

UNA REFLEXIÓN EN TORNO A LAS POLÍTICAS SOCIALES DE SALUD MENTAL EN MÉXICO

A Critical Reflexion About the Social Policies on Mental Health in Mexico

Juan Martell Muñoz

Resumen

Fundamentado en la teoría de la complejidad y en la teoría socio-construccionista y a través de un análisis crítico, este artículo tiene como objetivo realizar una aportación para la revisión de la teoría en el análisis, diseño e implantación de políticas sociales encaminadas a la salud mental, así como también, de sus componentes. Con esto se procura construir una aportación sólida y reflexiva respecto a la conceptualización de la salud y de la salud mental específicamente. El trabajo incluye dos partes que intentan ejemplificar y reflexionar respecto a la salud mental en México: la primera se refiere al contexto de las políticas de salud y la segunda, al análisis teórico.

Palabras clave: políticas sociales, salud mental, servicios de salud, complejidad.

Juan Martell Muñoz

Doctor en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social. Profesor en la Universidad Autónoma de Zacatecas. Correo electrónico: jmartellm@yahoo.com

Abstract:

Through a critical analysis based on the Complexity Theory and the Socio-Constructionist Theory, the goal of this work is to make a contribution to the revision of existent theories on the analysis, design and implementation of Social Policies related to Mental Health and its components, as well. The article seeks to build a solid and reflexive framework of the conceptualization of Health and Mental Health, specifically. To fulfill this purpose, the article includes two parts that attempt to describe and analyze the Mental Health in Mexico: the first refers to the context of policies of health and the second to the theoretical analysis of the subject.

Keywords: Social Policy, Mental Health and Health Services, Complexity.

Introducción

Uno de los principales antecedentes en términos de legislación sobre la salud mental en México se produjo el 19 de enero de 2004, cuando el Secretario de Salud, Julio Frenk, firmó la ley por la que se creó el Consejo Nacional de Salud Mental. Debido al claro vacío en programas sociales sobre salud mental hasta ese momento, el Consejo fue creado como instrumento de la Secretaría de Salud Federal para impulsar la reforma psiquiátrica, iniciada en México bajo el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, por un lado, y por el otro, para llevar a cabo la planeación, supervisión y evaluación de los servicios de salud mental en todo el país. Adicionalmente, también se promovía la reestructuración de la atención psiquiátrica a través de acciones de promoción, prevención y rehabilitación en el ámbito de la salud mental, por medio de la creación de nuevas estructuras de atención de primer nivel, hospitalización breve y reintegración social, con un énfasis en los servicios basados en la comunidad. No obstante los buenos propósitos iniciales, no podemos dejar de señalar ciertas limitaciones de la ley, a saber: la línea psiquiátrica de su fundamento, la gran cantidad de instituciones que integran el Consejo, su alcance limitado, etc. De alguna forma, en la práctica, el Consejo sólo parece existir como coadyuvante de las instituciones ya existentes para la realización de actividades protectoras de la salud mental, y su relevancia estriba, más bien, en participar en la investigación sobre temas de salud mental en nuestro país.

En el 2005, el Dr. Juan Martín Sandoval de Escurdia realizó una propuesta de reforma de la salud mental en México y concluía en la necesidad de definirla como prioritaria en medio de una sociedad democrática y justa, estableciendo para ello, la necesidad de tender hacia el universalismo en la atención, proponiendo la desaparición de los hospitales psiquiátricos asilares (Cámara de diputados LIX Legislatura, 2005).

Sin embargo, no hubo cambios significativos: en el Programa Nacional de Salud, en el punto referente a la salud mental, se insiste en la estrategia de atención hospitalaria y en la reclusión como estrategia reparadora. Por otro lado, se posterga para el 2010 la creación de un marco legal y normativo para la atención en salud mental. Asimismo, se acepta la escasa inversión en salud mental y se propone un aumento de ésta por parte del gobierno (Ward, 1989).

Una contradicción más por parte de las autoridades gubernamentales es que en el programa del gobierno mexicano *Para vivir mejor no se hace ninguna referencia a la salud mental* en sus 52 páginas (Programa para vivir mejor, 2012).

En términos generales, la visión unilateral de la salud mental en nuestro país sigue siendo una problemática a lo que se añade los escasos recursos, el nulo impacto, el rebase por parte de la realidad a las estructuras tanto organizacionales como materiales. Mientras que los trastornos van en aumento junto con los AVAD's (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) y los AVP's (Años de Vida Perdidos por Discapacidad) no existe un marco legal y normativo firme para la atención de los enfermos mentales, como lo demanda la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto es producto también de lo intangible que es la salud mental. Además de la carencia de un marco legal, el malestar siempre está relacionado con la corporeidad, no así con la subjetividad humana. Se dice de la hipertensión que *no duele pero mata* y quizás esa lógica pueda aplicarse a los problemas de índole mental.

Las manifestaciones del malestar mental son parte de un marco histórico y cultural propio de una región o de una sociedad (Pérez, 2006), ya que las manifestaciones están entremezcladas con la cultura (Menéndez, 2008) y las representaciones de un sector o varios sectores de la sociedad a la que pertenece esa *enfermedad*.

Por su parte el reporte de FUNSALUD (2006) recomienda el cambio de visión y se mueven hacia una perspectiva comunitaria para la atención de la salud, tanto física como mental. El mismo reporte contextualiza el desenvolvimiento de la salud y las causas de muerte en nuestro país. En su evaluación, sobresale la importancia del problema. Años atrás, las enfermedades transmisibles y relacionadas con la nutrición eran las principales causas de muerte, sin embargo, ahora las enfermedades no transmisibles (entre ellas las enfermedades mentales) componen casi el 75% de las enfermedades que mayores daños causan al bienestar humano en México.

Los reportes oficiales del gobierno no mencionan los alcances, cobertura, necesidades y logros de las políticas sociales en el sector salud. Es importante señalar que las estrategias, políticas públicas y sociales respecto a la salud mental cambiarán drásticamente cuando el concepto de salud cambie. La relación representacional de la

salud con el dolor físico ha motivado a los profesionales a tratar de solucionar los problemas de salud a través de una forma exclusiva, la reactiva y representada por la farmacopea (Evans, 1996).

De esta forma las implicaciones de los marcos referenciales para la mejora de la atención de los servicios de salud están circunscritas a la materialidad y no a la historia y a los juicios culturales acerca del bienestar. La salud como valor social y más la salud mental, sufren de una ambigüedad mayor en virtud de sus planteamientos al lado del realismo crítico y de la inmaterialidad y subjetividad subyacente en sus contemplaciones y explicaciones (Chávez, Pol y Villaseñor, 2005).

Esta cuestión es de la ampliación de la mirada sobre la salud mental en el país, e convierte en ineludible, sobre todo en el aspecto etiológico y diagnóstico, donde los elementos culturales y sociales, así también como los históricos se convierten en el eje vector de las decisiones en la construcción e implantación de políticas sociales.

Los servicios de salud y las políticas hacia la salud mental en México

Si bien al finalizar de la Revolución el país se encontraba en malas condiciones económicas como para ofrecer una política social respecto a la salud, las condiciones políticas eran las mejores para emprender el camino de la creación de instituciones de salud adecuadas a las exigencias y a la ideología del momento. En esos días, se percibía en el ambiente un ánimo democrático y de generación de justicia pero, sin embargo, esta tendencia democrática solo duró dos o tres décadas más. La tendencia a satisfacer las necesidades *políticas* y no las necesidades sociales fueron creando un sinnúmero de instituciones para la atención de la infancia, de los padres de esa infancia, los cuidados de la senectud, (una preocupación más, ante el envejecimiento contemporáneo de la población en nuestro país), los planes de retiro y un largo etcétera.

La inquietud por la protección de la salud era impulsada por el corporativismo¹ y el paternalismo generado por los gobiernos revolucionarios posteriores a la segunda mitad de la década de los años cuarenta. En este sentido se crearon una serie de instituciones a lo que Ward (1989) llama *pastiche* para la atención de la salud de los

¹ Según Audelo Cruz (2004) el corporativismo se refiere a clivajes que coaptan y controlan sectores sociolaborales desde y para la participación social dirigida y ordenada por el Estado.

mexicanos. Sin lugar a dudas fue y es una manifestación de la desigualdad y la diferenciación de los mexicanos. Así, los fondos de los servicios en el ISSTE, IMSS, SEDENA, PEMEX, Marina son tripartitas: fondos del gobierno, del trabajador y del patrón, mientras que la Secretaría de Salud, SESA e IMSS-Oportunidades son fondeados por el Gobierno Federal y los Gobiernos estatales y los servicios privados por proveedores del mismo orden; todos cuentan con hospitales, clínicas y médicos dentro de sus sistemas y programas; los usuarios de los primeros son los trabajadores, las familias de los trabajadores y jubilados, de los segundos son autoempleados, sector informal y desempleados, y los terceros personas con capacidad de pago (Gómez Dantés et al, 2011).

