

ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO
FEDERAL
V LEGISLATURA
ESTENOGRAFIA PARLAMENTARIA



PRIMER AÑO DE EJERCICIO

Comisión de Salud y Asistencia Social
Hacia una Política de Salud Mental en el Distrito Federal
Mesa de Trabajo
Inauguración y Mesa de Trabajo

VERSIÓN ESTENOGRÁFICA

Salón “Heberto Castillo”

21 de julio de 2010

LA C. PRESIDENTA DIPUTADA MARICELA CONTRERAS JULIAN.- Muy buenos días. Vamos a dar inicio a este foro, a estas mesas de trabajo, que hemos denominado *Hacia una Política de Salud Mental en el Distrito Federal*.

Le damos la más cordial bienvenida al Doctor Armando Ahued Ortega, Secretario de Salud del Distrito Federal; bienvenido, doctor.

También nos acompaña la diputada Alejandra Barrales Magdaleno, Presidenta de la Comisión de Gobierno; bienvenida, Alejandra.

Se encuentra con nosotros el diputado Carlos Augusto Morales López, integrante de la Comisión de Salud y Asistencia Social que es quien ha presentado una iniciativa que estaremos discutiendo y motivo por el cual se acordó en la Comisión realizar estas mesas de trabajo.

Nos acompaña la doctora María Elena Medina Mora, Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría, de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal.

Nos acompaña el diputado Jorge Palacios Arroyo. Bienvenido, diputado.

La psicóloga Marisol Escamilla de la Secretaría de Salud, así como el doctor Pablo Díaz, que es nuestro ponente, enseguida de la inauguración.

La doctora Gabriela Cámara de la Asociación Civil que ha estado acompañando al diputado Carlos Augusto en todos estos trabajos.

Por supuesto les damos la más cordial bienvenida a ustedes que han acudido a esta convocatoria.

La salud mental ha estado oculta tras una cortina de estigma y discriminación durante largo tiempo. Ha llegado la hora de que salga a la luz la magnitud. El sufrimiento y la carga en términos de discapacidad y costos para los individuos, las familias y las sociedades son abrumadores. Podemos lograr un cambio con progresos en salud mental. Estas fueron palabras del Director General de la Organización Mundial de la Salud, Lee Jong-Wook.

La salud mental y física y el bienestar social son componentes vitales de las personas y están estrechamente ligados bajo ese contexto, la salud mental es definida por la organización mundial de la salud como el estado de bienestar que permite los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y realizar una contribución significativa a sus comunidades.

Al igual que la salud física, la salud mental es un fenómeno complejo determinado por factores sociales, económicos, culturales, ambientales, psicológicos y de género, que repercuten inevitablemente en el desarrollo familiar y social.

La salud mental tendría que ser también una prioridad en todo gobierno democrático, lo que hace indispensable acciones contundentes de salud pública que consideren su prevención, su tratamiento y su rehabilitación.

Hablar de políticas o legislaciones sobre salud mental, es remontarnos al siglo pasado, en 1950 Japón ya contaba con una ley sobre higiene mental, donde se preveía el desarrollo de hospitales psiquiátricos y el respaldo financiero de los pacientes que ingresaban.

Sin embargo, existían muchas voces que manifestaron su preocupación por las violaciones de los derechos humanos de las personas ingresadas, dando paso a una serie de ajustes al modelo de atención de salud mental que se fue propagando en diversos países del mundo, fomentando la prestación de servicios médicos y de bienestar integral a las personas con algún trastorno mental.

En nuestro país, a pesar de que se han emprendido diversos programas de salud mental, lo cierto es que nos encontramos frente a un atraso de legislación de más de 50 años, si tomamos en cuenta los estándares internacionales en la materia.

El riesgo de sufrir enfermedades mentales se incrementa en sectores sociales que viven la pobreza extrema, desempleados, personas con bajos niveles de instrucción, víctimas de violencia, migrantes, refugiados, pueblos indígenas, mujeres, hombres, niñas y ancianos maltratados o abandonados, personas con discapacidad, es decir afectan a la sociedad en su totalidad.

La Organización Mundial de la Salud proporciona cifras que alteran sobre la gravedad del problema: 450 millones de personas en el mundo padecen un trastorno mental o de conducta, manifestándose antes de los 14 años en muchos casos, 1 de cada 4 familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental.

Con la gravedad de este problema no se le ha brindado una atención debida a nivel nacional. Por ejemplo, se estima que en la mayoría de los países como el nuestro existen en promedio .05 psiquiatras y .16 enfermeras psiquiátricas por cada 100 mil habitantes o bien sólo se destina el .8% del presupuesto asignado al sector salud, aún cuando la recomendación internacional indica que debe ser el 10%.

Desde luego la Ciudad de México no escapa al fenómeno del crecimiento de los trastornos mentales, ya que según reportes de la Secretaría de Salud indican que el número de suicidios ha aumentado en 10% en tan sólo 3 años.

Por su parte un estudio realizado por la Universidad Intercontinental señala que el 16% de los niños de entre 3 y 11 años que residen en el Distrito Federal padecen algún problema, principalmente ansiedad y depresión, coincidiendo

con los resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de 2009.

La crisis económica, el desempleo y la proliferación de los trabajos mal pagados e inseguros tienen múltiples efectos no sólo en las condiciones materiales de vida, sino que afectan al ser social y a sus relaciones más íntimas de la población, de esta manera surgen sentimientos de incertidumbre, ansiedad, depresión, frustración e impotencia que a su vez están ligados con pérdida de autoestima, trastornos sexuales, comportamientos autodestructivos e intensificación de los conflictos familiares.

Por si fuera poco, la creciente ola de violencia e inseguridad que se viven en diversas regiones del mundo, incluido México, también impactan de manera severa en la salud mental y bienestar psicosocial de las personas. En ese contexto surgen estas mesas de trabajo: “Hacia una política de salud mental en el Distrito Federal”, con la finalidad de contar con elementos para analizar una iniciativa presentada por el diputado Carlos Augusto Morales, con la cual se pretende contar con un instrumento jurídico en la Ciudad de México para atender este problema de salud pública.

Los principales retos a los que nos enfrentamos para impulsar una política pública en esta materia son los siguientes, desde mi perspectiva: incorporar la atención de salud mental en los programas de salud pública con enfoque preventivo.

Garantizar la disponibilidad de los recursos suficientes para la prevención y atención.

Establecer una organización de los servicios de salud mental para contar con psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos y trabajadores sociales para ofrecer tratamiento y atención especializada.

Integrar a la salud mental en el primer nivel de atención.

Brindar atención integral desde un enfoque de género y de diversidad.

Desarrollar una política de salud mental desde una perspectiva de derechos humanos, donde se erradique el estigma de la discriminación y violaciones a los derechos humanos de las personas con algún trastorno.

Identificamos esos retos y podemos avanzar hacia una política y legislación que se ajuste a estándares internacionales bajo líneas de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales, acceso a los cuidados básico, protección de los derechos de las personas que requieran atención, confidencialidad, consentimiento informado de los tratamientos y la incorporación de la sociedad en esta importante tarea.

El objetivo final es profundizar en el tema de la prevención y atención de la salud mental como una política transversal de las autoridades del Gobierno del Distrito Federal como un verdadero desafío para el desarrollo de nuestra ciudad.

Finalmente, no me resta más que agradecer a nombre de la Comisión de Salud y Asistencia Social la presencia de quienes están en esta mesa, así como de ustedes como asistentes, que tendrán un papel fundamental y esperamos tener el mayor de los éxitos con las aportaciones que aquí se den. Muchísimas gracias por estar con nosotros.

Agradecemos mucho la presencia de nuestra Presidenta de la Asamblea Legislativa, Alejandra Barrales, a quien le vamos a dar la palabra en este acto inaugural.

LA C. DIPUTADA MARÍA ALEJANDRA BARRALES MAGDALENO.- Muchas gracias. Muy buenos días.

