarios del entorno, por lo que una localización aislada o lejana de los lugares comunes de convivencia dificulta las tareas a desempeñar. Es un dispositivo desde donde se trabaja la normalización y la integración, por lo que en la medida de lo posible se deben externalizar al máximo sus actividades.

El centro cobra sentido al formar parte de una red extensa de atención, sanitaria y social, por lo que es imprescindible la coordinación con los demás dispositivos de la red de salud mental.

Para llevar a cabo un programa de inserción laboral, se deben realizar alianzas con diversos sectores económicos para que participen como actores fundamentales en la reintegración de las personas con enfermedad mental, a través de la apertura de espacios laborales.



II. MARCO JURÍDICO

II. MARCO JURÍDICO

La legislación en el sector de la salud mental es un importante aspecto de la política y del desarrollo de los servicios. Puede dar consistencia y continuidad a largo plazo a las orientaciones de política. La legislación puede codificar y solidificar los principios, valores, metas y objetivos fundamentales de las políticas y programas de salud mental; en otro aspecto pueden aportar un marco jurídico para velar cuestiones decisivas tales como el acceso a la atención, la máxima calidad de la atención, la integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad y el fomento de la salud mental; además, pueden proteger y fomentar los derechos, las necesidades y los intereses de las personas con trastornos mentales y abordar la estigmatización y la discriminación que padecen.¹²

Los países que han firmado tratados internacionales sobre derechos humanos están obligados a respetar, proteger y cumplir los derechos establecidos en los mismos. Entre los más importantes destacan; la Declaración Internacional de Derechos, en la que se incluyen la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU¹³, el Convenio Internacional sobre Derechos Políticos y Civiles y el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Es importante que se revisen estos documentos exhaustivamente cuando se está preparando la legislación sobre salud mental. También existen acuerdos internacionales de estándares sobre buenas prácticas; estos incluyen los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de Salud Mental Principios¹⁴, las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad¹⁵, la Declaración de Caracas¹⁶, la Declaración de Madrid⁵, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas 2010¹⁷ y otros estándares como la “Ley sobre cuidados de Salud Mental: diez principios básicos”, de la Organización Mundial de la Salud.¹⁰ En México se suscribió la Declaración de México para la Reestructuración Psiquiátrica en 2006.⁶

Ciertos convenios internacionales, aunque no estén formulados específicamente para la protección de las personas con trastornos mentales, garantizan, en los países firmantes, la protección de los derechos humanos. Por ejemplo, el artículo 7 del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos¹⁸, proporciona a todos los

individuos incluidos aquellos con trastornos mentales, protección frente a la tortura y la crueldad, el tratamiento inhumano y/o degradante, el castigo, así como el derecho a no ser sometido a experimentos médicos o científicos sin un consentimiento libre e informado. El Artículo 12 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁹ reconoce el derecho de todas las personas, incluyendo a aquellas con trastornos mentales, a disfrutar de los mejores estándares posibles de salud física y mental.²⁰

Ante esto, la OMS²⁰ hace hincapié en la necesidad de una legislación sobre salud mental que vaya más allá de los cuidados y tratamientos, es decir, que no se limite a regular los cuidados de salud mental ofrecidos en las instituciones, sino que proporciona un marco legal para tratar temas complejos relacionados con la salud mental, incluyendo la accesibilidad a la atención, cuidados de alta calidad, la rehabilitación y el seguimiento, la integración total de los enfermos mentales en la comunidad, la prevención de las enfermedades mentales y la promoción de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad.

En la actualidad, en México, la normatividad jurídica en materia de salud mental está sustentada en: el artículo 4° de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**.²¹

“... 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.”

Así como la:

Ley General de Salud²² En los artículos 2° y 3° que estipulan la definición de los propósitos que se persiguen con la protección de este derecho fundamental, así como en materia de la salubridad general.

Es necesario resaltar para los efectos de este PAE en Salud Mental, lo establecido en los artículos, 2° Completo y 3° Fracciones: II; VI; XI; XIII; XVI; así como, las disposiciones relacionadas con la salud mental que se consignan en el TITULO TERCERO, Prestación de los Servicios de Salud,

Capítulo VII, Salud Mental, de la propia Ley General de Salud: Artículos 72, 73, 74, 75, 76, y 77.

Finalmente, en el ámbito Federal, de acuerdo con los artículos 7° de la Ley General de Salud y 39 de la **Ley Orgánica de la Administración Pública Federal**²³, corresponde a la Secretaría de Salud establecer y conducir la política nacional en materia de salud, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.

El STCONSAME, es el organismo destinado a dictar el contenido de las políticas públicas y estrategias nacionales en materia de salud mental, así como llevar a cabo la planeación, supervisión y evaluación de los servicios. Tales atribuciones se encuentran descritas en el:

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud²⁴

El Artículo 35 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud establece que corresponde al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental:

- I. “Proponer al superior jerárquico el contenido de la política y estrategias nacionales en materia de atención a los problemas de salud mental;
- II. Elaborar y participar en la instrumentación de los programas específicos de prevención, atención y rehabilitación de los trastornos mentales;
- III. Llevar a cabo la planeación, supervisión y evaluación de los servicios de salud mental, mediante el establecimiento y desarrollo de modelos de organización y operación de servicios en los diferentes niveles de atención;
- IV. Promover actividades de información, orientación y sensibilización que coadyuven a la prevención de problemas de salud mental, en coordinación con las instituciones y organismos especializados en la materia;
- V. Impulsar, en forma conjunta con las dependencias y órganos competentes, el establecimiento de redes asistenciales y de apoyo comunitario, para la rehabilitación y reinserción social del usuario de los servicios de salud mental;
- VI. Fijar criterios, promover y coordinar investigaciones y desarrollo tecnológico en relación con la salud mental en coordinación con las demás unidades administrativas competentes;
- VII. Promover y asesorar el desarrollo de investigaciones científicas y programas de enseñanza en materia de salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes, con la finalidad de impulsar la formación, capacitación y actualización de personal de salud en general y

- especializado;
- VIII. Participar en la elaboración de propuestas para la actualización y desarrollo de disposiciones jurídicas en materia de salud mental;
- IX. Propiciar la celebración de convenios y acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas y municipios, para impulsar su apoyo y participación en el desarrollo de las acciones en materia de salud mental;
- X. Participar en la definición, instrumentación, supervisión y evaluación de las estrategias y contenidos técnicos de los materiales de comunicación social en el ámbito de su competencia, así como de los materiales didácticos y metodologías que se utilizan para la capacitación, actualización y desarrollo humano del personal que opera los programas a su cargo, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- XI. Promover mecanismos para fomentar la participación de la sociedad civil y, en lo general de la comunidad, así como de los sectores públicos y privados en las acciones en materia de salud mental;
- XII. Coadyuvar en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en relación con la información de morbilidad y mortalidad vinculada con la materia de competencia;
- XIII. Participar, en el ámbito de su competencia, en la definición y desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- XIV. Colaborar en la definición de los requerimientos para la acreditación de unidades prestadoras de servicios de salud mental inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud;
- XV. Proponer los lineamientos y procedimientos técnicos para la organización, programación y presupuestación relacionados con los programas a su cargo;
- XVI. Promover la certificación de las unidades de atención a la salud mental de los sectores público, privado y social del país;
- XVII. Establecer las especificaciones técnicas del equipo e insumos que se utilizan en los programas a su cargo;
- XVIII. Proponer o definir, según sea el caso, los mecanismos que permitan el control en el suministro y distribución oportuna, suficiente y de calidad de los insumos utilizados en los programas a su cargo, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- XIX. Supervisar y evaluar la información generada por los sistemas institucionales de información y de investigación en salud, relacionada con las actividades de los programas a su cargo, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- XX. Supervisar el desempeño de las localidades,

jurisdiccionales sanitarias, entidades federativas, regiones, comunidades o establecimientos, según sea el caso, en relación con los programas del ámbito de su competencia, y

- XXI. Ejercer las atribuciones establecidas en el artículo 16 del presente Reglamento, las demás que le señalen otras disposiciones aplicables, así como aquellas que le encomiende su superior jerárquico.”

En cuanto a Normas y Códigos que regulan el Tratamiento y Rehabilitación, México desde 1995 cuenta con el documento normativo que se encarga de regular la Prestación de los Servicios en Unidades de Atención Hospitalaria Médico-Psiquiátrica; la NOM-025-SSA2-1994 para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica,⁷ como herramienta auxiliar a la Ley General de Salud, misma que centra su actuar en dos ejes rectores básicos:

- a) La atención médica especializada de calidad, y
- b) El respeto cabal de los Derechos Humanos del paciente psiquiátrico.