Ward también señala acerca de los gastos y costos de la seguridad social en salud:

En México, casi todas las instituciones de seguridad social que se han establecido administran sus propios servicios... y por ello es difícil “desatar” datos acerca de los gastos y acerca de los cambios en la política general que afectan específicamente las cuestiones de salubridad... dado que el sector de salubridad y seguro social es toda una miríada de instituciones y programas nacionales y estatales... (1989: 185).

El sistema de salud de México está fundado en unos cimientos asistencialistas, reparadores y curativos más que preventivos y educativos. Los grandes programas de gasto en salud han sido dirigidos a la construcción de hospitales de primer nivel y a la compra de tecnología al primer mundo, aun cuando las problemáticas en salud han sido diferentes respecto a los países centrales. Más allá de esas diferencias con el exterior, también existen diferenciaciones internas ya que las diferencias regionales se presentan como muy marcadas. El Plan Nacional de Salud nacido en 1974 no dejó de ser panfletario y propagandístico, ya que se convirtió en un componente más del corporativismo. De alguna forma, el sistema de salud se perpetuó como una serie de pastiches que lo fueron componiendo (Ward, 1989). El resultado fue ineficaz y poco equitativo, sin alentar la distribución democrática de los servicios de salud en nuestro país.

En los tres regímenes que analiza Ward (1989) encuentra y concluye que en lo que respecta a la distribución de salud en nuestro país, los servicios de más calidad y de

vanguardia han sido recibidos por los más privilegiados, sobre todo los que viven en las zonas urbanas, o entre los que pueden adquirir servicios privados, lo que él llama la *élite urbana*... de la Ciudad de México:

Aunque los datos son imprecisos parece ser que sólo una minoría (de médicos) trabaja exclusivamente en el sector público. Por tanto, dado que gran parte de la medicina especializada y privada que se practica en México se encuentra en la capital, la verdadera ventaja relativa de que disfruta el resto de la población tal vez sea menor de lo que parece a primera vista, sin embargo, los habitantes de la ciudad de México tienen mucho mayor acceso a las instalaciones de sanidad que los habitantes urbanos o rurales de las provincias, particularmente si estos viven en Oaxaca o Chiapas, que parecen ser los estados más pobres (1989: 201-202).

Estos medianos esfuerzos por parte del gobierno mexicano para ofrecer salud de calidad al pueblo de México también se han visto desfigurados y minimizados por los cambios de modelo económico y las recurrentes crisis vividas en la región latinoamericana.

Molina Salazar (1991) señala que, en el caso de México de esos años de instauración de los cambios en salud, los problemas de desigualdad social que ha originado el estilo del desarrollo económico, se fueron reflejando en el nivel de salud de la población. El rezago que mostraban las condiciones de salud y el deterioro de los servicios de salud en México con base en los referentes internacionales, era un asunto que debía ser resuelto tras una clara decisión política, acompañada de los recursos correspondientes, al menos, para poder cumplir las estrategias que se plantearon en el Programa Nacional de Salud 1989-1994.

Por otro lado, el cambio de modelo económico ahora centrado en el mercado desde uno de Sustitución de Importaciones había traído consigo una *sustitución* de las enfermedades en México. En las décadas de los 40, 50, 60, y 70 del siglo pasado, durante la vigencia del modelo de Sustitución de Importaciones, las principales enfermedades a las que se enfrentaba el sistema de salud en nuestro país eran las enfermedades transmisibles. Con el advenimiento de los años 80, las enfermedades vinieron a ser sustituidas por las enfermedades no transmisibles, o dígase psicosomáticas y relacionadas con la conducta, y por los accidentes; esta especie de transición epidemiológica se encuentra soportada por el crecimiento de la pobreza, los grandes flujos migratorios, la falta de acceso al cuidado infantil, la falta de acceso a la educación y la falta de acceso a la mínima higiene (Haro Encinas, 2010; Hersch

Martínez y Haro Encinas, 2007; De Almeida Filho, 2007). Por otro lado, una de las consecuencias inmediatas del cambio de modelo económico fue la pretendida y lograda privatización de los servicios de salud y el endurecimiento del modelo psiquiátrico tradicional. En este contexto, y más que nunca, las principales enfermedades, los Años de Vida Ajustados por Discapacidad y las causas de muerte en México están sujetas a las variables culturales: representaciones sociales y simbólicas, creencias; ingreso y gasto en salud por parte de las familias, estilos de vida, entre otras. De alguna forma, no debemos aislar aún más la condición humana, separando lo mental de lo físico y viceversa y desarraigándolo a su vez de los elementos socio-antropo-psicológico, tal como señala Lefebvre:

En la cotidianidad, afrontamos en el corazón de nuestra vida lo que los enormes medios de la técnica moderna no logran dominar, y que quizás no llegan a dominar si no es destruyéndolo: espontaneidad, ritmos fisiológicos, cuestiones de salud y vitalidad; léase pasiones y resurgimientos de esperanzas ilimitadas. Lo cotidiano se descubre también como dominio de la suerte y la desgracia, de la casualidad y el destino y sus sorprendentes combinaciones (Lefebvre, 1971: 87).

Sin embargo, los diseños de las políticas sociales que atienden a la salud y específicamente la salud mental, siguen estando sujetas a los modelos reparadores individualistas que, a la vez, se vieron reforzados por el *triunfo* del neoliberalismo, privilegiando la atención curativa más que las acciones preventivas multiplicadoras y educativas, tendientes a conformar una sociedad participativa con bases democráticas. Por ejemplo, Hernández Peña y otros (1991) señalan acerca de la equidad e igualdad de oportunidad de acceso a los servicios de salud:

Más allá de las características que los conceptos tomen en detalle, la equidad es inseparable de las necesidades, en tanto que su objeto se propone ser calificado *grosso* modo según su direccionalidad con base en cuatro grandes enfoques:

- equidad de acceso a servicios ante necesidades iguales;
- equidad de utilización ante necesidades iguales;
- equidad en el funcionamiento de los servicios, y
- equidad en el bienestar social y la salud (1991).

El enfoque sobre el acceso a la salud implica la distribución equitativa de los recursos y los servicios hacia la población en general. La equidad constituye un criterio de análisis entre niveles distributivos inherentes a la ubicación de los servicios con respecto a la población. En este sentido se identifican dos posiciones: la primera, que propone

equidad democrática, esto es, igualdad de recursos dirigidos a toda la población y se aplica en las mediciones cuantitativas, principalmente; la segunda, en la que la distribución se analiza en función de las necesidades diferenciadas pero con la implicancia de la equidad. El planteamiento que sugiere la equidad de acceso de acuerdo a necesidades iguales, sirvió de punto de partida para los programas de extensión de cobertura en sus más variadas modalidades, lo que implicó el incremento de recursos disponibles para la población y el cuestionamiento de los criterios de distribución. La equidad está implícita en los logros respecto a los servicios de salud de un país. Este enfoque al problema de distribución se inspira en la resolución de Alma Ata que desde 1978 se plantea la universalización de los servicios de salud que por diferentes razones no se ha logrado plasmar en diferentes programas y proyectos de salud en México (Hernández Peña y otros, 1991).

El legendario lema de Alma Ata: “Salud para todos en año 2000” se ha quedado evidentemente corto, ya en estos momentos resulta casi irrisorio o bien, incómodo para aquellos que sí pretendieron avanzar hacia una salud universal en sus respectivos países. En el caso de México, la transición demográfica trajo consigo el estrechamiento de las vías para viajar hacia esa utopía social que es representada por las resoluciones de Alma Ata.

Debemos de observar que la salud es un valor y que cada cultura la valoriza dependiendo de las normas y criterios que allí se produzcan, es decir, es un juego dialógico y metalógico de las valoraciones que se hacen de un componente social. Este conjunto de *valores valorizados* y cargados con diferentes valencias crean un conjunto de creencias. Éstas a su vez tensionan la conducta de los sujetos pertenecientes a esa cultura. Estas conductas a su vez generan nuevas creencias y *nuevos valores*. En nuestro contexto la desigualdad y la salud han sido valoradas de tal manera que contradictoriamente conviven y se congratulan. La desigualdad en este discurso dialógico y metalógico también aparece como un valor, un valor que es valenciado de tal manera que se permite su permanencia y su reproducción en una cultura como la nuestra. Esta simbiosis perversa entre salud y desigualdad crean a su vez una serie de representaciones y simbolizaciones de los que es la salud y el bienestar.