Bienvenidas, bienvenidos a quienes nos acompañan el día de hoy en esta mesa que convoca con tan importante tema Hacia una política en salud mental. Saludo y doy la bienvenida a quienes nos distinguen con su presencia en esta mesa, particularmente al Secretario de Salud, el doctor Ahued; a las diputadas, diputados y de manera también destacada a nuestros invitados que nos distinguen hoy, no sólo con su presencia, sino seguramente nos van a seguir distinguiendo con sus aportaciones, con el conocimiento y la experiencia que sobre tan importante materia tiene.

Yo quiero felicitar, además, la atinada definición de este tema de parte del diputado Carlos Augusto, de la diputada Maricela Contreras, su Comisión en sí misma, pero el diputado Carlos Augusto ha sido insistente en la importancia de que la Asamblea Legislativa atienda este tema.

Déjenme decirles que no hay mucho que revisar, no hay muchas vueltas que darle para entender la importancia de que la Asamblea Legislativa atienda este tema, sobre todo si revisamos que estamos en una de las ciudades más grandes del mundo, aquí estamos conviviendo casi 5 millones de capitalinos, si tomamos en cuenta nuestra zona metropolitana estaremos casi alcanzando los 20 millones de individuos, hombres, mujeres que transitamos, que convivimos en esta Ciudad y lo complejo que es el día con día. Por eso es muy importante para quienes representamos a los capitalinos, todos los partidos aquí en la Asamblea, hacer nuestro máximo posible de esfuerzos por hacer más agradable, elevar el nivel, la calidad de vida de los capitalinos, de la gente a quien representamos.

Para nosotros es muy importante abordar este tema, nos anima la presencia del Secretario de Salud, porque sabemos que no solamente es un asunto de presupuesto, de recursos, sino lo más importante, es un asunto que tiene la capacidad, la estructura de atender y el interés de atender de parte de nuestro gobierno.

Tenemos datos que nos confirman lo oportuno de este tema, es alarmante pero hay que atender también esos números, revisar que prácticamente hoy uno de cada 6 capitalinos, según datos que nos ha compartido la Subsecretaría de Salud Mental de la Secretaría de Salud del gobierno de la Ciudad, nos confirman que esta cifra es actual, que estamos considerando como padecimientos mentales, depresión, entre otras cosas, que pareciera que es el gran mal de nuestros tiempos; es muy importante y alarma también conocer para la Asamblea que nuestra población infantil entre 3 y 12 años están reportando también padecimiento importante en estos temas, estamos hablando de que el 7% de nuestros niños entre 3 y 12 años están presentando estos padecimientos, eso nos deja claro lo importante que es el generar las condiciones, esa es nuestra labor desde la Asamblea, generar las condiciones que nos permitan construir un plan de salud que atienda esta problemática, que nos permita dotar de la infraestructura, los recursos a la Secretaría de Salud, sobre todo si además confirmamos que casi el 40% de la población capitalina no cuenta con seguridad social. Entendemos la importancia, el esfuerzo que ha encabezado el doctor Ahued llevando a las calles, llevando a los domicilios de

los capitalinos la salud, la atención médica. 40% de nuestra población hoy no es derechohabiente a ningún sistema de salud, por supuesto esto tiene que ver con los temas de desempleo, entre otras cosas, por eso es muy importante el poder atender este dato.

También tenemos que considerar de manera responsable, porque además esa ha sido la vocación no sólo del gobierno de la Ciudad, no solamente de sus representantes, sino por supuesto de la población, los capitalinos somos solidarios, 30% de la atención que brinda la Secretaría de Salud en las clínicas de la zona norte de la Ciudad atienden a personas que vienen del Estado de México.

Nosotros sabemos que el Gobierno, que la Secretaría nunca les dice que no, pero también tenemos que reconocer que es un impacto que estamos obligados a atender. Entonces hay muchas razones, hay datos que nos obligan de manera responsable atender tan importante tema, por eso saludamos lo atinado, lo oportuno de esta convocatoria, pero sobre todo el conocimiento, la experiencia y la propuesta que nos van a aportar nuestros invitados el día de hoy para que en consecuencia como lo hemos venido haciendo los diputados de diferentes fracciones encabezados por la diputada Maricela Contreras, en la Comisión de Salud, a la brevedad podamos construir una propuesta, un marco jurídico que nos permita dotar de herramientas a la Secretaría de Salud, al Gobierno de la Ciudad para poder atender tan importante tema y garantizar pues la calidad de vida de quienes vivimos en esta Ciudad.

De nuestra parte, quienes estamos en el Organo de Gobierno de esta Asamblea, de nueva cuenta nuestro compromiso para que a la brevedad podamos atender este tema.

Nosotros vamos a ir a sesiones en el mes de septiembre, aquí harán la valoración nuestros compañeros del momento oportuno para poder atender este tema, sin embargo creo que ya es digno de reconocimiento lo oportuno de la atención que se está dando a este tema.

Muchas gracias y enhorabuena para todas, para todos quienes están participando en esta mesa.

Muchas gracias.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias diputada Barrales.

Le daremos ahora la palabra al doctor Armando Ahued Ortega, Secretario de Salud del Distrito Federal.

EL C. DR. ARMANDO AHUED ORTEGA.- Muchas gracias.

Muy buenos días a todas y a todos. Saludo muy cordialmente a la diputada Alejandra Barrales, Presidenta de la Asamblea Legislativa; a mi querida amiga Maricela Contreras, Presidenta de la Comisión de Salud; al diputado Carlos Augusto Morales, que además lo felicito porque es el que empujó esta iniciativa y el poder llevar a cabo este foro en un tema también muy importante; al diputado Jorge Palacios también; agradezco la presencia de la doctora Marisol Escamilla, del doctor Pablo Díaz, de la doctora Gabriela Cámara, muchas gracia, por supuesto María Elena Medina Mora, una gente experta en este tema.

Quiero señalar antes de leer algunas palabras que preparé, que es un tema fundamental para la salud pública de la Ciudad de México, que es un tema que hemos venido trabajando y seguimos trabajando, no es un tema que se ha desatendido, sin embargo que es necesario hacer crecer y para hacerlo crecer necesitamos recursos y necesitamos darle énfasis a este tema.

Entonces con los recursos que se tiene, con los 30 hospitales, 250 clínicas, la Clínica de VIH-SIDA, el Dermatológico Pascua, porque también muchas afecciones de ese tipo tienen origen de cuestiones de salud mental, estamos atendiendo pero sí necesitamos darle mayor impulso y mayores recursos a este tema.

Así que celebro que llevemos a cabo este foro y por supuesto el compromiso de esta Secretaría de Salud en atender, en impulsar, en apoyar cualquier propuesta y agradezco como siempre a la Asamblea Legislativa por el empuje y por siempre poner como una premisa la salud de la gente de la Ciudad de México.

La salud como la concibe la Organización Mundial de la Salud es el estado del completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Así, la interacción entre la salud física y la mental obliga a las autoridades a redireccionar a las acciones de salud pública, tanto a la promoción de la salud en la prevención de la enfermedad.

La OMS también refiere que la salud mental es el estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes y puede afrontar las presiones normales de la vida, a trabajar productiva y fructíferamente y ser capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Es aquí donde radica la importancia de brindar atención integral a nuestros pacientes y considerar en nuestros servicios programas y acciones además del aspecto físico, el psicosocial, pues la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la discapacidad, el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas, son acciones que se complementan y ninguna sustituye a la otra.

Promover la salud implica proveer de los recursos necesarios para impulsar el progreso personal, social y económico de la comunidad, el cual se verá reflejado en una mejor calidad de vida. De ahí que los factores políticos, sociales y económicos, pueden intervenir a favor o en detrimento de la salud.

Investigaciones recientes han demostrado la importancia que tiene la salud mental en el mantenimiento de una salud física adecuada. Ejemplo de ello, es el vínculo que existe entre la depresión y las enfermedades cardiovasculares, la falta de empleo, su relación en el consumo de alcohol o drogas, extendiéndose esto a los accidentes de tránsito, el ocio, asociada a la deserción escolar y conducta delictiva, entre muchos más. La salud mental influye determinantemente en el desarrollo humano. Por lo tanto, es esencial para el bienestar y funcionamiento de los individuos.