En cuanto al primer eje, los esquemas de tratamiento para la atención a la salud mental experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia, de la mejor comprensión de los múltiples factores que intervienen en el origen y evolución de la enfermedad mental, así como de los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros para su atención.

Esta norma además favorece la reintegración psicosocial de la persona con enfermedad mental al medio al que pertenece, a través de la implantación de programas extra hospitalarios y comunitarios tales como hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino y talleres protegidos.

La NOM 025-SSA2-1994⁷ es de aplicación obligatoria en todas las unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, para usuarios y usuarias que requieran hospitalización o mientras permanezcan en unidades de cuidados especiales que brinden servicios de salud mental médico-psiquiátricos públicos y privados del Sistema Nacional de Salud.

El segundo eje está enfocado a los derechos de los usuarios y usuarias, como: el derecho a recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, no ser sujeto de discriminación por su condición de persona con enfermedad mental, o cualquier otra condición.



III. DIAGNÓSTICO

III. DIAGNÓSTICO

III.1 Antecedentes

Dependiendo del contexto social, algunas personas pueden tener un riesgo mayor a sufrir problemas de salud mental, como es el caso de las personas con problemas de salud crónicos, los menores expuestos al maltrato o abandono, las personas que por su condición de preferencia sexual u origen cultural estén sometidas a discriminación, o las personas víctimas de desastres naturales o emergencias humanitarias. Además de elementos macroeconómicos como la crisis financiera, que aumentan las dificultades de muchas familias generando trastornos mentales relacionados al maltrato, violencia y exceso de trabajo.³

Los trastornos mentales con frecuencia arrastran a los individuos y las familias a la pobreza y desintegración por el costo de los tratamientos y el acceso a los servicios, que muchas veces no están disponibles en todas las ciudades, además muchos de estos servicios no cuentan con los profesionales suficientes, y en otros casos los centros de atención carecen de redes con mayor nivel de especialización.

Diversos documentos programáticos y resoluciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS sirven de antecedentes y fundamento para este PAE. La Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica celebrada en Caracas, Venezuela, en 1990⁷, marcó un hito histórico en las Américas. La Declaración de Caracas destacó que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad.

Posteriormente, en 1997 y 2001, el Consejo Directivo de la OPS abordó el tema de la salud mental y emitió resoluciones en las que se instaba a los estados miembros a incluir la salud mental entre sus prioridades y a intensificar las actividades en esta esfera. Las Conferencias Regionales de Salud Mental en Brasilia y Panamá, evaluaron el camino recorrido y establecieron nuevas direcciones para el trabajo.²

Los países de la Región aprobaron la Agenda de Salud para las Américas con la intención de orientar la acción

colectiva de los actores nacionales e internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de la población.

En el 2008, la OMS presentó el Programa de Acción para superar las brechas en salud mental, mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales y neurológicos (mhGAP, por sus siglas en inglés) y en el 2010 se publicó la Guía de Intervención del mhGAP (mhGAP-IG).^{2,25}

El Consejo Directivo de la OPS (2013) aprobó el Plan Estratégico 2014-2019. La Categoría 2 del Plan se centra en la reducción de la carga de enfermedades no transmisibles, incluyendo, entre otras, los trastornos mentales mediante la promoción y la reducción de riesgos, prevención, tratamiento y monitoreo de estas enfermedades y sus factores de riesgo.² En mayo de 2013, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA 65.4 que aprobó el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental.

Una perspectiva de derechos humanos ha sido y es fundamental para responder a la carga de enfermedades mentales en un marco de respeto a la dignidad humana. Se dispone como fundamento de instrumentos internacionales y regionales, pertinentes en materia de derechos humanos, como son el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos,¹⁸ el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,¹⁹ la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad,¹⁷ la Convención sobre los Derechos del Niño y otros.²

En Octubre del 2013, tuvo lugar la I Reunión Regional de Usuarios de Servicios de Salud Mental y Familiares, auspiciado por la OPS y el Gobierno de Brasil, que produjo el Consenso de Brasilia.²

En México, en el año 2002, el Secretario de Salud, firmó el documento denominado “Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental”,²⁶ que se elaboró entre la Secretaría de Salud y la Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental I.A.P. (FMREM), con el objetivo de reconocer que varias de las prácticas de atención psiquiátrica del viejo enfoque son violatorias de los derechos humanos, y con la intención de modificar la visión y los servicios a través de un modelo que implica la

creación de nuevas estructuras de atención dirigidas a la salud mental.

Con la finalidad de instrumentar las acciones de salud mental integrando el enfoque de respeto a los derechos humanos, en 2004 STCONSAME como el organismo destinado a dictar el contenido de las políticas públicas y estrategias nacionales en materia de salud mental, así como llevar a cabo la planeación, supervisión y evaluación de los servicios. Se reconoció como el órgano rector de la salud mental en el país, a través de sus atribuciones establecidas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.²⁴

Así pues, el STCONSAME dirige las acciones que el Programa Nacional de Salud Mental: Modelo Miguel Hidalgo, dictamina, favoreciendo el inicio de la transformación de los servicios de salud mental en todo el país; dicho modelo planteó un cambio en el concepto de atención a las personas con enfermedad mental, contemplando la creación de nuevas estructuras basadas en el derecho a recibir una atención especializada con calidad y calidez, así como en el respeto a los derechos de los usuarios y usuarias.

III.2 Situación Actual y Problemática

En el mundo, los trastornos mentales constituyen un serio problema de salud pública con un alto costo social que afecta a las personas sin distinción de edad, sexo, nivel socioeconómico o cultura. La enfermedad mental participa del 13% de la carga global de enfermedad, constituye una de las tres primeras causas de mortalidad de personas entre 15-35 años, esto último influido por el suicidio.²⁷ Se sabe que al menos el 10% de los adultos experimentan algún trastorno mental y el 25% de los mismos desarrollará algún problema relacionado durante su vida.²⁸

A nivel mundial, se ha estimado que las tasas de prevalencia de trastornos mentales en el curso de la vida oscilan entre 12,2% y 48,6%, mientras que la prevalencia anual fluctúa entre 8,4% y 29,1%. El 14% de la carga de morbilidad en todo el mundo, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), es atribuible a este tipo de padecimientos y es aún más patente en los países de ingreso bajo y mediano.

Los trastornos mentales y neurológicos psiquiátricos representaban casi la cuarta parte de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe.²⁹

Las personas que padecen un trastorno mental afrontan una disminución considerable de su funcionamiento,

presentando tasas de mortalidad desproporcionadamente elevadas. Por ejemplo, la probabilidad de muerte prematura entre las personas con depresión grave y esquizofrenia es de 40% a 60% mayor que en la población general, debido a problemas de salud física que a menudo no son atendidos (como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la infección por el VIH). El suicidio es la segunda causa de muerte a escala mundial más común entre los jóvenes.³⁰

Hay una influencia mutua entre los trastornos mentales y otras enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la infección por el VIH y el sida. Asimismo, también hay una importante aparición conjunta de los trastornos mentales y los trastornos por abuso de sustancias.²⁹

Considerados en conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias suponen un costo elevado para los resultados en materia de salud. La depresión por sí sola, representa 4,3% de la carga global de enfermedad y se encuentra entre las principales causas de discapacidad en el mundo (11% de todos los años vividos con discapacidad a escala mundial).³⁰

En el caso de niños y adolescentes según los reportes epidemiológicos en el mundo, la prevalencia de enfermedad mental es 20%, de este porcentaje, entre el 4 y 6% requiere intervención clínica, pero pocos tienen acceso a servicios, y aunque la falta de servicios especializados es un fenómeno mundial, la región de las Américas muestra una brecha del 26% en los servicios de salud mental para niños y adolescentes.¹

Los sistemas de salud en el mundo no han respondido aún a la carga de los trastornos mentales. Se estima que cuatro de cinco personas con trastornos mentales importantes no reciben atención en los países de ingreso bajo y medio.¹

El Proyecto Atlas que monitoreó el estatus de la salud mental y las tendencias en los recursos disponibles en el mundo, entre 2005 y 2011, encontró que los recursos son insuficientes en especial para atender trastornos neuropsiquiátricos. Las brechas entre los recursos de países de altos ingresos contra los de bajos ingresos se siguen manteniendo, y el hallazgo más positivo es que las camas psiquiátricas en hospitales psiquiátricos se están reduciendo en la mayoría de los países.¹