También en este sentido Moya y Finkelman (s/f), afirman que dentro de las múltiples consecuencias del neoliberalismo está la exorbitante distribución de la pobreza y la deuda de sistemas de seguridad social fracasados y extensamente endeudados, cabe mencionar que en este proceso de endeudamiento están presentes las jubilaciones de privilegio (IMSS, ISSSTE, SSA, universidades públicas, etc), un resultado más de las negociaciones del corporativismo. Deuda que será absorbida por los que menos tienen. Ellos además incluyen el elemento de la migración para su análisis en el cual asumen que la epidemiología sanitaria se verá envuelta en grandes discusiones, así como en importantes tomas de acción para analizar los movimientos sociales y los movimientos epidemiológicos. Para ellos la agenda en salud estará marcada por el movimiento de personas de sur a norte, a lo que los sistemas de salud y en particular los sistemas de información epidemiológica deberán poner especial atención para proteger la salud de hombres, mujeres y niños que cruzaron fronteras y países. Así, el nuevo reglamento sanitario internacional y la consideración que la información en salud es un bien público global, favorecerán la sinergia y oportunidad de respuesta en salud entre los países del mundo.

Es necesario definir qué sectores sociales deben pagar esa deuda y financiar el déficit fiscal en salud. Los márgenes para evadir la identificación de los agentes sociales relacionados al problema de la distribución de los costos del ajuste se han estrechado, ya que el déficit fiscal no puede financiarse con mayor endeudamiento externo y/o interno, y que la producción de mayores estados de malestar, en términos de desempleo-subempleo-caída de los salarios reales y contracción del gasto social, parece estar alcanzando sus umbrales críticos. Al observar la distribución del ingreso en América Latina y la evolución de los ingresos del capital y el trabajo, no cabe duda de que el costo mayor de los ajustes fiscales necesarios deben absorberlo los sectores de más altos ingresos y riqueza, ya que estos deben ser proporcionales a las responsabilidades respectivas de cada grupo social respecto al endeudamiento externo. Debido a las altas tasas de evasión fiscal y a la insuficiencia informativa de los sistemas impositivos se ha argumentado que esta propuesta no es viable; pero entonces, al mejorar los sistemas de información estadística sobre la pobreza y los pobres, es necesario desarrollar mejores

informaciones sobre la riqueza y su reproducción, de modo que se posibilite la focalización sobre quienes deben financiar el déficit fiscal (Bustelo, 1991).

Belfer y Rohde (2005) dicen que, desde un punto de vista psicosocial, muchos niños en América Latina y el Caribe enfrentan diferentes factores desalentadores. La pobreza fuerza a los niños a vivir en la calle y los predispone a verse tempranamente en sus vidas envueltos en el uso de drogas, crimen, violencia y sexo sin protección. Esto tiene serias consecuencias en su salud sobre todo en la salud mental. Estos niños de la calle muestran déficits significativos de desarrollo relacionados con reciprocidad social, preceptos morales y autoestima comparados con niños que viven en hogares de bajos ingresos. Otra importante fuente de malestar mental es que en algunos países de América Latina y el Caribe se reproducen disturbios bélicos relacionados con la política o el narcotráfico: se estima que entre 6000 y 14000 niños están enrolados en actividades bélicas en la región y más de 10000 niños forman parte del ejército en Paraguay, lo anterior nos permite (y nos obliga) pensar en el estrés postraumático en México y en la región (Belfer y Rohde, 2005).

En ese mismo sentido, en su artículo acerca de los elementos culturales Alarcón Muñoz y Vidal Herrera (2005) realizaron entrevistas a profundidad para explorar acerca de los elementos culturales presentes en la atención primaria de salud. En sus conclusiones, señalan como hallazgo importante las referencias de muchas madres acerca de la salud de sus hijos incluyendo referencias a la salud mental tales como “enfermarse de los nervios”. Entre otras expresiones acerca de la *enfermedad de los nervios* están: “irritarse con facilidad, desobedecer órdenes de los padres y/o maestros, pelear mucho con los otros niños y agredirse a sí mismos”.

Haro Encinas (ver anexo II) en el 2007 argumenta que las repercusiones de las políticas neoliberales en el ámbito de la salud se ha analizado en epidemiología social a partir de enfoques psicosociales, de estilos y curso de la vida y también “neomateriales”, lo que evidencia la pauperización de sectores amplios de la población mundial y la relación íntima entre los factores materiales y conductuales, además de las consecuencias de la erosión concomitante de las redes sociales y el papel que juegan las desigualdades sociales y la discriminación a través de vías simbólicas, implicadas en lo que Jürgen Habermas (1981) ha llamado “la colonización del mundo de la vida”. Más

específicamente, investigadores de situaciones concretas, quienes han encontrado que la globalización produce una distribución injusta y desigual del riesgo y la vulnerabilidad frente a varias enfermedades infecciosas, como tuberculosis y SIDA, incrementadas por el agravamiento de la inequidad en el acceso a los servicios de salud, como asimismo las derivadas de los cambios ecológicos profundos provocados por la desregularización neoliberal, un hecho que se extiende a la salud animal y al incremento de riesgo de zoonosis y otras pandemias, como la gripe aviar.

Esta pauperización de la que habla Haro Encinas es muestra de una homogenización de la condición humana y quizá de un sordo malestar construido a gran escala a través de la desigualdad económica, la falta de oportunidad de acceso a los servicios, la ausencia de políticas que en realidad tengan un carácter de servicio social y humano, es así como se da la consecuente caída emocional y existencial de un gran contingente. La salud mental comprende las reacciones de los seres humanos hacia las condiciones que imperan en su ambiente, donde pueden coexistir virus, bacterias, microorganismos. Además de ello, este ambiente contiene los elementos que el particular grado y características de organización social que la vida humana ha añadido. En esta transacción con el ambiente el sujeto cognoscente juega un papel activo al construir y esquematizar los intercambios con su ambiente. Es decir: *comprendo el mundo y me acciono en él.*

Estas relaciones concomitantes se entrelazan con otras quizá de mayor severidad: las simbólicas. La colonización de la vida cotidiana y el afán de no parecer obsoleto nos impele a conseguir más y más cosas a través del menor esfuerzo, pero sobre todo con el desprendimiento de nuestros vínculos sociales, históricos y culturales. Tanto la desregulación neoliberal como el paternalismo del estado de bienestar *desactivado* arrojaron a la nada social al mundo, obligando al sujeto a comportamientos alienados y vulgarmente individualistas. Nuevamente otra utopía desaparece, la utopía de la convivencia humana a cambio del confort de unos pocos.

De esta forma la salud mental se encuentra inmersa en una situación en sí misma alienante. Las disciplinas que se encargan de estos fenómenos viven ahora en la incredulidad de los espacios conquistados por la ideología individualista ahistórica. La influencia de los humanistas de hace cinco siglos está presente hoy día (De la Fuente,

2008). Aquella división disciplinar que ellos realizaron donde se creaba una demarcación disciplinar en la que el médico se encargaba del cuerpo y los otros agentes disciplinares del resto del cuerpo ahora pervive en la mentalidad de los profesionales encargados de la salud. Los mayores riesgos de salud en el mundo, y México no es la excepción, muestran que, por sólo citar un ejemplo, el cáncer de pulmón es la principal causa de muerte. Casi el 72 por ciento de esta enfermedad se debe al consumo tabáquico, mientras que la contaminación ya se acredita el 8 por ciento. Es decir, las conductas y los estilos de vida están presentes en los indicadores de salud a nivel mundial (OMS, 2009).

El Programa Nacional de Salud recomienda las siguientes acciones a realizar para fortalecer el Sistema Nacional de Salud Mental en donde se demandan mayores recursos para la atención de los problemas de salud mental al tiempo que se vuelve a caer en la vieja contradicción de la apuesta *innovadora* por el modelo comunitario, y en lo práctico y en lo escrito vuelve a aparecer el modelo psiquiátrico hospitalario tradicional que Basaglia y Basaglia (1978) ya habían criticado; este modelo psiquiátrico de hospitalización recurre al encierro y a la medicalización mientras que otros ya son de puertas abiertas o giratorias. Asimismo, se realiza la demanda de personal especializado, sin embargo, en este punto se vuelve a manifestar la contradicción ya que la psiquiatría comunitaria y la psicología comunitaria son las menos pobladas en los ámbitos estudiantiles profesionales, por ejemplo, en México existen solo 5 psiquiatras por cada 100000 habitantes (OMS, 2004). Al igual que en todo el mundo existe una carencia de especialistas de la salud mental, sin embargo estas son las estrategias del Programa Nacional de Salud:

Fortalecer el Sistema Nacional de Atención en Salud Mental

Con el propósito de fortalecer los modelos innovadores de atención a la salud mental se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Integrar una red nacional de salud mental, conformada por unidades especializadas de atención, organizadas bajo un modelo comunitario.
- Reorganizar y fortalecer la atención en salud mental del sector, para que se brinde atención ambulatoria, hospitalaria y de rehabilitación especializada de pacientes con trastornos mentales.
- Implantar estructuras de hospitalización, breve como villas de transición hospitalaria y unidades de psiquiatría en hospitales generales en todas las entidades federativas.
- Instrumentar programas de rehabilitación psico-social (talleres de inducción laboral, salidas terapéuticas y centros básicos de abasto) dentro de las unidades hospitalarias y fuera (casas de medio camino, cooperativas mixtas, talleres protegidos, departamentos independientes, residencias para adultos mayores).
- Incorporar al CAUSES intervenciones que respondan a las principales necesidades de servicios de salud mental.