Un recurso importante para las familias, las comunidades y las naciones es una parte indivisible de la salud general, contribuye a las funciones de la sociedad y tiene un efecto sobre la productividad general.

La salud mental no incluye a todos y se expresa en la vida diaria en los hogares, en las escuelas, en los centros de trabajo, en las actividades recreativas, por lo tanto es indispensable establecer un compromiso intersectorial para el desarrollo de políticas, la planeación y elaboración de programas de salud mental y la correspondiente normatividad.

Para ser eficaz una política de salud mental, debe considerarse el desarrollo simultáneo de varias áreas que a continuación mencionaré:

Integrar los servicios de salud mental en la atención médica general, la profesionalización de la salud mental debe instruir al personal sanitario acerca de los trastornos mentales.

Contar con el número y tipo de recursos humanos necesarios para atender la demanda, psicólogos, psiquiatras, profesionales vinculados a la salud mental como: enfermeras, terapeutas ocupacionales, trabajadoras sociales y practicantes de medicina tradicional.

Tomar en cuenta el abordaje de los trastornos mentales graves e incapacitados por el uso de medicamentos que ha reducido el sufrimiento humano y mejorado la calidad de vida, pero lo que se debe asegurar, su adquisición y distribución en la política de salud mental.

Financiamiento adecuado y sostenido que permita desarrollar y configurar los servicios de salud mental como sus resultados.

La legislación sobre salud mental puede proporcionar un marco legal para abordar asuntos claves como la integración en la comunidad de personas con trastornos mentales, la prestación de una atención de calidad, la accesibilidad a dichos cuidados, la protección de los derechos civiles y la promoción de garantías individuales en área claves como vivienda, educación y empleo.

La legislación también juega un papel importante a la hora de promover la salud mental y la prevención de trastornos mentales, es más que una legislación sobre cuidados y tratamientos, y por lo tanto, no se limita a regular la forma en que se prestan dichos tratamientos en las instituciones sanitarias.

Legislar sobre salud mental es necesario para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, ya que son un sector vulnerable de la sociedad.

Estas personas se enfrentan a la estigmatización, a la discriminación y a la marginación en todas las sociedades, incrementándose así la probabilidad de que se violen sus derechos.

La protección a los derechos humanos, ofrece la herramienta indispensable para la identificación y aseguramiento del respeto a principios y valores de los individuos, tanto para la promoción de la salud como para la prevención de la enfermedad o bien la rehabilitación.

En la Secretaría de Salud del Distrito Federal estamos trabajando en un sistema de salud integral, basada en las necesidades de la comunidad, dirigido tanto a las personas que funcionan adecuadamente como a quienes tienen algún trastorno mental.

Amigas y amigos:

Estoy seguro de que el fruto de este trabajo conjunto que estamos realizando para consolidar una propuesta legislativa en materia de salud mental será la concreción de un sistema de atención integral que beneficiará a la ciudadanía y hará de nuestra comunidad una sociedad saludable, una sociedad sana, fuerte como la que necesitamos para seguir transitando en este camino de progreso en la Ciudad de México.

Muchas gracias.

LA C. PRESIDENTA.- Le damos la bienvenida a los integrantes del Colegio Mexicano de Psicología, a la doctora Laura Hernández y el doctor Alejandro Salce.

Enseguida le daremos el uso de la palabra al diputado Carlos Augusto Morales para que nos dé los objetivos de esta mesa de trabajo. Adelante diputado.

EL C. DIPUTADO CARLOS AUGUSTO MORALES LÓPEZ.- Gracias. Muy buenos días a todas y a todos ustedes.

Quiero agradecer especialmente el apoyo que hemos recibido para elaborar esta iniciativa de todos los aquí presentes, el apoyo decidido del doctor Armando Ahued, de la Presidenta de la Comisión de Gobierno y coordinadora del grupo parlamentario que ha estado siempre muy pendiente, nos ha estado apoyando mucho en el tema de que esta iniciativa vaya por buen camino; la Presidenta de la Comisión de Salud, diputada Maricela Contreras; diputado Jorge Palacios, que ha sido constructor junto con nosotros de este proyecto e indudablemente esta iniciativa no sería posible sin el apoyo decidido de la

doctora Medina Mora, que nos ha acompañado desde que tuvimos la intención de hacer esto una ley; de la licenciada Cámara, de la doctora Escamilla, sin ellos sería imposible que el día de hoy estuviéramos aquí sentados discutiendo ya el contenido de la ley.

Quiero mencionarles la importancia que revista el tema para nosotros y el camino que hemos ido trazando para llegar hasta el día de hoy.

Como parte del esquema que utilizaríamos para la elaboración de la iniciativa en salud mental y tomando como referencia el problema actual en México y el Distrito Federal, en noviembre del año pasado iniciamos una serie de investigaciones a efecto de trazar una ruta.

Es así que derivado de una serie de reuniones, recorridos a Centros de Asistencia e Integración Social, acercamientos con la sociedad civil, con la gente vulnerable a este tipo de problemas, nos dimos cuenta que actualmente no existe un marco normativo acorde a los problemas que presenta la Zona Metropolitana del Valle de México. Ello es así toda vez que, como todos sabemos, contamos con el segundo lugar de la metrópoli más poblada a nivel mundial, sólo por debajo de Tokio, Japón, en donde ya son más de 16 millones de personas que presentamos un constante estrés por el ritmo de vida que nos da la ciudad y que ello puede desencadenar en un trastorno mental grave en los diversos sectores de la población, que actualmente no tenemos los mecanismos para enfrentarlos.

Lo que hemos intentando en todo momento es que cada uno de los habitantes de la Ciudad de México pueda tener acceso a la garantía consagrada en el artículo 4º constitucional relativo al derecho a la protección de la salud.

Es así que derivado de los trabajos antes mencionados, el pasado 15 de abril del presente año su servidor presentó ante el pleno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal la iniciativa de Ley de Salud Mental para el Distrito Federal, la cual consta de 44 artículos, en donde consideramos el cuidado por sectores y grupos de edades para una atención especializada, además y como acciones revolucionarias a nivel mundial pretendemos que en dicha ley se establezca como política que el presupuesto a la salud mental no sea inferior al 5% del

asignado a la Secretaría de Salud, toda vez que actualmente sólo se considera el 1% a nivel nacional.

Tomando en cuenta que la Organización Mundial de la Salud estima que sea el 10% y al ser un problema metropolitano, enfatizamos la coordinación que se debe de dar entre los diversos municipios de los estados de Hidalgo y México que forman parte de la Zona Metropolitana del Valle de México, a efecto de que implementen estrategias de un problema que no reconoce fronteras políticas y que en la actualidad no se le da esa vinculación estrecha.

Dicha iniciativa ha sido vista en general con buenos ojos, sin embargo consideramos oportuno fortalecerla para que sea de lo más actual y operativa, de ahí que sigamos teniendo acercamientos con los sectores involucrados en el tema, y por señalar algunos, el pasado de julio del presente año nos sentamos con el doctor Luis Armando González Plascencia, Presidente de la Comisión de Derechos Humanos de Distrito Federal y con los integrantes del Consejo de Derechos Humanos, en donde compartimos experiencias y que de igual manera nos hicieron llegar sus observaciones al respecto.

En esta ocasión concluiremos la primera etapa en la mesa de trabajo, las cuales inician el día de hoy y seguirán los días 28 del presente mes, el día 4 y 11 de agosto, en donde básicamente abordaremos 4 temas que rigen el problema de la salud mental, los cuales son: experiencias internacionales, recursos humanos y materiales con que cuenta la Secretaría de Salud, la coordinación de esfuerzos con los otros estados que conforman la zona metropolitana del Valle de México y, el último, en determinar la opinión de la sociedad en generar los estigmas que la envuelven.

Como ya vimos, nos enfrentamos a retos importantes en México y el Distrito Federal. Por ello queremos que estos esfuerzos se vean reflejados en el beneficio para la sociedad, en tener una ley única en su especie a nivel América Latina que se punta de lanza para los demás estados de la República.

Muchas gracias por su atención y participación.