En México, se experimenta una transición epidemiológica "polarizada", cuyos rasgos más notorios son la disminución de enfermedades infectocontagiosas y el aumento de padecimientos crónico-degenerativos, incluidos los trastornos mentales.²⁷



Uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento. El tiempo que demoran los pacientes para recibir atención en un centro de salud oscila entre 4 y 20 años según el tipo de afección, al igual que lo observado en la mayoría de los países de América Latina.³¹

Un estudio realizado con población mexicana encontró que la depresión y la ansiedad generan una condición de discapacidad mayor y días de trabajo perdidos comparado con algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas. Considerando la discapacidad como el deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto en el trabajo, en su vida social, en su hogar y en sus relaciones cercanas.³²

De acuerdo con otros estudios, 24.7% de los adolescentes mexicanos se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental, siendo los más recurrentes los trastornos de ansiedad, déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intento suicida.³³ Estas cifras resultan preocupantes si se considera que la edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se encuentra en las primeras décadas de la vida, como lo refiere la Encuesta Nacional de Psiquiatría.³⁴

La última evaluación de los servicios de salud mental en México, señala las siguientes características: se observó que el eje de la atención de salud mental era —y sigue siendo— el hospital psiquiátrico. Si bien es cierto que el número de servicios ambulatorios fue más amplio, no alcanzaba para cubrir las necesidades de atención, y también se registró una cantidad insuficiente de servicios enfocados a la atención de los niños y adolescentes. Solo 27% del total de usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios eran niños o adolescentes, mientras que el porcentaje de menores atendidos en hospital psiquiátrico era el 6%. Los resultados también revelaron que aproximadamente 50% de los pacientes que recibían atención, lo hacían en servicios hospitalarios y que era internado un paciente de cada 1,7 atendido en los servicios ambulatorios.³¹

Los usuarios de los servicios ambulatorios informaron un promedio de cuatro contactos por año, 31% de los establecimientos proporcionaba atención de seguimiento en la comunidad y 4% contaba con equipos móviles. Todos o casi todos los servicios (81–100%) habían realizado una o más intervenciones psicosociales durante el año anterior al estudio y 67% tuvieron disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos).³¹

Por su parte, 80% de los hospitales psiquiátricos había llevado a cabo algún tipo de intervención psicosocial durante el año anterior al estudio y, de ellos, 98% dispuso

de medicamentos psicotrópicos. En promedio, los pacientes estuvieron hospitalizados menos de un mes (24 días), pero 38% había permanecido un período mucho más elevado (cinco o más años en hospitales psiquiátricos).³¹

En México, como en muchos otros países de América Latina, los recursos humanos enfocados a la salud mental informaron niveles insuficientes y, en la mayoría de los casos, estaban concentrados en los hospitales psiquiátricos.²⁹

El Programa Nacional de Salud Mental: Modelo Miguel Hidalgo contempla la necesidad de contar con un sistema útil de información epidemiológica en salud mental que proporcione datos de la realidad nacional, así como el desarrollo de investigación en las causas de los trastornos mentales, los tratamientos e intervenciones que puedan beneficiar de mejor forma a la población mexicana que lo requiere, aplicando en los servicios el conocimiento científico y tecnológico disponible en salud mental, tanto en tratamientos farmacológicos como psicológicos.

III.3 Avances 2006–2012

En el año 2006, el STCONSAME logró la “Declaración de México para la Reestructuración Psiquiátrica”⁶ firmada por los Secretarios de Salud de las entidades federativas y otras autoridades de la República Mexicana. Dicha Declaración representa un hito en el apoyo político que avala una nueva forma de concebir la atención en salud mental dando así una nueva esperanza a las personas con enfermedad mental y sus familias.

Además, se establecieron Villas de Transición Hospitalaria en seis estados de la República Mexicana: Estado de México, Jalisco, Tamaulipas, Hidalgo, Durango y Oaxaca; como una acción de protección a los derechos de las personas con discapacidad y para contribuir a su desarrollo integral e inclusión plena. Los Programas de Rehabilitación Psicosocial e Invierno sin Frío, se implementaron en las 33 unidades hospitalarias de atención psiquiátrica en 26 entidades federativas.

Para avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal garantizando el acceso y la calidad de los servicios de salud a los Mexicanos se dio inicio a la conformación de una red completa de servicios que consta de unidades de primer, segundo y tercer nivel, dirigidos a la población en general, con una visión de atención comunitaria lo cual se enmarca en las disposiciones nacionales e internacionales. Se ha incrementado el personal especializado en salud mental para atención primaria comunitaria, dicho personal se sumó a las unidades de salud general de diferentes municipios en las

32 entidades federativas.

Otra contribución importante fue la incorporación de siete intervenciones en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) autorizadas para los beneficiarios del Seguro Popular, considerando que para muchos ciudadanos el costo de los servicios es una de las barreras para no solicitar ayuda especializada.³⁵

Para el 2012 se logró el establecimiento de 42 Unidades Médicas Especializadas, Centro Integral de Salud Mental (UNEMES-CISAME) en 20 entidades federativas, para brindar atención ambulatoria con un modelo integral, cercano a la comunidad, conformado por distintos profesionales de la salud mental. Dichas unidades fueron creadas con la visión de acercar la salud mental a la población promoviendo de esta manera la atención y detección oportuna, evitando tanto la concentración de la atención en hospitalización, como la institucionalización de los enfermos mentales, siendo este último uno de los principales objetivos del Modelo Miguel Hidalgo Programa Nacional de Salud Mental.

A la par de lo antes mencionado, se han establecido acuerdos de capacitación con la Organización Panamericana de Salud, dirigidos a las entidades federativas para fortalecer la atención primaria, con el objetivo de reducir las brechas en materia de salud mental.²⁴

III.4 Retos 2013–2018

El campo de la Salud Mental en los últimos 10 años, ha desarrollado una serie de nuevos conocimientos, así como el surgimiento de nuevas necesidades en la población. En el caso de México los retos son diversos.

En primer lugar se encuentra el reto de erradicar las violaciones a los derechos humanos, así como las prácticas de tortura en usuarios y usuarias que se encuentran hospitalizados en las unidades médico- psiquiátricas, considerando que tan solo en 2013 el último reporte especial de la Comisión de Derechos Humanos, señaló que en los hospitales psiquiátricos públicos, se cometen faltas en detrimento de los derechos humanos de los usuarios (as).³⁶

Así mismo, todos los hospitales psiquiátricos públicos del país deberían contar con Programas de Rehabilitación Psicosocial, que contribuyan a mejorar las habilidades de autonomía en las personas que padecen enfermedad mental, sin dejar de lado la meta de la reinserción social de los usuarios (as) a través de la implementación de dispositivos comunitarios que lo permitan (casas de medio camino, inclusión laboral etc.).

No obstante, nuestro objetivo principal va dirigido a incrementar las unidades de psiquiatría en hospitales generales así como las villas de transición hospitalaria.

Además de considerar la atención y la reparación de las implicaciones de la enfermedad mental, es importante actuar para la protección de los aspectos positivos de la salud, fortaleciendo la promoción de la salud mental, así como las acciones que favorecen la detección oportuna de los trastornos mentales, enfatizando el primer nivel de atención y los servicios no especializados.

El Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental pretende homogenizar la calidad de atención, a través de la red existente y el incremento de los servicios de salud mental, integrando la red de servicios, a la red general de servicios de salud.

Para lograr esto, se debe aumentar la inversión en salud mental, es necesario que este aumento se vea plasmado en un abasto suficiente de medicamentos, así como el incremento de recursos humanos capacitados así como recursos, materiales suficientes.

Por último, será relevante contar con un sistema de información en salud mental integrado para conocer el peso de cada uno de los trastornos. Así como considerar implantar la visión de la gratuidad en los servicios de atención en particular de los usuarios que no cuentan con ninguna cobertura en salud.



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

El PAE Salud Mental se encuentra vinculado al PND, principalmente en su estrategia dos que se refiere al Desarrollo social para un México Incluyente.³⁷

El desarrollo social debe ser la prioridad de un México Incluyente. Muchos mexicanos se enfrentan a una serie de factores que los mantienen en círculos viciosos de desarrollo donde las oportunidades de progreso son escasas. El 46.2% de la población vive en condiciones de pobreza y el 10.4% vive en condiciones de pobreza extrema. Los indicadores tampoco nos permiten ser complacientes con respecto a la desigualdad del ingreso, la violación de los derechos humanos, la discriminación y el limitado acceso a servicios de salud y a una vivienda digna.