Fuente: Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud.

Según la OMS además de la falta recursos para la salud mental se añade la inequidad en la distribución. La mayoría de los países asignan una proporción baja de sus presupuestos a la atención de la salud mental y en los países con PIB bajo esta proporción es aún menor. Según este informe el 11.48 por ciento de los AVAD (Años de Vida Ajustado por Discapacidad) se atribuyen a los trastornos mentales mientras que los presupuestos sólo representan el 3.76 por ciento. El informe de evaluación de los sistemas de salud mental en México, realizado por la OMS, deja claro la contradicción entre teoría y práctica, hace un llamado de atención a lo extenso de algunos planes y por otro lado señala que los planes deben de ser diseñados y adecuados para cada entidad federativa, ya que en México ahí se acentúan diferentes problemáticas en diferentes magnitudes y direcciones.

Por ejemplo, Medina-Mora y otros (2003) encuentran en su estudio de epidemiología psiquiátrica una prevalencia de trastornos similar a la encontrada en estudios previos y constituyen la mitad de la reportada para la población general norteamericana. Uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en un momento de su vida. Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos, los trastornos individuales más comunes fueron la depresión mayor, la fobia específica, la dependencia al alcohol y la fobia social. Entre los hombres la dependencia al alcohol es el problema más común en tanto que entre las mujeres: la depresión mayor. La ansiedad de separación (mediana de inicio de 5 años) y el trastorno de atención (6 años) son los dos padecimientos más tempranos. La fobia específica (7 años), seguida por el trastorno oposicionista (8 años), aparecen después. Para los trastornos de la vida adulta, los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos afectivos y por los trastornos por uso de sustancias. Aquí cabría preguntarnos si nuestras Universidades y nuestro gobierno están preparados para hacer frente a esta carga de trastornos y que evidentemente serán reportados continuamente por parte de los institutos de investigación psiquiátrica en México.

El Programa de Acción Global en Salud Mental de la OMS (2005) señala tres puntos divididos a su vez en dos niveles que deben ser atendidos inmediatamente. A nivel mundial la tarea es construir información y dedicación a la *advocacy* (promoción), a nivel nacional las principales tareas es la creación de políticas sociales en salud mental y Derechos Humanos y su legislación, en cuanto al tercer nivel se propone el nivel local que se encargaría de la comorbilidad y de los trastornos específicos (OMS, 2005). Este grupo de acciones nos llevaría a una reforma continua, de tal manera que se atendiera lo local y lo global. Para México la oportunidad de atender estas recomendaciones se coloca en un plano de lo inalcanzable. Los términos en que las posibles leyes pueden construirse no son edificadas precisamente en tanto de que la salud mental no es una representación dentro del imaginario de la sociedad mexicana.

La complejidad de la realidad aquí presentada, nos permite pensar en las posibilidades que representa la finalización de la dominación psiquiátrica en nuestro contexto, el interés y la iniciativa de los científicos encargados de estas disciplinas en encarar los nuevos retos con rigor científico relativista o la motivación de los más

jóvenes en el servicio social como parte de una política integral estructurada para el bien común y la creación de una sociedad más justa, libre y racional, lejos de la misericordia y la caridad vacía e interesada en la dominación y la reproducción. Se nos presenta la oportunidad de abandonar los viejos esquemas y ejercer una vocación relativista, compleja e histórica, dando lugar al ejercicio de un cuestionamiento constante. Como Tomás Ibáñez (2001) sugiere, hay que utilizar en nuestro hacer y Ser la metáfora de Penélope, deconstruir la realidad: tejer, destejer y volver a tejer. La complejidad implica un compromiso con la inseguridad, con lo no establecido. Construir un conocimiento sin *steme* (piedra): nada hay sobre seguro, sólo que el cambio es constante, relevante y expresado en un *continuum*.

Propuesta de Análisis Teórico

A lo largo de la historia la salud mental ha sido estudiada en términos apropiados desde y para el poder, para y hacia la marginación social. La Teoría Crítica, la Psicología de la Liberación, la Antipsiquiatría y sobre todo la Teoría de la Complejidad nos ayudan a entender cómo se ha ido estructurando la idea de la salud mental desde el poder a través de las expresiones elitistas.

Horkheimer (2007) no vacila al desconocer a la razón instrumental como vía para alcanzar una sociedad más justa y acabada. La razón se ha instalado en un peldaño de dominación cuyo discurso es ese: el de la dominación. El discurso de la dominación se vuelve panfletario y alusivo a una forma única de hacer ciencia. Es por ello que sus agentes vuelcan sus esfuerzos a la conversión del enfermo o de la sociedad enferma a la sumisión, volver al carril al descarrilado, enmendar a como dé lugar los errores de los individuos, no así los errores del dominador, transcribiendo una serie de terapéuticas autorizadas por el poder.

Ignacio Martín-Baró (1998) señala que las relaciones sociales en Latinoamérica están conformadas por varias de las características compartidas por los pueblos que integran esta región del mundo.

- 1) La nuestra es una región *trágica*...donde la mayoría se encuentra en una situación perpetua de emergencia vital.

- 2) Esta situación catastrófica es, además, una situación conflictiva... conflictiva en todos los ámbitos, situación que obliga a tomar partido o hacer algo para transformar.
- 3) En tercer lugar, nuestra sociedad, trágica y conflictiva, se encuentra en un estado de alienación humana... estado donde no se es dueño ni de sí mismo.
- 4) Finalmente, de lo dicho se infiere que la verdad de nuestra sociedad no se encuentra ni en su pasado ni en su presente, sino solamente en su futuro... Necesitamos memoria, una clarividente memoria histórica, para percibir precisamente todo aquello que ha bloqueado, oprimido y aplastado a nuestro pueblo (pp: 133-135).

Dentro de estas relaciones sociales humanas alienadas se encuentra la salud y, esta alienación, se realza aún más la salud mental. Las relaciones sociales son relaciones sociales impuestas. Esta imposición irradia en el papel que debe realizar el especialista de la salud mental. Un papel *desenmascarador* de estas relaciones sociales y por ende el señalamiento de la alienación y la desigualdad en: 1) La aparición y desarrollo de las enfermedades mentales en contextos económicos bien específicos, los que menos tienen y 2) los diagnósticos preparados e instituidos en relaciones de poder, los diagnósticos son expresión de esta relación alienada y alienante, los enfermos son enfermos porque así están determinados o bien porque no se adaptan a una sociedad benévola y apta para dilucidar las enfermedades mentales.

Los conocidos como trastornos mentales no son otra cosa, sobre todo para los teóricos de la Antipsiquiatría, más que una manifestación de las ilusiones y fantasías de los legitimados por el poder económico y político: el agente disciplinar. Para Szasz (1978; en Basaglia, 1978) la enfermedad mental no existe como existen las enfermedades orgánicas. Esta peculiar clasificación de enfermedad depende más de la moral de un pueblo que de una clasificación científica, del momento histórico más que del pensamiento crítico. Podemos encontrar en las aulas de las escuelas de psicología y en las de medicina a algunos docentes diciendo que el conductismo, por ejemplo, es una imposición del imperialismo, expresiones de gran aceptación entre los que profesan confianza en planteamientos epistemológicamente falsos como el psicoanálisis (Onfray, 2011).

Basaglia y Basaglia Ongaro (1978) dicen que las conocidas como enfermedades mentales tienen clase social, que son los estratos más depauperados económicamente en los que se concentran los trastornos mentales y donde se aplica una violencia institucionalizada tanto en las clasificaciones como en las estrategias de *cuidado* y *recuperación*.

Dicen Basaglia y Basaglia Ongaro (1981):

Los intelectuales son los “empleados” del grupo dominante para el ejercicio de las funciones subalternas de la hegemonía social y del gobierno político, es decir: 1) del consenso “espontáneo” dado por las grandes masas de la población a la dirección impresa a la vida social por el grupo fundamental dominante, consenso que nace “históricamente” del prestigio...2) del aparato de coerción estatal que asegura “legalmente” la disciplina de aquellos grupos que no “conscienten” ni activa ni pasivamente... (1981: 13).