LA C. PRESIDENTA.- Le damos la palabra a la doctora María Elena Medina Mora, Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría de la Secretaría de Salud del gobierno federal.

LA DOCTORA MARÍA ELENA MEDINA MORA.- Muchísimas gracias.

Muchas gracias por la invitación, es un honor estar aquí. Le doy las gracias a la diputada Maricela Contreras, a la diputada Alejandra Barrales que nos ha acompañado también en otras luchas, en las adicciones y el alcohol, sobre todo con enfoque de género, hace ya muchos años. Es un honor estar en la mesa compartiendo con el doctor Ahued, quien nos ha dado ejemplo de cómo se puede trabajar los retos para atender este problema. También muchas gracias, Pablo, por estar aquí y darnos la experiencia y la visión internacional. A la psicóloga Marisol Escamilla, quien ha dirigido este programa de salud mental con tanto tino. A Gabriela Cámara, porque creo que la participación de la sociedad civil es importantísima. A la doctora Laura Hernández, del Colegio Mexicano de Psicología, porque creo que uno de los grandes retos es la certificación y profesionalización. A todas las participantes que están aquí con nosotros y especialmente al diputado Carlos Augusto Morales por esta iniciativa, creo que el Distrito Federal ha sido pionero en muchos programas, en muchos avances muy significativos que han dado ejemplo para el país y creo que el trabajo que se hace es una base muy importante y esperamos que podamos realmente todos juntos avanzar en hacer una diferencia y en esta nueva etapa de cómo poder atender la salud mental de la Ciudad de México y en el país.

Se ha hablado mucho de cuál es el problema y de la importancia del problema y creo que el reto que tenemos enfrente es cómo lo podemos atender, porque creo que hemos avanzado en conseguir información, hemos avanzado en entender el problema, se ha avanzado en la ciencia en cómo se puede manejar, atender y controlar la enfermedad mental; sin embargo, el reto es cómo vamos a pasar de esa evidencia a la acción y cómo vamos a hacer el cambio para los pacientes y sus familias, y también para el país porque bien sabemos que la enfermedad mental impacta el desarrollo.

No voy a repetir los datos que tan atinadamente las autoridades que me precedieron han hablado, sí nada más quizá hablar de que la depresión ya en las mujeres es la primera causa de carga de enfermedad en México, en los hombres está en el noveno lugar, entonces esto quiere decir que tenemos una población muy afectada; que hombres y mujeres nos enfermamos igual pero de

diferentes enfermedades, por tanto el enfoque de género no puede estar más de acuerdo y quizá hablar un poco de esta asociación que hay entre qué pasa cuando una persona sufre una enfermedad mental en relación con su trabajo, nosotros sabemos, por ejemplo, que la depresión, las personas que sufren esta enfermedad, pierden 2.7 más días de trabajo que aquellas otras enfermedades crónicas, a pesar que la depresión no es causa justificada de ausencia laboral. Entonces esto nos habla de cómo todavía la enfermedad mental no está completamente comprendida ni tiene un sitio como enfermedad puesto que no hay derecho al tratamiento y esto es lo que yo quisiera ampliar un poco de los datos, es decir cómo estamos enfrentando el reto de este uno de cada cuatro mexicanos que en un momento de su vida tienen un problema de enfermedad mental y esto se extiende el impacto a las familias.

Nosotros somos uno de los pocos países en donde la mayor parte de los enfermos mentales se atienden en hospitales de especialidad, es decir en lugar de que la mayor parte de la atención se de en el primer nivel, la mayor parte de la atención se da en hospitales psiquiátricos, esto se auna a otro hecho importante y es el tiempo que pasa entre que un enfermo empieza a tener la enfermedad y llega a tratamiento y más o menos dependiendo de la enfermedad son entre siete y 30 años el mayor rezago, digamos en promedio son 14 años y México entre los 22 países por ejemplo que participaron en la encuesta mundial de salud mundial de la Organización Mundial de la Salud, es el país que tiene mayo rezago a la atención.

Si además de esto vemos que solamente uno de cada cinco llega a tratamiento, veremos que la mayor parte de nuestra población vive con enfermedad mental y vive con enfermedades en donde tenemos los mecanismos para enfrentarlo y esto impacta desde luego en sus familiares, pero impacta también en el desarrollo de los niños, la enfermedad que más rezago tiene es el alcoholismo, es un rezago como del 70 por ciento de la atención, nosotros sabemos que esta enfermedad impacta en muchas ocasiones violencia en la familia; sabemos que la enfermedad mental de los padres es uno de los predictores más importantes de la enfermedad mental de los hijos; vivir en la violencia en la familia nos da este tipo de trastornos y entonces cuando nos preguntamos qué vamos a hacer con nuestros jóvenes,

qué podemos hacer para el desarrollo, vemos que si no atendemos la enfermedad mental vamos a estar duplicando los ciclos de violencia, el aumento de las adicciones y el sufrimiento de esta población. Entonces esto nos da la idea de por dónde tenemos que caminar.

Ahora el reto es cómo vamos a hacerle porque todos estamos de acuerdo y las presentaciones y las participaciones han sido muy importantes, hemos tenido coincidencias importantísimas de qué es lo que se tiene que hacer y creo que nuestro reto y creo que esta iniciativa por eso es importante porque tenemos que saber cómo le vamos a hacer, en dónde vamos a invertir el dinero que se ponga para este problema y en este sentido creo que el modelo de atención de la Ciudad de México nos está dando ya las pautas de por dónde tenemos que ir.

Entonces se hablaba de ampliar la cobertura, es muy importante integrar la atención de la enfermedad mental a los programas de salud general no solamente por esta gran comorbilidad como nosotros sabemos que una persona que tiene un trastorno cardiovascular va a tener una esperanza de vida menor, va a tener mucho más gasto de atención de la salud, se va a morir más rápido si no se le atiende la depresión que esta asociada y que viene muchas veces como bien decía el doctor Ahued.

Entonces no nada más porque haya esta comorbilidad sino también porque la magnitud del problema no se podrá atender si no se integra en la atención a la salud mental y esto querría decir que tendríamos que estar trabajando mucho más como el modelo de la Ciudad de México a consolidar los equipos de salud mental en el primer nivel de atención y consolidar estos equipos de salud mental quiere decir trabajar con los médicos generales, trabajar con los psicólogos, con las enfermeras, con las trabajadoras sociales, con los equipos de salud mental que van a ser la diferencia y tener un sistema que nos permita la visita psiquiátrica para los casos que son descompensados.

Así podríamos nosotros disminuir esta latencia, o sea nada más el 16 por ciento de las personas que tienen depresión por ejemplo llegan a tratamiento el primer año.

Entonces necesitamos tener los mecanismos que nos permita identificar el problema rápido y poderlo atender. También sabemos que si los padecimientos no son detectados los enfermos en primer nivel de atención reciben más diagnósticos, más medicamentos, más tiempo de adicción, de atención y esto nos hace que el gasto se incremente.

En los modelos de atención especializada en primer nivel de atención como el SECOSAN y las unidades especializadas, son unidades intermedias interesantes. Creo que tendríamos que trabajar mucho más en la referencia, en los sistemas de referencia de pacientes de primer nivel a estos centros.

Es muy importante las camas psiquiátricas en los hospitales generales. Creo que la gran tentación siempre es dedicar los esfuerzos a abrir más hospitales psiquiátricos de especialización. Sí necesitamos atención psiquiátrica, pero probablemente tengamos que hacerlo mucho más ligado a los hospitales generales, mucho más ligado a tener áreas especiales para pacientes descompensados y esto nos permite atender la comorbilidad al mismo tiempo.

Tenemos un problema importante que son los enfermos que han desarrollado enfermedades cognitivas severas o los pacientes que tienen retraso mental severo y que muchas veces se acaban en los hospitales psiquiátricos, no son enfermos psiquiátricos, tenemos que trabajar para darles una atención en las casas adecuadas, en casas de protección adecuadas y también lugares especiales para los enfermos que son resistentes a los medicamentos, creo que en ese sentido la experiencia del doctor Díaz es buenísima y creo que nos orientará mucho en cómo podemos trabajar.