Lo anterior no sólo es inaceptable en términos de justicia social, sino que también representa una barrera importante para la productividad y el crecimiento económico del país.³⁷

Cuadro 1. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del PAE
2. México Incluyente	2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población.	2.1.2. Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva.	6. Incidir en la protección de los Derechos Humanos de las y los usuarios de los servicios de salud mental.
	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.2. Hacer las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	1. Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales
		2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.	
		2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	2. Fortalecer la cobertura de los servicios de salud mental 3. Promover la mejora de atención en los servicios de salud mental. 5. Establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos calificados.
		2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.	

IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El PAE Salud Mental, se encuentra alineado a su vez, al PROSESA³⁸ principalmente en sus objetivos:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.

Cuadro 2. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.	1.1.8. Promover las estrategias de prevención y promoción de la salud mental.	1. Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como de detección temprana y prevención de los trastornos mentales.
	1.7. Promover el envejecimiento activo, saludable y con dignidad, así como mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.	1.7.4. Ampliar la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno en materia de salud mental.	

Objetivos del PROESA	Estrategias del PROESA	Líneas de acción del PROESA	Objetivo del PAE
<p>2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.</p>	<p>2.4. Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.</p>	<p>2.4.1. Priorizar la implementación de modelos comunitarios y familiares de atención integral de pacientes con trastornos mentales del comportamiento.</p>	<p>3. Promover la mejora de atención en los servicios de salud mental.</p>
		<p>2.4.2. Reforzar el diagnóstico y la atención integral de los trastornos mentales y del comportamiento en todos los niveles de atención.</p>	<p>4. Coordinar la elaboración e instrumentar Programas Específicos de Intervención en las unidades que conforman la red de servicios.</p>
		<p>2.4.3. Fortalecer la cobertura de atención a los trastornos mentales con enfoque familiar, comunitario y respeto a los derechos humanos.</p>	<p>2. Fortalecer la cobertura de los servicios de salud Mental. 6. Incidir en la protección de los Derechos Humanos de las y los usuarios de los servicios de salud mental.</p>
		<p>2.4.4. Impulsar la atención integral de enfermos con trastornos mentales para lograr su reinserción social y productiva.</p>	<p>2. Fortalecer la cobertura de los servicios de salud Mental.</p>
		<p>2.4.5. Incorporar gradualmente los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica con la red de servicios de salud.</p>	<p>2. Fortalecer la cobertura de los servicios de salud Mental. 5. Establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos calificados.</p>
		<p>2.4.6. Impulsar modelos de atención no institucionales de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.</p>	<p>2. Fortalecer la cobertura de los servicios de salud Mental. 4. Coordinar la elaboración e instrumentar Programas Específicos de Intervención en las unidades que conforman la red de servicios.</p>



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

El STCONSAME como organismo destinado a dictar el contenido de las políticas públicas y estrategias nacionales en materia de salud mental, tiene como instrumento técnico referencial el PAE Salud Mental, a través del cual dicta las estrategias y líneas de acción para llevar a cabo la operación de los servicios y tiene como objetivo asegurar el acceso a servicios incluyentes, de calidad, basados en un modelo comunitario de apego irrestricto a los derechos humanos.

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Objetivos:

1. Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales.
2. Fortalecer la cobertura de los servicios de salud mental.
3. Promover la mejora de atención en los servicios de salud mental.
4. Coordinar la elaboración e instrumentar Programas Específicos de Intervención en las unidades que conforman la red de servicios.
5. Establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos calificados.
6. Incidir en la protección de los Derechos Humanos de las y los usuarios de los servicios de salud mental.

Objetivo 1. Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales.

El objetivo principal de las acciones en atención primaria para 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 sobre los trastornos mentales y factores de alto riesgo, de modo que sea posible prevenir la aparición de problemas y

trastornos mentales.⁹

Estrategia. 1.1. Fomentar actitudes que se reflejen en conductas saludables para mantener el bienestar biopsicosocial de la población.

Líneas de Acción:

- 1.1.1. Diseñar y coordinar acciones preventivas de salud mental dirigidas a familias que son víctimas de violencia social.
- 1.1.2. Favorecer la prevención secundaria de los trastornos mentales y del comportamiento.
- 1.1.3. Diseñar y difundir contenidos específicos sobre factores de riesgo y de protección para menores en edad escolar.
- 1.1.4. Fortalecer vínculos con la comunidad promoviendo la suscripción de convenios para ofrecer servicios que favorezcan las conductas saludables.
- 1.1.5. Promover actividades deportivas, culturales y recreativas a través de las unidades de salud, para fortalecer el bienestar biopsicosocial.

Estrategia 1.2. Desarrollar acciones continuas y permanentes de educación en salud mental dirigidas a población en riesgo para crear una cultura de atención oportuna.

Líneas de Acción:

- 1.2.1. Informar a la población signos y síntomas de los trastornos prevalentes en salud mental para su detección y atención oportuna.
- 1.2.2. Difundir información sobre los servicios que conforman la red de atención en salud mental.

Estrategia 1.3. Favorecer la detección oportuna de trastornos mentales o de la conducta en adultos y adultos mayores.

Líneas de Acción:

- 1.3.1. Establecer un Comité Técnico para la revisión de instrumentos de detección diagnóstica y lineamientos para los trastornos más prevalentes.
- 1.3.2. Identificar y detectar oportunamente los trastornos más prevalentes en personas adultas y adultas mayores.
- 1.3.3. Promover la detección oportuna del riesgo suicida en personas adultas y adultas mayores.

Estrategia 1.4. Favorecer la detección oportuna de trastornos mentales o de la conducta en niñas, niños y adolescentes en riesgo.

Líneas de Acción:

- 1.4.1. Identificar y detectar oportunamente los trastornos más prevalentes en niñas, niños y adolescentes.
- 1.4.2. Promover la detección oportuna del riesgo suicida en niñas, niños y adolescentes.
- 1.4.3. Detectar oportunamente maltrato en menores de edad.
- 1.4.4. Ofrecer programas educativos a docentes y padres sobre riesgos de la enfermedad mental y la importancia de la atención oportuna.

Estrategia 1.5. Fortalecer la prevención y promoción, a través de alianzas con el Sistema Nacional de Salud y otras instancias.

Líneas de Acción:

- 1.5.1. Favorecer la cooperación técnica al interior de la Secretaría de Salud.
- 1.5.2. Favorecer la cooperación técnica al interior del Sistema Nacional de Salud para enriquecer las acciones de promoción y prevención.
- 1.5.3. Impulsar la mejora de las prácticas de referencia intersectorial, con las Secretarías de Salud de los Estados, con el DIF y la SEP.
- 1.5.4. Promover la cooperación técnica con organismos internacionales para enriquecer las acciones de promoción y prevención.

Objetivo 2. Fortalecer la cobertura de los servicios de salud mental.

La OPS propone en su Plan de Acción 2014-2020 en su línea de acción 2, que debe existir una capacidad de respuesta de los servicios de salud mental, proporcionando en el ámbito comunitario una atención integral y de calidad.

Al respecto menciona que un modelo comunitario de salud mental se basa en principios básicos adoptados/adaptados por cada país para organizar la prestación de servicios; entre sus ejes fundamentales están la descentralización, la participación social, la coordinación multisectorial y la inserción del componente salud mental en la Atención Primaria en Salud y en los hospitales generales. También supone la prestación de servicios de una manera apropiada culturalmente, así como la equidad y no discriminación por razones de género, etnia u otras condiciones.²

Estrategia 2.1. Gestionar la integración de los servicios de salud mental a la red de salud general.

Líneas de Acción:

- 2.1.1. Elaborar el diagnóstico situacional de la red de servicios de salud mental existente en cada entidad federativa.
- 2.1.2. Estandarizar el funcionamiento de las unidades, basado en los lineamientos del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.
- 2.1.3. Articular la red de servicios basada en los lineamientos del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.

Estrategia 2.2. Promover la redistribución de los servicios de salud mental paulatinamente y a partir del consenso de los actores clave.

Líneas de Acción:

- 2.2.1. Desarrollar el diagnóstico situacional de los recursos humanos que integran la red de servicios de salud mental en cada Estado.
- 2.2.2. Impulsar la atención de urgencias psiquiátricas y hospitalización breve en hospitales generales.
- 2.2.3. Construir un sistema de información en salud mental que proporcione datos relevantes, oportunos y confiables para la toma de decisiones.

Estrategia 2.3. Favorecer el incremento de los servicios de salud mental.