Por su parte Edgar Morin recalca la importancia de contemplar la existencia humana a partir de una triada: Organización-sistema-interrelación; de ello se desprende la idea de que todo está interrelacionado estático y cambiando al mismo tiempo; que todo es producto de una multiversidad y no de un orden lineal ya predeterminado. Que los factores sociales son producto de la evolución y que lo biológico tiene una impronta cultural e histórica. Que más allá de los análisis planos de las ciencias tradicionales están los análisis complejos donde se va de un desorden al orden y viceversa, pasando por el desorden organizador y la organización desorganizada, pero sobre todo las interrelaciones y sus productos del paso del orden al desorden y del desorden al orden.

En la misma dirección, Morin manifiesta la importancia de aprender a vivir en la incertidumbre, de saber y reconocer que en la ciencia (Social) no hay nada definitivo. Que las teorías definitivas son falsas y condenan a la muerte a la ciencia para el futuro de la humanidad. Que existe otra vía, una vía humanizadora y que contiene a la vez una visión parcelaria pero holística, local y global a la vez.

Las explicaciones alejadas de una realidad concreta y material han despertado en el científico social dedicado a estas cuestiones, un gran espíritu creativo, pero, al mismo tiempo, vacío y alejado del compromiso social: con su comunidad y con su disciplina. Las organizaciones carcelarias creadas alrededor de la “*problemática*” de la salud mental –enfermedad mental en un principio- han servido solo como barreras de

contención del descontento social y han estado al servicio de los que poseen los medios de producción material (Basaglia, 1978).

La reproducción de las estrategias de tratamiento para aquellos que no son parte central de la atención de la psicoterapia ha ido a parar a instituciones totalitarias, creadas especialmente para *atender sus especiales necesidades*. Pero las necesidades de unos son externalizadas por otros, esos otros son los que de alguna manera se sienten ofendidos por la presencia de las consecuencias perversas de la civilización. Esa civilización es caracterizada por un proceso de clasificación, en donde el *pathos* humano es presentado en su etiología individual pero desarraigado del mundo cultural-histórico. El discurso es descentralizado y vuelto a ser centralizado por el poder económico y la moralidad de éste. La voz del loco ya no es la voz original sino es la voz del agente disciplinar, mantenido éste material y simbólicamente por el poder económico y en este caso militar y político (Foucault, 1999).

De esta manera se organiza en la realidad cotidiana y académica una sensibilidad especial concentrada no en la mejora o como dice el discurso biomédico en “la dada de alta”, sino en la represión, la ignominia, la indolencia y la indignidad humana. Sin embargo, los modelos de acción-intervención (caracterizados por la reactividad) están impulsados por el “deber de servir” de algunas profesiones que también, sin embargo, están sujetas por las férreas cadenas del poder disciplinar estatal. Este tratamiento del poder estatal en ocasiones tiene consecuencias secundarias que son por el bien del paciente, estas consecuencias bien pueden ser ideológicas, simbólicas o materiales.

En última instancia la reducción de los síntomas o la reversión del deterioro están en el centro de recuperación (a través de tratamiento médico estándar o intervenciones psico-sociales). La acción profesional se considera como legítima, benigna, justificada, necesaria y eficaz - no es tanto el "derecho a tratar" y un "deber de diligencia" como se ha señalado. La *Patria Parens* (ejercicio de las competencias de la autoridad del Estado a la medicina) se da por sentado y las violaciones de los derechos civiles y la iatrogenia clínica se consideran necesidades lamentables para garantizar una buena atención (Pilgrim, 2008).

Es por ello que los diagnósticos deben estar apegados a los criterios de ciencia exacta, que evidentemente en las Ciencias Sociales nunca se tendrá. Esta pseudo solidez científica entraña un interés de dominación, de individualismo y de reproducción.

Cuando a Sigmund Freud se le pregunta cómo caracterizaría al neurótico saludable Freud responde que es “aquél que ama y trabaja”, es decir que la persona adaptada es aquella persona que es productiva o bien no cuestiona su estadía en el mundo bajo situaciones particulares como la pobreza, la falta de oportunidades, la falta de tiempo libre, solo por mencionar algunos aspectos de la realidad, este tipo planteamientos perduran hasta nuestros días de tal manera que han moldeado la conceptualización de Salud Mental ejerciendo un *blame the victim* que se ha vuelto inamovible en las mentalidades de los especialistas en salud mental, sin tomar en cuenta el proceso de mcdonalización de la sociedad y de la salud (Ritzer, 1996) y las consecuencias dañinas sobre la salud del capitalismo salvaje y los efectos de la globalización sobre los hábitos alimentarios, de higiene, sexuales y en general de consumo (Bauman, 2007; 2009).

Por otra parte, las estrategias y modelos de intervención para la atención de los enfermos mentales han sido producidas para reintegrar a los que se han desviado de las metas comunitarias y sociales, o bien, han perdido el interés en alcanzar esas metas, o aquellos que se buscan formas alternativas de conducta ante la falta de respuestas a sus insuficiencias y reclamos, sobre todo los que regresan de un ambiente altamente estresante como la guerra o han vivido en situaciones de terrorismo ya que no se puede entender las creaciones y descubrimientos más avanzados en medicina, psiquiatría y psicología, sin la atención a aquellos que han combatido, por ejemplo.

Es la destrucción de las condiciones de vida del ser humano y en sí la destrucción del sentido de lo humano lo que obliga a la intervención de especialistas en la salud mental. Estos especialistas contemplan, reflexionan y actúan sobre la realidad a través del entendimiento molecular de los fenómenos de los que se encargan, sin embargo, esta realidad se asume como puro simulacro (Baudrillard, 1987).

De esta manera las concepciones populares y científicas se entrelazan para dar forma a los modelos de atención a la salud. En estos términos las concepciones y representaciones de la realidad social se construyen y reproducen. Esta combinación entre el sentido popular y el pensamiento científico-académico es manifestación de lo que Habermas (1981) llama la colonización de la vida cotidiana, la dominación manifestada en creencias acerca de la salud a partir de parámetros de superioridad racial

e histórica. Los fundamentos se circularizan y se traslapan, como capas tectónicas, proceso geológico en donde la cúspide, se supone, es la máxima expresión del conocimiento científico en el proceso salud enfermedad. La vida cotidiana –una capa inferior al conocimiento científico- está llena de monstruos y sus monstruosidades, fantasmas, de tal manera que el científico social entrega las armas y quema sus naves para no regresar más de las explicaciones biofisiológicas para reflexionar acerca de este proceso.

Esta cúspide está poblada por lugares comunes: la personalidad es heredada (con todo y *pathos*), las mujeres son esquizofrénicas, las enfermedades crónicas son expresión de la acumulación de genes que propician la aparición y desarrollo de estas, la dominación médico-biológica a su máxima expresión. Los preceptos con los que se guían las exposiciones y explicaciones de la ciencia de *gran altura* son la *innovación y producción*, es decir, en términos empresariales y eficientistas. Al mismo tiempo, se instaure un quehacer político-científico, en donde las gratificaciones serán otorgadas por el comportamiento que se encuadre dentro de lo políticamente correcto.

Las guías medulares de los científicos *comportamentados* políticamente correctos son la obediencia y el recato. A partir de estos principios se recrean diferentes políticas sociales y programas, los cuales siempre -condición sine qua non- deben cumplir con las exigencias económicas de ser viables.

En estos contextos de élite se legitiman y reproducen las formas de pensar y de obrar de los más nuevos (universidades) y de los ya integrados (instituciones), las ideas, creencias van permeando, y se van procesando en una homogenización. El valor de una teoría que se encargue de estudiar el proceso salud-enfermedad será estipulado por su eficacia para el *tratamiento* de los desviados. Este valor se transmite como capital cultural (Bourdieu, 1998) de los interventores y diseñadores en el proceso salud-enfermedad. El diseño de políticas sociales para la atención de la salud mental está determinado y reproducido por los valores, esquemas y estructuras mentales reproducidas formalmente, así se convierte en contenidos en las aulas y las instituciones de *bienestar social*. Aquí subyace una contradicción más: la educación especializada para atender a las personas con problemas mentales se ofrece en una supuesta institución libre y de igualdad mientras que las instituciones donde se reciben las