Tenemos muchos de estos enfermos en los albergues, son enfermos abandonados y creo que hablando de los derechos humanos, son enfermos que tenemos que atender y personas que no son enfermas, que tienen trastornos cognitivos o retraso mental que también están ahí.

Desde luego los talleres protegidos para poder incrementar las posibilidades de que los pacientes trabajen y puedan tener una vida mejor. La enfermedad mental afecta muchas áreas de la vida y el tratamiento pienso que tiene que ser global.

Desde luego el financiamiento es muy importante ya se dijo, que el presupuesto que debería dedicarse a la salud mental, sino también cómo podemos lograr tener incentivos para que la enfermedad mental se atienda.

Desde luego la integración en esquemas como el seguro popular, del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, es un tema que yo creo que es importante, tenemos que avanzar en atención en el pago a la hospitalización breve, teniendo cuidado que los sistemas que se desarrollen no estimulen la hospitalización de pacientes, queremos hospitalizaciones breves y atención suficiente en la comunidad para que no se vuelva un problema de puerta revolvete, del enfermo que entra al hospital, no tiene dinero para pagar su medicamento y regresa al hospital.

Desde luego la atención a las familias es importantísima. Hoy por hoy toda esta carga, es decir, si nosotros preguntamos si están los enfermos, no estamos siendo capaces de atenderlos en las instituciones de salud, esta carga está en las familias. Las familias de los enfermos tienen mayor nivel de estrés, mayor nivel de depresión, mayores necesidades, justamente por el cuidado que implican los enfermos por la falta de recursos y apoyos cuando se descompensa un enfermo, que no hay manera que una familia tenga transporte o ayuda para poderlo llevar a una institución de salud. Creo que esto es un tema que nos debe de ocupar, trabajar en la certificación, saber en dónde se deben de atender, qué tipo de institución, que características tienen que tener y también la certificación de los profesionales que van a dar la atención, esto creo que es un tema en lo que debemos avanzar y me da mucho gusto que tengamos aquí personas que han avanzado mucho en este sentido y todo el interés de la doctora Escamilla, porque esto se integre dentro de los programas.

Querría decir entonces que un programa de atención global tendría que tener sí una legislación que lo sustente, pero también una serie de principios que llevaran a hacer que la atención, que el dinero, que los recursos lleguen definitivamente a los enfermos que así lo requieren.

Creo que la atención de los ancianos, la atención de los grupos que están rezagados, de los niños que trabajan en la calle, de las personas que tienen

demencia; en fin, tenemos muchos grupos vulnerables a los cuales tendremos que desarrollar programas especiales.

Con esto agradezco nuevamente la oportunidad de este acompañamiento y felicitarlos nuevamente por la iniciativa y decirles que desde luego cuentan con lo que nosotros podamos aportar para que esta atención a la salud mental en el Distrito Federal culmine en un programa que pueda luego replicarse en el resto del país.

Muchas gracias.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias, a la doctora María Elena Medina Mora.

Le preguntaría a mis compañeros diputados de la Comisión, si gustan tomar la palabra.

Le damos la palabra al diputado Jorge Palacios Arroyo.

EL C. DIPUTADO JORGE PALACIOS ARROYO.- Muchas gracias, diputada. Muy buenos días a todos y sean ustedes bienvenidos a esta reunión de trabajo hacia una política de salud mental en el Distrito Federal.

Lograr que la población conserve la salud mental además de la salud física, depende gran parte de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar este tipo de padecimientos que sufre la población en el Distrito Federal, ya que los trastornos que presentan las personas con alteraciones mentales están entre las diez enfermedades más discapacitantes, como la esquizofrenia, depresión, trastornos obsesivos compulsivos, alcoholismo y drogadicción, que son enfermedades neuropsiquiátricas.

La salud mental se relaciona al igual que la salud física con la pobreza. Encuestas recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad. Hablar de trastornos mentales significa hablar de la pobreza, ambos están encerrados en un círculo vicioso, por eso es importante que legislemos en esta materia para poder ayudar a estas personas que padecen estos trastornos propios de las grandes urbes y poder ofrecerles una atención médica adecuada, profesional y con apoyo de medicamentos, los cuales en el mercado tienen un costo muy elevado.

Seguramente al final de estas mesas de trabajo contaremos con las herramientas necesarias para contar una legislación acorde a las demandas de las personas que sufren estos padecimientos.

Para concluir, de verdad quiero agradecer la presencia y participación de todos ustedes.

Muchas gracias.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias, diputado Palacios. Le damos la palabra a la diputada Alicia Téllez.

LA C. DIPUTADA ALICIA VIRGINIA TÉLLEZ SÁNCHEZ.- Primero solicitar una disculpa, estábamos presidiendo una reunión de la Comisión que yo soy Presidenta, que se alargó un poco, sin embargo a mí me parece que desde que presentó la propuesta el diputado Carlos Augusto Morales nos pareció muy importante porque agregando a algo que comentó aquí el diputado Palacios Arroyo, yo creo que las crisis económicas, yo creo que la falta de empleo, yo creo que la falta de oportunidades, yo creo que la falta de servicios y luego viviendo en una ciudad con tanto conflicto, desde lo que significan las vialidades, el acceso a llegar incluso hasta a tiempo a los trabajos va generando toda una, como decía, un círculo vicioso, pero yo diría más bien que es como una bola de nieve que va acumulando una serie de carencias y una serie de factores que no se desarrolle ampliamente un ciudadano y que es una obligación del gobierno poner a su alcance las posibilidades que le permitan un desarrollo integral, que es lo que en los países pobres, como ya también aquí se comentó, de por sí no existe y aunado a toda la conflictiva de lo que significa la modernidad todavía ahonda más la problemática personal.

También yo comento que creo que de los médicos que se han puesto de moda en los últimos años es el psiquiatra y evidentemente también el psicológico, el profesional de la psicología, porque tenemos que tener siempre gente que nos auxilie para canalizar toda la problemática personal y la problemática que una megalópolis o en conjunto todo un grupo de personas que viven en una ciudad tan difícil, reitero, se enfrentan a ello.

Por otro lado, las problemáticas específicas, la violencia intrafamiliar, las propias discapacidades, lo que ahora mucho decimos la baja de autoestima

ante el sentimiento de que no podemos, no somos, no tenemos, no queremos, el afecto también. Yo creo que cuando en una familia salen los papás a trabajar, los niños a la escuela y se ven hasta la noche, también esas faltas de afecto en muchas ocasiones producen trastornos mentales.

Así que yo aplaudo este foro, yo agradezco que ustedes nos estén aquí acompañando a escuchar un tema tan importante y creo que es una responsabilidad para nosotros legislar y luego derivar todas estas preocupaciones en una política, así que qué bueno que está aquí el doctor Ahued, que ha sido siempre un promotor y un defensor de la salud en el Distrito Federal, me parece que es importantísimo que él escuche todo lo que aquí se vierta, que nosotros coadyuvaremos en lo que nos toque en la parte legislativa.

Gracias.

LA C. PRESIDENTA.- Muchísimas gracias por todas las intervenciones. Para dar paso a la conferencia magistral le voy a pedir a la diputada Alejandra Barrales que nos haga la inauguración formal del foro y para poder organizarnos y que pase el ponente junto con el diputado Jorge Palacios, que se encargará de hacer la presentación. Entonces, Alejandra.

LA C. DIPUTADA MARÍA ALEJANDRA BARRALES MAGDALENO.- Habiendo escuchado las intervenciones de quienes conformamos esta mesa, saludando de nueva cuenta de quienes asisten a este evento, solamente señalar, desando éxito y, sobre todo, excelentes resultados, conclusiones que se van a convertir, con toda certeza, que eso es lo trascendente de este trabajo, con toda certeza las conclusiones a las que aquí logremos arribar, a las que aquí ustedes logren arribar, con toda certeza se van a convertir en herramientas en el nuevo marco jurídico, en una nueva Ley de Salud Mental, que hoy no existe en la Ciudad, pero que con toda seguridad, como consecuencia de este esfuerzo, el Distrito Federal en este mismo año estará teniendo esta nueva Ley de Salud Mental, con los beneficios y con el impacto positivo que esto tiene.