Líneas de Acción:

- 2.3.1. Fortalecer la capacitación del personal de atención primaria en la Guía de Intervención mhGAP (OMS-OPS).
- 2.3.2. Fortalecer la capacitación en las unidades de primer y segundo nivel en el Uso de Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales.
- 2.3.3. Impulsar la construcción de Centros Integrales de Salud Mental en los estados que no cuentan con estas Unidades de Atención.
- 2.3.4. Promover la generación de servicios de reinserción social en la comunidad.
- 2.3.5. Impulsar el acceso a servicios de salud mental diferenciados para menores, evitando el estigma o la hospitalización psiquiátrica.

Objetivo 3. Promover la mejora de atención en los servicios de salud mental.

En el contexto de la mejora del acceso a la atención y de la calidad de los servicios, la OMS recomienda el desarrollo de servicios de salud mental y de asistencia social de base comunitaria; la integración de la asistencia y los tratamientos de salud mental en los hospitales generales y la atención primaria; la continuidad asistencial entre diferentes prestadores y niveles del sistema de salud; la colaboración eficaz entre los prestadores de atención formales e informales, y el fomento de la auto asistencia.³

Estrategia 3.1. Estandarizar la implementación del Modelo Miguel Hidalgo para la atención de calidad especializada en Salud Mental.

Líneas de Acción:

- 3.1.1. Definir las políticas de operación, procedimientos y lineamientos para atención primaria.
- 3.1.2. Definir las políticas de operación, procedimientos y lineamientos para atención ambulatoria especializada y hospitalización.
- 3.1.3. Definir las políticas de operación, procedimientos y lineamientos de los programas de reinserción social.

Estrategia 3.2. Promover el abasto suficiente de medicamento en los servicios de la red.

Líneas de Acción:

- 3.2.1. Establecer un mecanismo homogéneo de abasto de medicamento en unidades de atención primaria y atención ambulatoria especializada.
- 3.2.2. Vigilar los mecanismos para el abasto suficiente de medicamento en las unidades de hospitalización psiquiátrica.

Estrategia 3.3. Supervisar la existencia de los recursos materiales y humanos suficientes para operar los servicios de los tres niveles de atención.

Líneas de Acción:

- 3.3.1. Verificar que los servicios de salud mental cuenten con los recursos humanos especializados suficientes para su eficiente operación.
- 3.3.2. Verificar la existencia de espacios dignos en los servicios de salud mental, que aseguren el respeto a los derechos humanos.

Objetivo 4. Coordinar la elaboración e instrumentar Programas Específicos de Intervención en las unidades que conforman la red de servicios.

Un programa es a menudo una iniciativa a más corto plazo que una política o un plan, no obstante, esto no implica que los programas no deban pasar por una detallada planificación.

Hay muchas razones por las que, en distintos momentos, se detectan ciertas prioridades que deben pasar a un primer plano y ser abordadas. Éstas no deben considerarse como distracciones o interrupciones que afectan a los objetivos de salud mental a más largo plazo, ni como desviaciones de anteriores prioridades, sino como parte integral de la provisión de servicios en salud mental.³⁹

Estrategia 4.1. Contribuir a la elaboración de Programas Específicos de Salud Mental a través de alianzas con especialistas en cada tema.

Línea de Acción:

- 4.1.1. Promover la cooperación técnica con organismos nacionales e internacionales para la elaboración de Programas Específicos.

Estrategia 4.2. Instrumentar los Programas Específicos de Atención para personas adultas, de acuerdo a los trastornos mentales más prevalentes en el país.

Líneas de Acción:

4.2.1. Favorecer la implementación de los Programas Específicos de Atención en Salud Mental para personas adultas.

Estrategia 4.3. Instrumentar los Programas Específicos de Atención a niñas, niños y adolescentes, de acuerdo a los trastornos mentales prevalentes.

Línea de Acción:

4.3.1. Favorecer la implementación de los Programas Específicos de Atención en Salud Mental para menores.

Estrategia 4.4. Instrumentar el Programa Invierno sin Frío.

Líneas de Acción:

4.4.1. Difundir los lineamientos específicos para la aplicación del Programa Invierno sin Frío.

4.4.2. Supervisar que los recursos se destinen exclusivamente a la compra de los insumos propios del Programa Invierno sin Frío.

4.4.3. Favorecer la implementación del Programa Invierno sin Frío.

Estrategia 4.5. Instrumentar los Programas de Rehabilitación Psicosocial.

Líneas de Acción:

4.5.1. Difundir los lineamientos específicos para la aplicación de los Programas de Rehabilitación Psicosocial.

4.5.2. Supervisar que los recursos asignados para los Talleres Protegidos, se ejerzan en apego a la normatividad aplicable.

4.5.3. Supervisar que los recursos asignados para las Salidas Terapéuticas, se ejerzan en apego a la normatividad aplicable.

4.5.4. Supervisar que los recursos asignados para el Banco de Reforzadores, se ejerzan en apego a la normatividad aplicable.

4.5.5. Favorecer la implementación de Talleres Protegidos, Salidas Terapéuticas y Banco de Reforzadores.

Objetivo 5. Establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos calificados.

La capacitación del personal de salud mental se considerará como un indicador de calidad en la atención. Parte fundamental de que los servicios alcancen o no, los resultados deseados, se enfatiza en el mejor uso posible de los conocimientos y tecnología actuales por parte del personal.⁴⁰

Estrategia 5.1. Fortalecer la capacitación del personal de la red de atención en salud mental con base en los lineamientos del Modelo Hidalgo.

Líneas de Acción:

5.1.1. Impulsar los programas de capacitación dirigida al personal de atención primaria en Salud Mental.

5.1.2. Fomentar la implementación de programas de capacitación continua para personal especializado en nuevos tratamientos basados en evidencia científica.

5.1.3. Favorecer la capacitación continua dirigida al personal que aplica los programas de rehabilitación psicosocial.

5.1.4. Favorecer la capacitación continua dirigida al personal que aplica el programa de Reinserción Social.

5.1.5. Impulsar la capacitación en Perspectiva de Género, Derechos Humanos y Prevención de la Tortura dirigida al personal de Salud Mental.

Objetivo 6. Incidir en la protección de los Derechos Humanos de las y los usuarios de los servicios de salud mental.

Los derechos humanos deben ser una dimensión clave en el diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de los programas y políticas de salud mental. Estos incluyen, entre otros, los derechos a la igualdad; a la no discriminación; a la dignidad; al respeto a la privacidad y a la autonomía individual, a la información y a la participación.¹⁹

Estrategia 6.1. Vigilar el respeto de los Derechos Humanos en los servicios de Salud Mental.



Líneas de Acción:

- 6.1.1. Fortalecer la supervisión permanente de las unidades de hospitalización y villas de transición hospitalaria.
- 6.1.2. Difundir los Derechos Humanos de las y los usuarios en todas las unidades de atención.
- 6.1.3. Fortalecer la capacitación del personal de todas las unidades, en materia de Derechos Humanos.
- 6.1.4. Impulsar la conformación de los Comités Ciudadanos de Vigilancia en los Hospitales Psiquiátricos.
- 6.1.5. Favorecer el respeto a los derechos humanos de los y las usuarias en todas las unidades de atención.

Estrategia 6.2. Impulsar proyectos de ley y normatividad que protejan los derechos humanos y dispongan la mejora de atención.

Líneas de Acción

- 6.2.1. Promover la actualización de la normatividad vigente en Salud Mental.

V.2 Estrategias Transversales

El PAE Salud Mental, mantiene una perspectiva de género incorporando a los Programas de Rehabilitación Psicosocial, un enfoque que evite reproducir los estereotipos de género, promoviendo la detección y referencia en casos de violencia sexual y familiar de las y los usuarios de servicios psiquiátricos y favoreciendo la atención psicológica con énfasis en los requerimientos de atención del grupo etario y sexo.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

Los parámetros o indicadores proporcionan medidas operacionales para evaluar si los servicios cumplen los estándares exigidos y si están vinculados a un riguroso sistema externo de acreditación. Los estándares especifican grados de integración de los servicios hospitalarios y comunitarios así como la integración de los servicios de agudos y los servicios de rehabilitación, preservando en todo momento los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.⁴⁰

Elemento	Características				
Indicador 1	Porcentaje de polígonos intervenidos por el Programa de Acción Específico Salud Mental.				
Objetivo del PAE	Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales.				
Descripción general	<p>Tipo de intervención.</p> <p>Disposición de material informativo sobre actividades deportivas, culturales y recreativas al interior de la comunidad.</p> <p>Disposición de material informativo sobre factores de riesgo y protección dirigido a menores.</p> <p>Al menos un convenio suscrito con algún centro al interior de la comunidad que favorezca conductas saludables.</p>				
Observaciones	<p>Para que un polígono se considere intervenido al 100%, debe observar las tres acciones en el porcentaje indicado para constituir la meta 1. 40% 2. 40% 3. 20%.</p> <p>Al menos una de las acciones se contará como polígono intervenido.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: Número de polígonos intervenidos/Denominador: Total de polígonos determinados para cada entidad federativa por 100.</p>				
Periodicidad	Semestral.				
Fuente	SIAFFASPE				
Referencias adicionales	STCONSAME				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	10%	20%	40%	60%	80%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
0			80% polígonos intervenidos.		