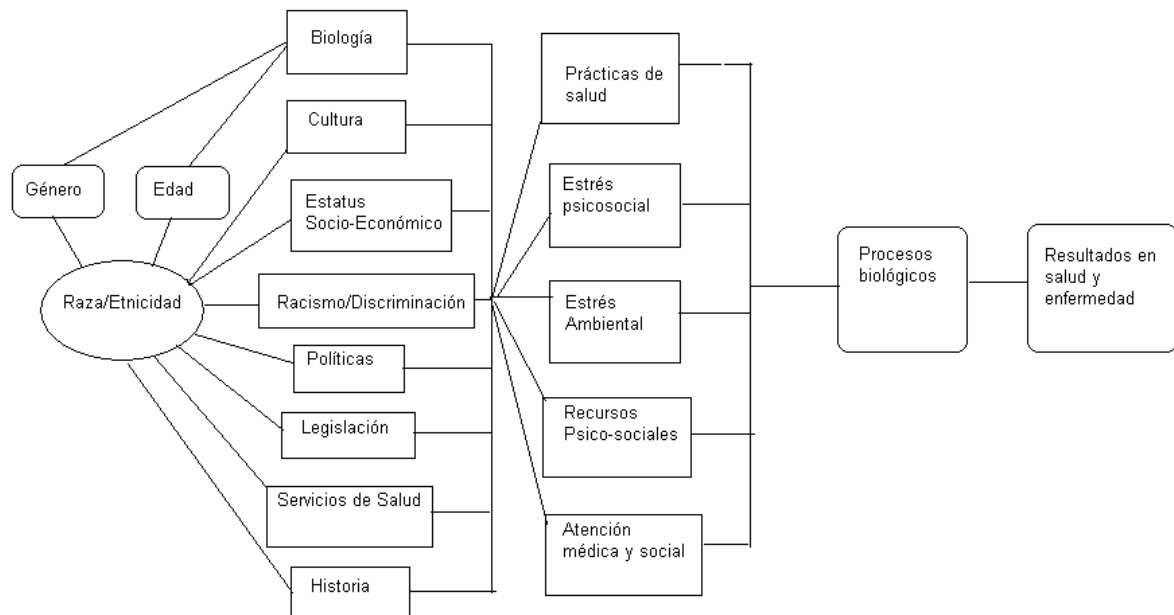
atenciones son instituciones carcelarias o bien cerradas, así como asimétricas. Este discurso disciplinar autorizado por el Estado y reproducido inconscientemente por sus integrantes se instala como centro de este conjunto de creencias, ideaciones y fantasías impuestas de arriba hacia abajo.

Estas representaciones procesuales se convierten en diligencias a realizar por los representantes y protegidos de la organización sistémica a favor de la conservación y reproducción de los parámetros y paradigmas del trabajo (¿social?) en salud mental.

A partir de parámetros científicos, que a veces solo son parámetros morales, se intenta juntar en un solo saco a las diferentes realidades que componen la materia prima que llamamos sociedad, aunque el concepto sociedad es por demás volátil y resbaladizo. En el siglo los hechos sociales se convirtieron en cosas, en otro momento fuimos comprensivo-hermenéuticos o bien tuvimos que encarar la realidad dialécticamente, ahora las realidades son virtuales, simbólicas o demasiado indeterminadas para poder encararlas con los sistemas de pensamiento y de operacionalización que hemos elaborado hasta ahora. Tenemos que vivir en y de los intersticios, en la eterna movilidad y en la falta de seguridad teórica y epistemológica.

Esta vida intersticial debe estar animada por la resistencia a la seguridad y alimentada por el rechazo académico.

A continuación, se presenta una gráfica donde la Organización Mundial de Salud asume que esos son los elementos sociales intervinientes en la salud mental o bien en su afectación, sin embargo la OMS no se da cuenta de los que aquí se propone: los análisis deben de ser bajo un modelo estratificado (placas) de tal manera que nos demos cuenta de los momentos históricos, épocales (zeitgeist) y culturales, influyentes en los procesos de la salud-enfermedad.



Elaboración: Haro Encinas, 2010.

Los análisis, diseños e implementaciones deben de realizarse en respuesta a las demandas específicas de los momentos históricos así es que deben de ir en la dirección y con la intención no política, o por lo menos no sólo política, así como con un espíritu de incertidumbre y de relatividad.

Ahora bien, el entendimiento de lo humano está determinado por las limitaciones humanas artificiales, entre otras, la degradación, la ignorancia y la pobreza. Y éste es el marco estructural-institucional de la ciencia, donde se asume que se garantiza una yuxtaposición de los criterios y ordenación de los valores en lo referente a las evaluaciones de lo que es sano y de lo que no lo es, más aún en la salud mental. Las distinciones de lo que es sano y de lo que no lo es están ubicadas en una bruma, más cuando los diagnósticos emanan de esta línea *producción* intelectual, por ejemplo el diagnóstico de la depresión según el DSM en cualquier versión no está estipulado por ningún criterio epistemológico ni toma en cuenta la influencia de lo económico (Caponi, 2009).

Los determinantes sociales, culturales, históricos y simbólicos son dejados de lado en los mecanismos utilizados para la realización de los diagnósticos acerca de la salud mental. Los mecanismos, modelos, en general el utillaje del que se echa mano para la realización diagnóstica e implementación de políticas en la salud, en este caso específico la salud mental- son modelos cerrados, anquilosados, pero, formalmente aceptados.

La animosidad con que los diseñadores de políticas sociales se aprestan a evaluar y calificar sus tareas, son falseadas por la ignorancia (intencionada) con la que nos gobernamos (gobiernan) en el mundo.

Los factores y causas sociales de los trastornos mentales, son históricamente determinados y socialmente construidos. Las enfermedades son representaciones, como lo son: la raza (Ulmer, McFadden y Nerenz, 2009), el fracaso (Stevens, 2003) o el éxito escolar (Bowles y Gintis, 2002), la sexualidad (Garfinkel, 2006; Vázquez, 2009; Bourdieu, 2000), la inteligencia (Gottfredson, 2004), el conocimiento (sea científico, académico o popular). Estas construcciones son internalizadas y reelaboradas por los integrantes de una sociedad, que a su vez forman una red de representaciones y esquemas socio-mentales para poder hacer referencia acerca de lo mismo. Al decir perro yo evoco la figura de un perro, su ladrido o bien alguna otra característica o componente de ese elemento de la sociedad. Así al hacer referencia a la salud o los problemas mentales (aquí se hace pertinente usar el concepto problemas en preferencia al de enfermedad, por ser este último patologizante) no hacemos referencia más que a las representaciones de esos aspectos de la realidad. Lo que conocemos del mundo no son más que habitus internalizados que se adecuan a la realidad específica de un sujeto social, así la salud mental es una representación o un habitus construido para dar explicación de lo que “le” acontece a algunos sujetos sociales.

Dentro de los estándares de salud mental se encuentran varios en los que las carencias de artefactos materiales son, de alguna manera, los detonantes del *trastorno mental*, a la vez, la ausencia de los elementos simbólicos en el tratamiento de los datos y la comprensión (*verstehen*) de los fenómenos en el diseño e implantación de políticas sociales para la atención de este aspecto tan importante en la vida de la especie humana, no encuentra plaza en el pensamiento científico.

Es menester encarar el proceso salud-enfermedad con una visión compleja e híbrida (Samaja, 2007). Los parámetros con los que se mide la realidad en salud son al mismo tiempo fragmentarios y aislacionistas, los componentes de este fenómeno se entrelazan de tal manera que dan por resultado una gran descomposición. Así como los colores se descomponen y se muestran en blanco, la realidad nos fuerza a entablar con ella un diálogo complejo e híbrido. Samaja (2007) pone el ejemplo del SIDA, en México podríamos trabajar el ejemplo de la diabetes. El decir que el mexicano tiene una predisposición genética a esa enfermedad, junto con los negros (tal parece que norteamericanos exclusivamente), es una afirmación limitada y sesgada. El hablar aquí de una enfermedad crónica no es hablar exclusivamente de este tipo de enfermedades, sino que es un intento de vincular este tipo de enfermedades con la salud mental. La salud mental no se limita a las manifestaciones como las perfiladas por el DSM en cualquier versión, sino integrar a las explicaciones del malestar varias dimensiones, de tal manera que los resultados fuesen más completos, pero de todos modos limitados, es decir, hay que seguir en la incertidumbre o bien confiar en la fragilidad de nuestros juicios y construirlos pragmáticamente.

El discurso oficial, científico y político, se encuentra hundido en las discontinuidades y contradicciones. Se responsabiliza a los gobiernos por la consecución y posterior distribución de los recursos para atender este aspecto tan importante de los servicios y políticas sociales. Sin embargo, la multidimensionalidad del proceso salud-enfermedad se enfrasca con la unidireccionalidad del discurso oficial, aún y cuando se muestran varios factores a atender por parte de los sectores oficiales existe una mirada unidireccional.

A partir de lo anterior se propone analizar la política social respecto a la salud mental en México. A continuación, se exponen dos ejemplos de las estrategias, fines y elementos que compondrían la ruta crítica y el plan de acción para la atención de la salud mental.