Sin más que agregar, hoy, día 21 de julio del año 2010, declaramos formalmente instalada esta mesa de trabajo “Hacia una política de salud mental en el Distrito Federal”, deseándoles éxito en esta encomienda.

Muchas gracias.

Muchas felicidades.

(Receso)

EL C. MODERADOR DIPUTADO JORGE PALACIOS ARROYO.- Muy bien. Les invito por favor a tomar sus asientos para iniciar esta primera ponencia.

Me permito presentar al doctor Pablo Díaz, el cual es egresado de la Universidad La Salle y ha tenido participación como profesor adjunto en la Universidad Nacional Autónoma de México. Realizó una residencia en práctica de medicina familiar en la Universidad de McGill, Montreal, y una de psiquiatría en la Universidad de Dalhousie Halifax, en Nueva Escocia.

Cuenta con una maestría por la Universidad Western Ontario, London Ontario y una maestría en ciencias clínicas de medicina familiar. Está certificado por el Colegio de Médicos Familiares y Cirujanos de Canadá.

Se desempeñó como Director y líder clínico del Programa Nuevo Comienzo en el hospital de Nueva Escocia, donde desarrolló el Centro para Adicciones, Salud Mental y Esquizofrenia, programa de ciudadanos continuos.

Fue profesor adjunto del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Toronto con el Programa de Esquizofrenia y Cuidados Continuos. Ha contribuido a la investigación con varios artículos publicados en revistas especializadas y es un conferencista internacional impartiendo pláticas en países como Cuba, Francia, España, México, Chile, Uruguay, Nigeria, entre otros. Actualmente es investigador y especialista del Centro para la Adicción y Salud Mental de Canadá.

Vamos a darle una cordial bienvenida y un fuerte aplauso al doctor Pablo Díaz.

EL C. DR. PABLO DÍAZ.- La verdad yo no acostumbro a hablar sentado, les voy a pedir permiso de que me pueda parar, es más quiero pararme ahí.

Perdón si les doy la espalda, pero es mucho más fácil hablar cuando tengo las diapositivas enfrente de mí.

Yo quisiera primero agradecer al diputado Carlos Augusto Morales por la invitación y definitivamente felicitarlo por la iniciativa de ley, por la visión de poner la salud mental como una prioridad social.

Estuve leyendo la iniciativa de ley y realmente me costaba mucho trabajo pensar cómo puedo explicarles la experiencia que he tenido internacionalmente para poder aterrizar a esta audiencia el día de hoy.

Estuve platicando con el diputado ayer, entendí una serie de cosas más que no había podido entender, por eso organicé la plática de tal manera que a lo mejor tenga sentido.

Quiero explicarles un poco de alguna manera, antes de empezar yo quisiera saber quiénes son ustedes, sinceramente quiero saber. Aquí hay diputados. Si podrían levantar la mano los diputados. ¿No hay diputados? Aquí hay dos. ¿Hay familiares con problemas de trastorno? ¿Hay médico? Ah, qué bien. ¿Enfermeras? Pacientes también, qué maravilla. Perfecto. Muchas gracias.

Ahora, espero que éste sea el comienzo para que en los foros siguientes se incorporen más diputados para que escuchen esto más y más, pero eso que continúe.

Les quiero decir, quiero explicarles. ¿Cuánto tiempo tenemos?

EL C. DIPUTADO JORGE PALACIOS ARROYO.- 40 minutos.

EL C. DR. PABLO DÍAZ.- 40 minutos, bien. Voy a tratar de hacerlo en 40 minutos porque lo que quiero es dialogar también, quiero que exista el diálogo directo.

Los objetivos de la plática de hoy es explicar las razones por las cuales el centro en el que yo trabajo ha invertido en entrenamientos en otros países, especialmente entrenamiento en la atención primaria, y les voy a explicar por qué.

También voy a revisar los métodos que utilizamos para diseñar las necesidades locales de aquellos países y cómo se desarrolló el currículum, el proceso de esto.

También es muy importante, claro no quiero dejar de enfatizar que uno de los procesos tan importantes, y lo voy a explicar en esta plática, la importancia que tiene la educación interprofesional, y a final voy a compartir ustedes un poco los resultados y las lecciones que tuvimos desde el punto de vista internacional.

¿Por qué el Centro de Adicciones donde trabajo invierte en entrenamiento? Hay muchas razones, voy a explicar las principales. En los últimos diez años este Centro no era el Centro, se creó hace diez, once años. Lo que resulta es que éste Centro era parte de una serie de diferentes instituciones muy famosas en Canadá, como el Clark Institute, la Institución de Adicción, había como cuatro instituciones muy famosas, desde el punto de vista político el gobierno decidió integrarlas como una maniobra de empezar a integrar las adicciones y la salud mental en una institución, eso fue hace diez años.

Llevamos diez años de proceso de cambio y apenas ahora estamos empezando a verlos. Además al mismo tiempo ha habido un intercambio internacional que nos ha ayudado a ir cambiando y definiendo los cambios que eran necesarios, que no se pudieron predecir anteriormente.

Ahora, también éste Centro además de ser la prioridad responder a las necesidades de la población de Ontario, también colabora como centro especializado para las políticas de salud mental en la provincia y en otros países.

Otra cosa importante, ustedes por si no lo saben Toronto es una de las ciudades más cosmopolita que hay en el mundo, dentro del propio hospital hay como 50 idiomas que se hablan alrededor del hospital, entonces realmente había una necesidad de entender el aspecto cultural y el impacto que tiene la cultura dentro de la salud mental. Por eso es muy importante también poder entender a las otras culturas.

La otra cosa que no solamente es en Canadá sino en el mundo existe la fragmentación de los servicios de salud mental, eso ya lo hemos escuchado el día de hoy, especialmente entre la atención primaria y la atención secundaria.

Ahora, parte del documento, me di cuenta que ustedes también leyeron toda esta nueva iniciativa, que es muy clara y con cuatro palabras ejemplifica la importancia que tiene que no hay salud sin salud mental, eso es muy importante y hay muchas razones que voy a explicar después, además el sistema de atención primaria siempre en el mundo, en todos los países del mundo siempre ha sido la puerta de entrada para la salud.

Ahora, déjenme explicarles algo que me parece muy gráfico pero que quiero que pongan atención. Éste es el modelo clásico, yo me acuerdo que aprendí medicina así lo ponían, creo que la gente sigue utilizando este modelo, que es la base, es dar la atención primaria, luego el segundo nivel, y así como lo ven desde el punto de vista gráfico, ustedes inmediatamente identifican como si fuera mejor estar hasta arriba y peor hasta abajo. No es cierto.

Ahora, lo importante es buscar la manera en que el paciente vaya al tercer nivel, como lo decía la doctora Medina Mora, lo interesante es que hay barreras artificiales que detienen entre el segundo y el tercer nivel, artificiales, burocráticas, política que hay que romper.

Ahora qué pasa si ustedes en un momento dado, fíjense nada más, cambian el modelo, ya no existen las jerarquías. Esto es muy claro, que el tercer nivel no es lo más importante que la atención primaria, éste es el modelo que hay que seguir y quitar todas estas barreras artificiales. El reto, como decía la doctora Medina Mora, y eso pasa no solamente en México, en el mundo, a diferentes niveles, la realidad es que sigue existiendo una gran prioridad y una gran cantidad de pacientes en el tercer nivel que pueden ser atendidos en el primer nivel con las atenciones necesarias y debidas y con la preparación debida.

Ahora, qué pasa si les cambio todo este paradigma y les pongo lo que sucede ahora. ¿Qué sucede en muchos países? Que existen servicios de salud, pero también existen servicios de salud mental paralelos, porque ha sido históricamente el financiamiento de este tipo de servicios, siempre ha sido totalmente ajeno. Esto es lo que les quería comentar, de alguna manera hay que integrar esto y esto es una cosa que ha pasado en el mundo, por eso el centro donde yo trabajo ha tenido el interés de aprender de otros países, independientemente a nivel económico hay procesos que han servido para que esto vaya funcionando poco a poco y de ahí integrarlos a nuestra población.