Elemento	Características					
Indicador 2	Porcentaje de unidades de primer nivel que implementaron acciones continuas y permanentes de promoción de la salud y prevención de los trastornos mentales.					
Objetivo del PAE	Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales.					
Descripción general	<p>Tipo de intervención.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disposición de material informativo sobre los trastornos mentales más prevalentes, al interior de las unidades de primer nivel. 2. Disposiciones de escalas de tamizaje de los trastornos más prevalentes de la entidad. 3. Participación activa en ferias de salud con temas de salud mental. 					
Observaciones	<p>Para que una unidad se considere intervenida al 100%, debe observar las tres acciones en el porcentaje indicado para constituir la meta 1. 30% 2. 40% 3. 30%.</p> <p>Al menos una de las acciones se contará como unidad intervenida.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: Número de unidades de primer nivel (centros de salud) que implementaron acciones continuas permanentes de promoción de la salud y prevención de los trastornos mentales / Denominador: Número total de centros de salud con que cuenta la entidad federativa por 100.</p>					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	SIAFFASPE					
Referencias adicionales	STCONSAME					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	20%	40%	60%	80%	100%	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
0			100% Centros de Salud con acciones continuas y permanentes de promoción de la salud y prevención de los trastornos mentales.			

Elemento	Características				
Indicador 3	Porcentaje de personal médico y paramédico de centros de salud capacitados en la Guía mhGAP.				
Objetivo del PAE	Fortalecer la cobertura de los servicios de salud mental.				
Descripción general	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.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de empleados médicos y paramédicos de unidades de primer nivel (centros de salud) capacitados / Denominador: Número total de empleados médicos y paramédicos en unidades de primer nivel (centros de salud) por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	SIAFFASPE				
Referencias adicionales	STCONSAME				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	5%	10%	15%	20%	30%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
0			30% de médicos y paramédicos no especializados en salud mental capacitados en mhGAP.		

Elemento	Características					
Indicador 4	Número de hospitales generales con al menos una cama de psiquiatría.					
Objetivo del PAE	Fortalecer la cobertura de los servicios de salud mental.					
Descripción general	Este indicador medirá el número de hospitales generales del sistema nacional de salud que cuentan con al menos una cama de psiquiatría.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Numero de hospitales generales con al menos una cama de Psiquiatría / Denominador: Número total de hospitales generales por 100.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Reporte estatal.					
Referencias adicionales	STCONSAME					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	0%	5%	10%	20%	30%	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
0			30% de hospitales generales con al menos una cama de psiquiatría.			

Elemento	Características					
Indicador 5	Porcentaje de entidades federativas que cuentan con el “Sistema único de abasto de medicamento para salud mental”.					
Objetivo del PAE	Promover la mejora de atención en los servicios de salud mental.					
Descripción general	Este indicador medirá la existencia de un sistema homogéneo para abastecer medicamento de salud mental en unidades de primer nivel y especializadas.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de entidades federativas que cuentan con el “Sistema único de abasto de medicamento para salud mental” / Denominador: Número total de entidades federativas por 100.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Reporte estatal.					
Referencias adicionales	STCONSAME					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	0%	0%	10%	20%	30%	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
0			30% del total de las entidades federativas.			

Elemento	Características					
Indicador 6	Porcentaje de hospitales psiquiátricos que cumplen con la aplicación del Programa Invierno sin Frío.					
Objetivo del PAE	Coordinar la elaboración e instrumentar Programas Específicos de Intervención en las unidades que conforman la red de servicios.					
Descripción general	Este indicador mide la implementación del Programa Invierno sin Frío al interior de los hospitales psiquiátricos.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de hospitales psiquiátricos que cumplen con la aplicación del Programa Invierno sin Frío / Denominador: Número total de hospitales psiquiátricos por 100.					
Periodicidad	Semestral.					
Fuente	SIAFFASPE					
Referencias adicionales	STCONSAME					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	10%	30%	50%	70%	100%	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
0			100% hospitales psiquiátricos.			

Elemento	Características					
Indicador 7	Porcentaje de hospitales psiquiátricos que cumplen con la aplicación del Programa de Rehabilitación Psicosocial.					
Objetivo del PAE	Coordinar la elaboración e instrumentar Programas Específicos de Intervención en las unidades que conforman la red de servicios.					
Descripción general	Este indicador mide la implementación del Programa de Rehabilitación Psicosocial al interior de los hospitales psiquiátricos.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de hospitales psiquiátricos que cumplen con la aplicación del Programa de Rehabilitación Psicosocial / Denominador: Número total de hospitales psiquiátricos por 100.					
Periodicidad	Semestral.					
Fuente	SIAFFASPE					
Referencias adicionales	STCONSAME					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	10%	30%	50%	70%	100%	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
0			100% hospitales psiquiátricos.			

Elemento	Características					
Indicador 8	Porcentaje de personal que aplica los programas de rehabilitación psicosocial que ha sido capacitado en cada hospital psiquiátrico.					
Objetivo del PAE	Establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos calificados.					
Descripción general	Este indicador medirá la cantidad de personal capacitado para aplicar los programas de rehabilitación psicosocial al interior del hospital psiquiátrico.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de rehabilitadores psicosociales del hospital psiquiátrico capacitados / Denominador: Número total de rehabilitadores psicosociales del hospital psiquiátrico en cada entidad por 100.					
Periodicidad	Anual					
Fuente	SIAFFASPE					
Referencias adicionales	STCONSAME					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	20%	30%	40%	60%	80%	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
0			80% rehabilitadores capacitados.			

Elemento	Características					
Indicador 9	Porcentaje de hospitales psiquiátricos que recibieron curso de derechos humanos y prevención de la tortura.					
Objetivo del PAE	Establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos calificados.					
Descripción general	Este indicador medirá la cantidad de hospitales psiquiátricos capacitados en el tema de derechos humanos y prevención de la tortura.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de hospitales psiquiátricos que recibieron curso de derechos humanos y prevención de la tortura / Denominador: Número total de hospitales psiquiátricos por 100.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	SIAFFASPE					
Referencias adicionales	STCONSAME					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	20%	30%	40%	60%	80%	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
0			80% Hospitales psiquiátricos capacitados.			

Elemento	Características					
Indicador 10	Porcentaje de hospitales psiquiátricos sin cuarto y/o patio de aislamiento. (Excepto hospitales con personas que se encuentran sujetos a proceso judicial).					
Objetivo del PAE	Incidir en la protección de los Derechos Humanos de las y los usuarios de los servicios de salud mental.					
Descripción general	<p>Este indicador mide la ausencia de cuarto y/o patio de aislamiento al interior del hospital psiquiátrico. El aislamiento se considera violatorio de los derechos humanos y está tipificado como tortura en legislación internacional, por lo tanto debe ser eliminado.</p> <p>Los hospitales que, por indicaciones superiores estatales, tienen personas que han cometido un delito podrán contar con espacios especiales solo para éstos.</p> <p>Es un indicador negativo, para obtener la meta 1, debe haber ausencia de cuarto y/o patio de aislamiento en cada hospital.</p>					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de hospitales psiquiátricos sin cuarto y/o patio de aislamiento / Denominador: Total de hospitales psiquiátricos por 100.					
Periodicidad	Semestral.					
Fuente	SIAFFASPE					
Referencias adicionales	STCONSAME					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	10%	30%	50%	70%	100%	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
0			100% hospitales psiquiátricos que brindan información sobre derechos humanos.			



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

En la matriz de corresponsabilidad se expresa de manera clara las responsabilidades que compete a cada uno de las instituciones que Integran el Sistema Nacional de Salud.

Las actividades de rectoría quedan a cargo de la Secretaría de Salud Federal, a través del STCONSAME. Así mismo es el encargado de establecer la política pública en materia de salud mental.