Los planes de ruta de la OMS y de la Secretaría de Salud en México relacionan estrechamente la salud mental con la pobreza, sin embargo este indicador es uno de los menos trabajados por parte del Gobierno Federal Mexicano. La política económica, a partir de principios de los años ochenta, ha llevado a una pauperización de los servicios

de salud, no se diga los servicios de salud mental. La salud mental representa el menor gasto de salud, así mismo se da una reducción preocupante de profesionales de la psiquiatría. A la par debe de existir la disposición de incluir en las explicaciones de la salud mental una serie de variables que hasta ahora no han estado presentes en el diseño, evaluación y análisis de la salud en nuestro país. La OMS al respecto señala lo siguiente:

Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 28 de agosto de 2008

“-Responsabilizar a las más altas instancias gubernamentales de la acción en pro de la salud y de la equidad sanitaria, y lograr que todas las políticas contribuyan a ese fin de forma coherente.

-Evaluar los efectos de todas las políticas y programas en la salud y la equidad sanitaria.

-Fortalecer la financiación pública para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.

-Aumentar la ayuda mundial hasta el 0,7 por ciento del PIB prometido y ampliar la Iniciativa para el Alivio de la Deuda Multilateral.

-Elaborar un conjunto coherente de determinantes sociales de la salud centrándose en los Documentos de Estrategia de Lucha contra la Pobreza (PRSPs).

-Institucionalizar la consideración de las consecuencias en la salud y la equidad sanitaria de los acuerdos económicos nacionales e internacionales y la formulación de políticas.

-Reforzar el papel fundamental del Estado en la prestación de servicios básicos esenciales para la salud (tales como el agua y el saneamiento) y en la reglamentación de bienes y servicios con consecuencias importantes para la salud (como el tabaco, el alcohol y los alimentos).”

El Programa Nacional de Salud, en su estrategia 3, líneas de acción 3.6 y 3.7, por su estrecha vinculación, contempla la disminución de las adicciones al tabaco, alcohol y drogas y la atención a los problemas de salud mental respectivamente. Sin embargo, la OMS en primera instancia promueve la implantación de estrategias para reducción de las brechas en el ingreso, el abatimiento de la pobreza, entre otras manifestaciones y

recomendaciones para fortalecer la lucha contra las enfermedades no infectocontagiosas, entre ellas las enfermedades mentales.

La relevancia de la problemática de los padecimientos mentales estriba en que se estima que por lo menos una quinta parte de la población mexicana padece en el curso de su vida de algún trastorno mental: cuatro millones de adultos presentan depresión; medio millón padece esquizofrenia, un millón de personas tiene epilepsia y la demencia la padecen el diez por ciento de los mayores de 65 años; en una tendencia creciente de estos padecimientos, en los próximos diez años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud.

Entre las quince principales causas de pérdida de años de vida saludable (AVISA) en México, se encuentran las enfermedades psiquiátricas y neurológicas como son: homicidios y violencia, accidentes de vehículos de motor, enfermedad cerebrovascular, cirrosis hepática, demencias, consumo de alcohol y trastornos depresivos, representando cerca del 18 por ciento del total de AVISA.

El Plan Nacional de Salud propone desarrollar las siguientes actividades para enfrentar este problema de salud pública:

- Actualización y fortalecimiento de los modelos de atención en salud mental.
- Establecimiento de programas específicos para la atención integral de la depresión, esquizofrenia, epilepsia, demencias, trastorno por déficit de atención y del desarrollo infantil, enfermedad de Parkinson, así como para la atención psicológica en casos de desastre.

La insuficiencia de documentación y de investigación en México que arrojen datos abundantes y sólidos acerca de la salud mental que respondan preguntas tales como: ¿Dónde están los enfermos mentales? ¿Quiénes son los responsables de tratarlos? ¿Bajo qué mecanismos de acción están diseñados estos tratamientos? ¿Cuál es el marco teórico de esos tratamientos? ¿Cuáles son las incidencia, prevalencias, morbilidad y comorbilidad de los trastornos? ¿Cómo afecta la pobreza, la migración, la edad, el ambiente? ¿Es necesaria la participación de agentes disciplinares como antropólogos, sociólogos, y psicólogos sociales o solamente psiquiatras y psicólogos clínicos? Por

ejemplo, señalan Salgado de Snyder e Infante Xibillé (s/f) en una investigación documental bibliográfica en epidemiología que toma en cuenta la variable migración:

En cuanto a políticas y sistemas de salud se localizó un gran número de documentos, sin embargo, la mayoría provenía de EU y otros países, en especial de la región europea y escritos en inglés, alemán y sueco. Menos de 10% de los documentos identificados se consideraron pertinentes para este ejercicio. Los artículos seleccionados versaban sobre temas de equidad, acceso a los servicios, intervenciones, diseño de programas, multiculturalidad en la prestación de servicios, políticas de salud, programas de atención primaria a la salud, identificación de VIH y tuberculosis. Únicamente se encontró un artículo sobre vulnerabilidad, migración y SIDA en México, Centro América y EU.

En la salud mental se vuelve evidente que las expectativas de los logros se presentan restringidos porque no se cae cuenta de la inequidad económica, la tradición culinaria de México y su relación con el sedentarismo, las representaciones sociales y prácticas acerca de la medicación, entre otras cosas. Tal parece que la drogodependencia es el principal problema de salud mental que ocupa a todo un sistema de salud, mientras no se atiende la relación entre logro académico, trabajo juvenil, migración, pobreza, salud mental y calidad de vida, así como la relación de las enfermedades crónicas con la psique humana. Se ha tendido a corporizar y antropomorfizar (consecuencia de la medicalización y el individualismo capitalista) la salud mental dejando sin relevancia e importancia los aspectos subjetivos y culturales. A continuación, se señalan las principales causas de pérdida de años saludables en nuestro país, cuya mayor parte resulta en relación con aspectos subjetivos, representacionales y comportamentales así como culturales. Asimismo, se señalan las enfermedades que tienen relación, desde nuestro marco teórico y discursivo, con la salud mental y en general con la salud integral.

Principales causas de pérdida de años de vida saludable en México

Orden	%	Causas
1 Afecciones perinatales	7.7	Económico
2 Diabetes mellitus	5.8	Psicosomática
3 Homicidios y violencias	4.8	Psicocultural
4 Cardiopatía isquémica	4.5	Psicosomática
5 Accidentes de vehículo de motor (choques)	4.0	Psicosocial
6 Infecciones respiratorias bajas	3.0	Pobreza
7 Enfermedad cerebrovascular	2.9	
8 Cirrosis hepática	2.9	Comportamental y psicocultural
9 Atropellamiento	2.3	Psicosocial
10 Desnutrición proteico-calórica	1.9	Psicocultural
11 Enfermedades diarreicas	1.8	
12 Demencias	1.7	Comportamental
13 Consumo de alcohol	1.6	Comportamental y psicosocial
14 Trastornos depresivos	1.6	Comportamental y psicosocial
15 Nefritis y nefrosis	1.5	

Fuente: 2000 en Programa Nacional de Salud 2001- 2006, SSA.

Se estima que una quinta parte de la población mexicana sufrirá a lo largo de su vida, algún tipo de trastorno mental (SSA, 2006). En la anterior tabla podemos ver que sumando los accidentes automovilísticos en general, la salud mental se convertiría en la segunda causa de muerte a nivel nacional.

Aunque el Plan Nacional de Salud asume que existe relación con la salud mental solo en 10 de las 15 causas de vida perdidos por discapacidad, si fijamos la vista existe una presencia de lo “mental” y comportamental así como de lo psicosocial en todos los elementos que componen esta lista. Es más, se presenta una interrelación entre ellas sino es que una determinación de causas y efectos, directa e indirectamente. Es decir, los elementos psicosociales, culturales, comportamentales y sociocognitivos se encuentran presentes en estos fenómenos del proceso salud-enfermedad-asistencia. El sustrato

básico de la “ideología” biologicista soslaya los factores históricos, culturales y del proceso de civilización en sus explicaciones.

A manera de conclusión

Los análisis y propuestas de las políticas sociales no deben estar supeditados a un discurso hegemónico ni a un solo camino y forma de concebir la realidad o, para nuestro caso, a un trastorno, enfermedad o malestar mental. La complejidad y otros paradigmas emergentes pueden, y de hecho lo hacen, contribuir de gran manera en el desarrollo de políticas para atender a la salud integral de manera eficaz y completa, afanarse en ser la única vía del entendimiento humano y con un rigor teórico relativo al espíritu del tiempo, es decir, sin intentar elaborar criterios petrificados de los que es la salud mental.

Los datos hasta ahora presentados nos permiten mostrar de manera crítica, lo que ha sido *una única* dirección respecto al diseño de Políticas Sociales en lo referente a la salud mental y que por ser arbitraria e impositiva ha tendido a fracasar. Este fracaso se ha dado también por ser muestra de una discursividad alejada de la realidad y sin compromiso ético y académico. Asimismo, se presenta una discontinuidad y dominación entre los discursos autorizados por el poder Estatal.