Ahora, no voy a enfatizar algo que ya se dijo últimamente, pero es importante nada más recalcar que obviamente el peso de la enfermedad mental es muy, muy alto, el curso de las enfermedades mentales es frecuentemente muy crónico y recurrente, y los recursos psiquiátricos son limitados en el mundo, de eso no cabe duda.

Ahora, el reto es que la atención primaria reciba el apoyo, continúe recibiendo un apoyo óptimo para los servicios clave. Ahora, nosotros algo que quiero enfatizar es que se habla mucho de dinero, es cierto que es importante poner el dinero, la realidad es que no es cuestión de dinero, es cuestión de actitud, y se los digo porque he estado en países en los que los recursos, además una de las lecciones que les quería comentar es que los recursos más importantes son los recursos humanos, en los países son ricos por sus recursos humanos, ustedes los tienen y cada país tiene lo suyo, simplemente es empezar a pensar a ese nivel.

Ahora, quiero revisar un poco el segundo objetivo. ¿Qué fue lo que hicimos nosotros para involucrarnos con otros países y qué aprendimos? No se ve muy bien, pero eso tenía colores antes, ahora ya le quitaron el color, pero en fin. Éste es un ejemplo de tres países en los que hemos estado involucrados, Chile, inclusive México, en Puente Alto en Chile, en Fortaleza, en Curitiba, Brasil.

¿Cómo empezamos a involucrarnos por una cosa muy sencilla? Como centro de enseñanza había mucha gente de otros países entrenándose en ese lugar, cuando regresos de esos países ellos ya empezaron a conectarse con sus sistemas de salud, y eso es muy importante porque es la manera más directa de conectarse con la gente y se pueden tomar decisiones. Esto es lo que pasó, no fue porque nosotros pusimos nada más el dedo a ver a dónde vamos, es porque había cierta conexión directa con gente que trabajó con nosotros y que se conocían.

Entonces, de alguna manera les puedo decir que el ejemplo que voy a poner es por ejemplo el Puente Alto en Santiago de Chile, la gente que regresó a Chile era una gente que tomó un puesto importante, conocía un puesto de importancia dentro de este municipio, que es muy pobre, muy, muy pobre, pero que la diferencia en Chile es que el presupuesto de salud no está manejado centralmente, lo maneja directamente la municipalidad y ellos tienen la flexibilidad de decidir qué hacer con sus presupuestos.

Precisamente por esto se hizo una iniciativa de colaboración con el Centro, en el cual el Centro firmó un contrato en que existía claramente cuáles eran los puntos de colaboración desde el punto de vista económico y de recursos de

enseñanza. Les puedo hablar de cada uno de los ejemplos, pero quiero utilizar nada más el Chile porque podemos entrar a mucho más detalle.

El segundo paso era hacer una evaluación de necesidades de ese país, pero eso se hace de una manera colaborativa, no es llegar como paracaidistas, como los expertos, eso no existe, al contrario es un proceso de evaluación de necesidades, era empezar a aprender de lo que se hace ahí, empezar con las gentes dirigentes, entender la realidad local, visitas era muy importantes para empezar a tomar el pulso y entender los procesos de salud mental de las regiones, además tener muchas juntas con las gentes administradoras y autoridades, porque aprendimos muy claramente que el llegar como entrenadores a colaborar con otras gentes locales no es suficiente para los cambios, había que entender hasta qué punto había cierto compromiso local y político.

Luego algo muy importante es la evaluación de las instituciones externas a la salud mental que pueden influir, como las asociaciones civiles, las organizaciones que están ya trabajando paralelamente para integrarlas y eso ha sido uno de los ejemplos más enriquecedores porque se utilizó como catalizador que las gentes que nunca se hablaban, que estaban a la vuelta de la esquina empezaron a colaborar a través de este proceso de evaluación.

Luego empezar a desarrollar el currículum de los entrenamientos utilizando las guías para las mejores prácticas y la modificación de las guías de acuerdo con las necesidades locales y el contexto local. Ese es el proceso más o menos que seguimos.

Este es un ejemplo, claro lo quiero llevar al viaje que hacemos nosotros, es llegar, escuchar, ver, tomar fotografías, entender cuáles son las necesidades. Éste es un hospital psiquiátrico, no les voy a decir dónde, pero es un hospital psiquiátrico donde no existe prácticamente nada.

Estos son expedientes clínicos. Imagínense nada más para pedir un expediente. Todas esas cosas que son tan importantes para entender cómo mejorar esos procesos, es poder identificar paso por paso y empezar a cambiar paso por paso una cosa o dos cosas que es que sea realista.

Eso se ve como una tarea imposible de hacer, nada más de escucharlo, pero no estamos hablando de cambiar esto mañana, es hacer pasos muy pequeños pero firmes.

Ahora, algo que quería enfatizar es también la importancia que tiene la educación interprofesional en el currículum. ¿Qué es eso, qué es la educación interprofesional? Antes de enfatizar eso quiero explicarles que, el ejemplo de Chile, se hacían sesiones, después de decidir cuál era el currículum que se necesitaba de acuerdo a las necesidades, se hizo una serie de entrenamientos de una semana por tres o cuatro veces con un principio muy importante, es tener una regla de educación del adulto, que es éstas lecciones, estas ponencias de un alumno no sirven para cambiar actitudes, no sirve para realmente ser impacto, sino es el diálogo lo que hace el impacto.

Entonces, precisamente por eso damos el 40% de las clases basado en actualizar las partes esenciales nuevas, pero al final lo más importante es esto, el aspecto interactivo y se hace esta actividad interactiva a nivel interprofesional, no es poner a los psiquiatras juntos o juntar a los psicólogos o a los trabajadores sociales sino juntar a todo el equipo para empezar a ver maneras de aplicar esto en la clínica.

Esto es un ejemplo en Chile de lo que les estoy hablando, en este momento estamos tratando de definir, ellos mismos están tratando de definir dentro de su equipo interdisciplinario cuál es el papel de cada uno, porque la verdad si ustedes se han dado cuenta en los programas de salud mental el psicólogo, la enfermera o trabajadora social tiene una función muy genérica, pueden hacer cosas muy semejantes como la terapia, la entrevista motivacional, la terapia cognitiva, todo eso es muy importante entender que es muy diferente el equipo de salud mental comparado con el equipo quirúrgico.

Por ejemplo, en el equipo quirúrgico sabemos exactamente que el cirujano es el único que puede hacer la cirugía, el anesthesiólogo, pero en la salud mental es totalmente distinto, el reto es saber en qué manera de acuerdo con las necesidades de cada grupo, cada país o cada centro con las limitaciones que tienen y con su equipo, que puede ser de 2 ó de 7, saber en qué medida ellos pueden empezar a compartir las habilidades y este es uno de los procesos que hicimos.

Es increíble, nada más por este ejercicio llegaron la gente a entender, a clarificar lo que el otro hacía o lo que se duplicaba, que realmente era una manera muy ineficiente, y ellos mismos empezaron a través de este proceso a crear su propio no solamente el organigrama sino su descripción de trabajo. Este es un ejemplo de discusiones de casos que ellos traían a nivel interprofesional, eso es en Chile.

Esto es un poco en Hidalgo, esta es la grabación de uno de los entrenamientos de equipos interdisciplinarios en Hidalgo. ¿En qué consiste? Estoy hablando de los equipos de salud mental comunitarios en Hidalgo, de la Secretaría de Salud. ¿En qué consiste la enseñanza interprofesional? Algo que está sucediendo en todo el mundo, inclusive la Universidad de Toronto ha creado una facultad nada más de enseñanza interprofesional, de hecho en este momento llevamos, los estudiantes que entran por primera vez al primer año de medicina, trabajo social, de terapia ocupacional tienen una serie de sesiones interprofesionales a ese nivel, eso es algo muy importante.