La operación de los servicios de salud mental corre a cargo de los Servicios Estatales de Salud (SESA) quienes serán los responsables de aplicar las políticas de prevención, promoción, atención y rehabilitación psicosocial.

Por su parte el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), debe de coadyuvar en cuanto a la capacitación del personal de los hospitales psiquiátricos a su cargo principalmente en temas prioritarios como: derechos humanos y prevención de la tortura, estos con perspectiva de género.

Así mismo el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el IMSS, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, y los servicios de salud de PEMEX, SEDENA y SEMAR por su parte dentro de sus atribuciones y competencias apoyarán en las acciones de prevención, promoción, diagnóstico oportuno y atención integral en materia de salud mental tal y como se describe en las acciones de la matriz.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1	Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales.									
Indicador 1	Porcentaje de polígonos intervenidos por el Programa de Acción Específico Salud Mental.	Meta 1		80% polígonos intervenidos.						
Indicador 2	Porcentaje de unidades de primer nivel que implementaron acciones continuas y permanentes de promoción de la salud y prevención de los trastornos mentales.	Meta 2		100% Centros de Salud con acciones continuas y permanentes de promoción de la salud y prevención de los trastornos mentales.						
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.1.	Diseñar y coordinar acciones preventivas de salud mental dirigidas a familias que son víctimas de violencia social.	✓	✓							
1.1.2.	Favorecer la prevención secundaria de los trastornos mentales y del comportamiento		✓							
1.1.3.	Diseñar y difundir contenidos específicos sobre factores de riesgo y de protección para menores en edad escolar.	✓	✓							
1.1.4.	Fortalecer vínculos con la comunidad promoviendo la suscripción de convenios para ofrecer servicios que favorezcan las conductas saludables.	✓	✓							
1.1.5.	Promover actividades deportivas, culturales y recreativas a través de las unidades de salud, para fortalecer el bienestar biopsicosocial.	✓	✓							
1.2.1.	Informar a la población signos y síntomas de los trastornos prevalentes en salud mental para su detección y atención oportuna.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.2.2.	Difundir información sobre los servicios que conforman la red de atención en salud mental.	✓	✓							

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.3.1.	Establecer un Comité Técnico para la revisión de instrumentos de detección diagnóstica y lineamientos para los trastornos más prevalentes.	✓								
1.3.2.	Identificar y detectar oportunamente los trastornos más prevalentes en personas adultas y adultas mayores.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.3.3.	Promover la detección oportuna del riesgo suicida en personas adultas y adultas mayores.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.4.1.	Identificar y detectar oportunamente los trastornos más prevalentes en niñas, niños y adolescentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.4.2.	Promover la detección oportuna del riesgo suicida en niñas, niños y adolescentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.4.3.	Detectar oportunamente maltrato en menores de edad.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.4.4.	Ofrecer programas educativos a docentes y padres sobre riesgos de la enfermedad mental y la importancia de la atención oportuna.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.5.1.	Favorecer la cooperación técnica al interior de la Secretaría de Salud.	✓								
1.5.2.	Favorecer la cooperación técnica al interior del Sistema Nacional de Salud para enriquecer las acciones de promoción y prevención.	✓								
1.5.3.	Impulsar la mejora de las prácticas de referencia intersectorial, con las Secretarías de Salud de los estados, con el DIF y la SEP.	✓								
1.5.4.	Promover la cooperación técnica con organismos internacionales para enriquecer las acciones de promoción y prevención.	✓								

Objetivo 2		Fortalecer la cobertura de los servicios de salud mental.								
Indicador 3	Porcentaje de personal médico y paramédico de centros de salud capacitados en la Guía mhGAP.	Meta 3	30% de médicos y paramédicos no especializados en salud mental capacitados en mhGAP.							
Indicador 4	Numero de hospitales generales con al menos una cama de psiquiatría.	Meta 4	30% hospitales generales con al menos una cama de psiquiatría.							
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
2.1.1.	Elaborar el diagnóstico situacional de la red de servicios de salud mental existente en cada entidad federativa.	✓	✓							
2.1.2.	Estandarizar el funcionamiento de las unidades, basado en los lineamientos del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.	✓	✓							
2.1.3.	Articular la red de servicios basada en los lineamientos del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.	✓	✓							
2.2.1.	Desarrollar el diagnóstico situacional de los recursos humanos que integran la red de servicios de salud mental en cada Estado.	✓	✓							
2.2.2.	Impulsar la atención de urgencias psiquiátricas y hospitalización breve en hospitales generales.	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
2.2.3.	Construir un sistema de información en salud mental que proporcione datos relevantes, oportunos y confiables para la toma de decisiones.	✓	✓	✓	✓	✓	✓			

Línea de acción		SS	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
2.3.1.	Fortalecer la capacitación del personal de atención primaria en la Guía de Intervención mhGAP (OMS-OPS).	✓	✓							
2.3.2.	Fortalecer la capacitación en las unidades de primer y segundo nivel en el Uso de Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.3.3.	Impulsar la construcción de Centros Integrales de Salud Mental en los estados que no cuentan con estas Unidades de Atención.	✓	✓							
2.3.4.	Promover la generación de servicios de reinserción social en la comunidad.	✓	✓							
2.3.5.	Impulsar el acceso a servicios de salud mental diferenciados para menores, evitando el estigma o la hospitalización psiquiátrica.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Objetivo 3		Promover la mejora de atención en los servicios de salud mental.								
Indicador 5		Porcentaje de entidades federativas que cuentan con el “Sistema único de abasto de medicamento para salud mental”.			Meta 5		30% del total de las entidades federativas.			
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
3.1.1.	Definir las políticas de operación, procedimientos y lineamientos para atención primaria.	✓								
3.1.2.	Definir las políticas de operación, procedimientos y lineamientos para atención ambulatoria especializada y hospitalización.	✓								
3.1.3.	Definir las políticas de operación, procedimientos y lineamientos de los programas de reinserción social.	✓								
3.2.1.	Establecer un mecanismo homogéneo de abasto de medicamento en unidades de atención primaria y atención ambulatoria especializada.	✓	✓							
3.2.2.	Vigilar los mecanismos para el abasto suficiente de medicamento en las unidades de hospitalización psiquiátrica.	✓	✓							
3.3.1.	Verificar que los servicios de salud mental cuenten con los recursos humanos especializados suficientes para su eficiente operación.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
3.3.2.	Verificar la existencia de espacios dignos en los servicios de salud mental, que aseguren el respeto a los derechos humanos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Objetivo 4		Coordinar la elaboración e instrumentar Programas Específicos de Intervención en las unidades que conforman la red de servicios.								
Indicador 6		Porcentaje de hospitales psiquiátricos que cumplen con la aplicación del Programa Invierno sin Frío.	Meta 6		100% hospitales psiquiátricos.					
Indicador 7		Porcentaje de hospitales psiquiátricos que cumplen con la aplicación del Programa de Rehabilitación Psicosocial.	Meta 7		100% hospitales psiquiátricos.					
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
4.1.1.	Promover la cooperación técnica con organismos nacionales e internacionales para la elaboración de Programas Específicos.	✓	✓							
4.2.1.	Favorecer la implementación de los Programas Específicos de Atención en Salud Mental para personas adultas.	✓	✓							
4.3.1.	Favorecer la implementación de los Programas Específicos de Atención en Salud Mental para menores.	✓	✓							
4.4.1.	Difundir los lineamientos específicos para la aplicación del Programa Invierno sin Frío.	✓								
4.4.2.	Supervisar que los recursos se destinen exclusivamente a la compra de los insumos propios del Programa Invierno sin Frío.	✓								
4.4.3.	Favorecer la implementación del Programa Invierno sin Frío.	✓	✓							
4.5.1.	Difundir los lineamientos específicos para la aplicación de los Programas de Rehabilitación Psicosocial.	✓								

Línea de acción		SS	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
4.5.2.	Supervisar que los recursos asignados para los Talleres Protegidos, se ejerzan en apego a la normatividad aplicable.	✓								
4.5.3.	Supervisar que los recursos asignados para las Salidas Terapéuticas, se ejerzan en apego a la normatividad aplicable.	✓								
4.5.4.	Supervisar que los recursos asignados para el Banco de Reforzadores, se ejerzan en apego a la normatividad aplicable.	✓								
4.5.5.	Favorecer la implementación de Talleres Protegidos, Salidas Terapéuticas y Banco de Reforzadores.	✓	✓							