En beneficio de la salud mental se propone:

- 1) Trabajar en lo inmediato en la reducción de la pobreza.
- 2) Construir socialmente y culturalmente una ciudadanía, con diferentes niveles de responsabilidad en la participación y obligaciones.
- 3) Flexibilizar los criterios de diagnóstico de los trastornos mentales.
- 4) Homogeneizar la cobertura de los servicios de salud y salud mental, heterogeneizar los servicios en salud y salud mental en México.
- 5) Ampliar la mirada en cuanto las disciplinas participantes en la atención a la salud (Hersch y Haro, 2007)
- 6) Combatir la desigualdad.
- 7) Incluir más indicadores de orden subjetivo y de bienestar en los cálculos diagnósticos que se hagan del trastorno mental.

Bibliografía

Acuerdo por el que se crea El Consejo Nacional de Salud Mental (21 de julio de 2004) en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a210704.html>

Alarcón Muñoz, A. M. y Vidal Herrera, A. C (2005), “Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres” en *Salud Pública de México* Núm. 47. Pp. 440-446.

Audelo Cruz, J. M. (s/f) Sobre el concepto de corporativismo: Una revisión en el contexto político mexicano actual. <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/4/1627/5.pdf>

Basaglia, F. Coord. (1978), *Razón, Locura y Sociedad*, México, S.XXI Editores.

Basaglia, F. y Basaglia Ongaro, F. (1978), *Los crímenes de la paz*, México, Ed. Siglo XXI.

Baudrillard, (1987), *Cultura y Simulacro*, España, Paidós.

Belfer, M. L. and Rohde, L. A. (2005), “Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research” en *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health* Vol. 18, Núm. 4/5.

Bourdieu, P. (1998), *Los Herederos*, España, Paidós.

- (2000), *La dominación Masculina*, España, Anagrama.

Bauman, Z. (2009), *La Globalización*, Cuarta Reimpresión, México, FCE.

- (2007), *Las consecuencias Perversas de la Modernidad*. Segunda edición, Barcelona, Anthropos.

Bowles, S. and Gintis, H. (2002), “Schooling in Capitalist America Revisited” en *Sociology of Education*, Vol. 75, Núm. 1. Pp. 1-18.

Caponi, S. (2009) Un análisis epistemológico del diagnóstico de la depresión. *COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO* Vol. 13, Núm. 29. Pp.327-38.

Chávez Alvarado, C. Pol Morales, F. y Villaseñor Bayardo, S. J. “Otros conceptos de enfermedad mental” en *Investigación en salud, agosto,año/Vol. VII, Núm. 2*, Universidad de Guadalajara, Pp. 128-134.

De Almeida Filho, N. (2007), “Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo” en *Salud Colectiva*, Buenos Aires, Vol. 3 Núm. 3. Pp. 229-233.

De la Fuente, R. (2008), *Psicología Médica*. Décimo tercera edición, México, FCE.

Evans, R. y otros. (1996), *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* España, Díaz de Santos.

Foucault, M (1999), *Historia de la Locura en la Época Clásica*, México, FCE.

FUNSAIUD (2006), *La salud en México*, México.

Garfinkel, H. (2006), *Estudios de Etnometodología*, España, Anthropos.

Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H. y Frenk, J. (2011), “Sistema de salud de México” en *Salud Pública en México* Núm. 53 supl 2, Pp. 220-232.

Gottfredson, L. S. (2004), “Intelligence: Is It the Epidemiologists’ Elusive “Fundamental Cause” of Social Class Inequalities in Health?” en *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 86, Núm. 1. Pp. 174–199.

Habermas, J. (1981), *Teoría de la Acción Comunicativa*, Madrid, Trotta.

Haro Encinas, J. A. (2007), Globalización y salud de los trabajadores. Jornaleros agrícolas y producción de uva en Pesqueira, Sonora en *Región y Sociedad*, Vol. XIX / Núm. 40.

Haro Encinas, J. A. (2010), *Epidemiología convencional, epidemiología sociocultural y salud colectiva. Requerimientos para un diálogo entre disciplinas*. Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Transdisciplinariedad, UABC, Mexicali, 16 de marzo, 2010.

Hersch, P. y Haro, J. A. (2007), *¿Epidemiología Sociocultural o Antropología Médica? Algunos ejes para un debate interdisciplinar*. Conferencia de clausura presentada en el III Coloquio de REDAM. *Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente*, Tarragona, 6 de junio, 2007.

Hernández-Peña, P., et al. (1991), “Equidad y salud: necesidades de investigación para la formulación de una política social” en *Salud Publica Mex* 1991, Núm. 33, Pp. 9-17.

Horkheimer, M. (2007), *Crítica de la Razón Instrumental*, Argentina, Terramar Ediciones.

Ibáñez, T. (2001), *Psicología Social Construccionista*, Guadalajara, México, U. de G.

Lefebvre, H. (1978), *De lo rural a lo urbano*, Barcelona, Ediciones Península.

Martín-Baró, I. (1998), *Psicología de la Liberación*, España, Ed. Trotta.

Medina-Mora, M. E., et al. (2003), “Prevalencia de los Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica” en *Salud Mental*, Vol. 26, Núm. 4, agosto 2003.

Menéndez, E. L. (2008), “Epidemiología sociocultural: propuesta y posibilidades” en *Región y Sociedad*. Año/Vol. XX. Núm. Especial. Pp. 5-50.

Molina Salazar, R. E., Romero Velázquez, J. R., Trejo Rodríguez, J. A (1991), “Desarrollo económico y salud” en *Salud Pública de México*. Vol. 33, Núm. 3. Pp. 227-234.

Morin, E. (1999), *Ciencia con conciencia*. España: Cátedra

- (2006), *El Método: La naturaleza de la naturaleza*, España, Cátedra.

- (2007), *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona, Gedisa Editorial.

Moya, J. y Finkelman, J. (Sin Fecha), La migración México Estados Unidos en el contexto de la salud global. México-Estados Unidos en el contexto de la salud global. *Salud Pública de México* / vol. 49, edición especial, XII Congreso de Investigación en Salud Pública.

OMS. (2005), *Programa de Acción Global en Salud Mental*, Bertolote, J. M. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/estrategia_salud_mental_OMS.pdf.

- (2008), “Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias” en http://www.who.int/mental_health/publications/9789242596205/es/

- (2008), Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud 28 de agosto de 2008.

- (2009), *Global Health Risks*, OMS.

Onfray; M. (2011), *El crepúsculo de un Ídolo*, Madrid, Taurus.

OPS/OMS. (2004), Evaluación de los servicios de salud mental en la República Mexicana. Organización Panamericana de la Salud en <file:///C:/Users/revista.iberoforum/Downloads/eval-ser-salud-mental-mex-1.pdf>

Pérez, A. (2006), “¿CURARSE EN SALUD? Apostillas antropológicas sobre una comparación epidemiológica” en *Revista de Antropología Experimental*, Núm. 6, Texto 4, Pp. 55-73.

Pilgrim, D. (2008), “Recovery and current mental health policy” en *Chronic Illness*, Núm. 4, Pp. 295-304.

Reddy-Jacobs C et al. (2006), “Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México” en *Salud Pública de México*, Núm. 48 supl 1:S83-S90.

Salgado de Snyder, N. y Infante Xibillé, C. (Sin Fecha), “La literatura sobre políticas y sistemas de salud: el caso de la migración” en *Salud Pública de México*, Vol. 49, edición especial, XII Congreso de Investigación en Salud Pública.

Samaja, J. (2007), *Epistemología de la Salud*, Argentina, Lugar Editorial.

Sandoval de Ecurdia, J. M. y Richard Muñoz, M. P. (2005), *La salud mental en México*, Cámara de Diputados, LIX Legislatura, México, Cámara de Diputados de los Estados Unidos Mexicanos.

SSA (2001), *Programa Nacional de Salud 2001- 2006*. México, Secretaría de Salud en http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf

SSA (2007), *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, Secretaría de Salud.

Stevens, G. (2003), “Academic representations of ‘race’ and racism in psychology: Knowledge production, historical context and dialectics in transitional South Africa” en *International Journal of Intercultural Relations*, Vol. 27. Pp.189–207.

Ulmer, C., McFadden, B. and Nerenz, D. R. (2009), *Race, Ethnicity, and Language Data: Standardization for HealthCare Quality Improvement, USA*, The National Academies Press.

Vázquez García; F. (2009), “Del sexo dicotómico al sexo cromático. La subjetividad transgénera y los límites del constructivismo” en *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*. Núm.1, Pp. 63-88.

Ward, P. (1989), *Políticas de Bienestar Social en México. 1970-1989*, México, Nueva Imagen.

Artículo recibido el 21 de Marzo 2016

Artículo aceptado el 6 de Agosto 2016