Objetivo 5		Establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos calificados								
Indicador 8		Porcentaje de personal que aplica los programas de rehabilitación psicosocial capacitado en cada hospital psiquiátrico.	Meta 8			80% rehabilitadores capacitados.				
Indicador 9		Porcentaje de hospitales psiquiátricos que recibieron curso de derechos humanos y prevención de la tortura.	Meta 9			80% Hospitales psiquiátricos capacitados.				
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
5.1.1.	Impulsar los programas de capacitación dirigida al personal de atención primaria en Salud Mental.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
5.1.2.	Fomentar la implementación de programas de capacitación continua para personal especializado en nuevos tratamientos basados en evidencia científica.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
5.1.3.	Favorecer la capacitación continua dirigida al personal que aplica los programas de rehabilitación psicosocial.	✓	✓							
5.1.4.	Favorecer la capacitación continua dirigida al personal que aplica el programa de Reinserción Social.	✓	✓							
5.1.5.	Impulsar la capacitación en Perspectiva de Género, Derechos Humanos y Prevención de la Tortura dirigida al personal de Salud Mental.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Objetivo 6		Incidir en la protección de los Derechos Humanos de las y los usuarios de los servicios de salud mental								
Indicador 10		Porcentaje de hospitales psiquiátricos sin cuarto y/o patio de aislamiento. (Excepto hospitales con personas que se encuentran sujetos a proceso judicial).			Meta 10		100% hospitales psiquiátricos que brindan información sobre derechos humanos.			
Línea de acción		SS	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
6.1.1.	Fortalecer la supervisión permanente de las unidades de hospitalización y villas de transición hospitalaria.	✓								
6.1.2.	Difundir los Derechos Humanos de las y los usuarios en todas las unidades de atención.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
6.1.3.	Fortalecer la capacitación del personal de todas las unidades, en materia de Derechos Humanos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
6.1.4.	Impulsar la conformación de los Comités Ciudadanos de Vigilancia en los Hospitales Psiquiátricos.	✓	✓	✓						
6.1.5.	Favorecer el respeto a los derechos humanos de los y las usuarias en todas las unidades de atención.	✓	✓							
6.2.1.	Promover la actualización de la normatividad vigente en Salud Mental.	✓								



VIII. TRANSPARENCIA

VIII. TRANSPARENCIA

El monitoreo y evaluación de los Programas contribuye a la gobernabilidad mediante el fortalecimiento de rendición de cuentas y de transparencia en la gestión. Asimismo, impulsa el desarrollo de la cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustentar una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias. En las últimas décadas nuestro país ha tenido una transición progresiva de la sociedad civil que han participado e intervenido para que esto suceda como agentes de cambio; no obstante aún quedan retos por resolver.

Para dar cumplimiento al acceso a la sociedad civil sobre el logro de metas, existen diversas fuentes de información de libre acceso disponibles en la página de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: www.spps.gob.mx, del STCONSAME: www.consame.salud.gob.mx y a través del enlace de contacto en el sitio web.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción en Salud Mental 2014-2020. Washington D.C. 2014.
2. Organización Mundial de la Salud. Mental Health Atlas; 2011.
3. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020. Informe de la Secretaría. Consejo Ejecutivo 132.a reunión; 2013.
4. Dell'Acqua P. Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio. Ideass Italia.
5. Lluch, E. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985.
6. Secretaría de Salud México. Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica; México, D.F. 2006
7. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica. DOF 16-11-1995.
8. Gobierno de Chile Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Segunda Edición ed. Santiago de Chile; 2001.
9. Organización Panamericana de la Salud. Temas de salud mental en la comunidad. 1st ed. Washington, D.C.; 1992.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001, Salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001.
11. Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP). Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial. 1st ed.: IMSERSO; 2007.
12. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de política en salud mental, resumen analítico, paquete sobre la orientación sobre política y servicios; 2001.
13. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948.
14. Organización de las Naciones Unidas. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. En Asamblea General Resolución 46/119; 1991.
15. Organización de las Naciones Unidas. las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades de las Personas con discapacidad. En Asamblea General Resolución 48/96; 1993.
16. Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas, reestructuración de la atención psiquiátrica. En Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina; 1990; Caracas.
17. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas. 2010.
18. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos. En Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966; 1996.
19. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966; 1966.
20. Organización Mundial de la Salud. Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos Edimsa Emsa, editor; 2003.
21. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF 05-II-1917 F.E. DOF 06 II 1917 Ref. DOF última reforma 05-06-2013.
22. Ley General de Salud. DOF 07-II-1984 Ref. DOF última reforma publicada. DOF 02-04-2014.
23. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal DOF 29-12-1976 F.E. DOF 02-02-1977 Ref. DOF última reforma 02-04-2013.

24. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. DOF 19-02-2004.
25. Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada Ginebra Suiza; 2012.
26. Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental. Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental.; México, 2000.
27. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México IESM-OMS. Instituto Nacional de Psiquiatría, 2011.
28. Organización Mundial de la Salud. Improving Health Systems and Services for Mental Health; 2009.
29. Organización Panamericana de la Salud. WHO - AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe; 2013.
30. Organización Panamericana de la Salud. [Online]; 2014. Available from: <http://www.paho.org/mex/>.
31. Berenzon Gorn S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza ME, Aparicio Basaurí V, Galván Reyes J. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿Hacia dónde encaminar la atención? Rev. Panam Salud Pública. 2013; 33 (4):252–8.
32. Lara MC. Social Cost of Mental Disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican. Salud Mental. 2007; 30(5).
33. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: Results mexican adolescent mental health survey child psychol. Psychiatry. 2009; 50(4).
34. Medina-Mora ME, Borges G, Lara MC, Benjet C, Blanco J, Fleiz CM, Villatoro JA. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental. 2003; 26(4).
35. Catálogo Universal de Servicios de Salud. [Online]; 2012 [cited 2014 01 10. Available from: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=340&Itemid=389.
36. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Informe Especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre los Hospitales Psiquiátricos que dependen del gobierno federal y estados de la República Mexicana; 2013.
37. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. ; DOF: 20/05/2013.
38. Gobierno de la República. Plan Nacional de Desarrollo, Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
39. Organización Mundial de la Salud. Política, planes y programas en salud mental. Edimsa Emsa; 2006.
40. Organización Mundial de la Salud. Mejora de la calidad de la salud mental Edimsa Emsa; 2007.
41. J.R. E. Psicología Social Madrid: Pirámide; 1999.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CISAME	Centro Integral de Salud Mental
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
mhGAP	Programa de Acción Mundial para superar las brechas en Salud Mental
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SSA	Secretaría de Salud
STCONSAME	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental
UNEMES-CISAME	Unidades Médicas Especializadas, Centro Integral de Salud Mental

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Actitud. Predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.⁴¹

Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica. Conjunto de servicios que se proporcionan a las y los usuarios, con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental en forma continua con calidad, calidez, seguridad y con enfoque comunitario, sensibles a las diferencias de género. Comprende las actividades de promoción de la salud, las preventivas, las terapéuticas y las de rehabilitación psicosocial, las cuales, se ejercerán con pleno respeto a los derechos humanos de los usuarios.

Capacidades remanentes. Son aquellas características que el sujeto conserva y que se pretende potenciar a través de la rehabilitación.

Equipo de atención primaria. Se encuentran a nivel de los centros de salud y están conformados, en la mayoría de los casos por médico general, licenciado/a en enfermería, auxiliares de enfermería y otro personal paramédico, este equipo realiza acciones de atención primaria en todas las áreas clínicas, incluyendo salud mental.

Habilidades instrumentales de la vida diaria. Son las ocupaciones que componen la actividad cotidiana, actividad conformada por las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio.

Modelo asilar. Es el modelo clásico de la psiquiatría, donde se pondera el encierro y la restricción física como único camino para el paciente psiquiátrico. En este modelo el paciente no tiene la posibilidad de la rehabilitación y la reinserción social. Los hospitales del modelo asilar solo albergan pacientes sin otorgarles posibilidad de egreso alguno.

Modelo Comunitario de Salud. Es un conjunto de estrategias de salud comunitarias debidamente articuladas, enfocadas a la promoción, gestión y acceso a los servicios de salud para la población. Con la participación activa de las comunidades debidamente organizadas, capacitadas en coordinación con las instancias públicas de salud.

Psicoeducación. Hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas, está relacionado con el funcionamiento psíquico, el afrontamiento y aprendizaje de habilidades que tienen que ver con procesos intrapsíquicos, como también interpersonales.

Vivienda Subvencionada. Contribución que hace el gobierno y otras instancias de una cantidad de dinero para el sostén de una vivienda para las personas que así lo requieran.



SALUD MENTAL

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

D.R. Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696, México, D.F.