De hecho la Organización Mundial de la Salud acaba de publicar ahora, la semana pasada los principios para recomendarles a los países cómo integrar y cómo implementar esto. Se los digo porque eso es algo que espero que lo escuchen, que lo puedan utilizar como un vehículo para implementar este tipo de cosas.

Ahora ¿Qué es la educación interprofesional? Esta es la definición de los ingleses que empezaron con este proyecto: “Es cuando dos o más profesionales aprenden con o aprenden de o acerca de cada uno para mejorar la colaboración de la calidad de la atención”. Esto podría ser muy sencillo, pero la verdad ese es el reto y eso tiene que ver con esto.

Si ustedes se dan cuenta, es muy obvio que si las gentes que trabajan en la atención primaria, como cualquier otro equipo, trabajan 6, 8 ó 10 horas juntos, lo más lógico es que el trabajar en equipo es uno de los principios del Centro de Educación Interprofesional de Inglaterra, que no cabe duda que el trabajar juntos tiene que estar cimentado en aprender juntos, eso es algo importantísimo, precisamente por eso se utilizan los principios de la educación interprofesional para la educación que estamos haciendo.

El objetivo de la educación interprofesional es que la gente adquiera conocimientos, habilidades y actitudes para una práctica colaborativa. El reto, eso se los voy a comentar más al rato, esto es muy fácil, esto lo hacemos todo el tiempo.

Ustedes se van a cualquier curso, no quiero hablar de la parte más técnicas o académica, pero les voy a dar las conclusiones que hemos aprendido en los últimos 7 años. Esto es muy fácil de hacer, nosotros podemos llegar a actualizar, hacemos unas pruebas antes y después del curso, parece ser que la gente aprendió algo, también es posible que aprenda habilidades, pero el reto más grande es este, cambio de actitudes, y es lo que más difícil y es lo que seguimos aprendiendo para buscar la manera de que esto sea lo más importante, hay una serie de jerarquías de enseñanza y todos los programas se ocupan de esto, eso es lo más fácil, pero a las dos semanas esto es muy difícil aplicarlo. Eso sucede menos cuando existe una educación colaborativa en la cual los miembros del equipo escuchan la misma información y constantemente se están monitoreando entre ellos.

Las competencias de la colaboración, esto es básico, para poder crear el currículum se utiliza los principios de la colaboración profesional. Aquí está el reto, no hay ningún profesional que trabaje en aislamiento, que tiene la capacidad para responder adecuada y efectivamente a la complejidad de las necesidades de salud de individuos y asegurar una atención segura, no existe en ningún lado. Por eso era importante poder incluir a los demás.

Les voy a dar un ejemplo simple, pero espero que se lo puedan llevar el día de hoy. Problemas simples de salud, otitis media, va a ver al médico, le da un antibiótico y se resuelve, eso es una cosa bastante simple, es como cocinar un pastel, la receta y uno va tener un pastel al final. Cuando la cosa se empieza a complicar un poco es cuando uno quiere manejar un auto, uno requiere tener habilidades para entender un poco las reglas de tránsito, tener que estar muy alerta para que el auto esté en forma y esto significa que existen ciertos equipos fuera que, por ejemplo el mecánico, el agente de tránsito, que tienen que ver para que funcione que uno vaya de un lado a otro.

Desde el punto de vista de salud esos son problemas más complejos, lo que pasa es que la cosa se va a complicando un poco más, si uno quiere ir a la

luna uno tiene que estar confiado en gentes expertas que se dediquen a saber cómo manejar los cohetes, la dirección, todo este tipo de cosas requiere gente especializada que tiene que seguir un protocolo para que el cohete, el avión vaya de un lado a otro. En la salud mental, qué les parece el nivel de complejidad que les voy a decir ahora. Si ustedes, los problemas de salud mental son tan complejos que uno puede predecir el resultado aunque no siga los lineamientos y las guías. Lo que sucede cuando uno tiene un hijo, si uno sigue y empieza a tener, los papás empiezan a educar al hijo como lo saben, si los papás intentan aplicar las mismas conductas, los mismos valores al hijo, y tiene otro hijo, no van a tener el mismo resultado con el segundo hijo, pues la complejidad que significa.

Este ejemplo de complejidad es muy paralelo con lo que sucede con la salud mental. Es muy importante que sepan que aunque existen guías de lineamiento, la complejidad es tan difícil que uno tiene que estar más tolerante a la incertidumbre, y es por eso que tan importante que un equipo de salud pueda continuar la discusión y llegar a tener como consenso decisiones que estén basadas en cierta manera a las guías, por ejemplo el uso de antipsicóticos y por qué los efectos, tener toda esta serie de alternativas para buscar el mejor resultado al final, aunque no sabemos qué va a pasar.

Lo digo como un ejemplo porque eso sucede en todos lados, no importa qué país, qué nivel socioeconómico. Si uno entiende este proceso tan complejo, es mucho más fácil planear políticas y a veces programas de enseñanza acomodándonos a esa realidad.

No cabe duda que el trabajar en equipo para mejorar la calidad de atención debe de estar cimentado en aprender juntos, por eso les decía que algo se puede llevar el día de hoy es importante que se haga de una manera interprofesional cualquier iniciativa de educación.

Voy a compartir un poco los resultados.

Chile, aquellos que empezamos a entrenar en el año de 2004, ahora empezaron ellos a entrenar a otros con la colaboración y ahora están teniendo el liderazgo para que este proceso se vaya reproduciendo, eso es algo muy importante. Claro esto sucedió con el apoyo del municipio y el apoyo

académico local. Algunos de aquellos que entrenamos originalmente han sobresalido y han empezado a tomar puestos importantes de decisión y eso ha favorecido a que ese proceso de cambio continúe.

La otra, se ha fortalecido las alianzas con organizaciones académicas locales y organizaciones civiles e internacionales. Ahora ya se empezó a hacer con estos grupos de Latinoamérica, estamos planeando hacer un grupo de encuentro para ver qué resultado hemos tenido en otro país para que los chilenos, los brasileños y algunos mexicanos se junten para ver qué es lo que ha aprendido entre todos y eso es un proceso muy importante.

Como resultado, en Chile por ejemplo, el último año una de las cosas que ellos decidieron hacer que fue muy importante es que ya no es necesario el entrenamiento como lo hacíamos antes, ahora lo importante es aprender a evaluar los propios programas y entonces la iniciativa y la colaboración ha sido en enseñar a la gente a que ellos mismos evalúen sus programas y que puedan publicarlos.

¿Qué hemos aprendido nosotros de todo esto?

Como resultado en nuestro centro con lo que aprendimos en esos procesos de enganchamiento a la gente importante, hemos hecho el mismo proceso dentro y empezamos a hacer cursos parecidos, igual de atención primaria para la salud mental, 8 clínicas que ven pacientes de diferentes países. Esto ha sido una experiencia, estamos en la segunda etapa de este proceso.

Dentro de los 6 años que hemos estado haciendo esto algo que ha sido muy consistente dentro de los currículums de cualquier país ha sido 4 temas que ha sido consistentemente que es: es el estigma; la entrevista motivacional, esto es una manera de motivar al individuo, esta entrevista emocional fue originada por la gente de adicciones y ahora se ha adaptado a otro tipo de cosas y lo importante es que este tipo de entrevistas lo puede aprender cualquier, no necesita uno ser psiquiatra o médico, es una cosa muy sencilla y efectiva que ha dado muchos resultados para enseñar al clínico a poder entender y diagnosticar problemas de salud mental.

Eso se ha vuelto como un centro del currículum dentro de todos los países, el estigma, la entrevista emocional y el autocuidado, autocuidado porque es muy

importante cómo uno quiere cuidar a gente de salud mental, cuando los mismos clínicos no entienden ni siquiera su propio problema de salud mental.

Una de las lecciones es que, les platicaba que hace 10 años empezamos con todo esto, es hasta ahora que se empezó a ver. El edificio de la fundación de adicciones, por muchos años no se comunicaban, después de esa decisión de integración lo único que los comunicaba era un estacionamiento público, lo demás no había nada; después de 10 años de esa integración ahora ya empieza a haber colaboraciones muy importantes que han tenido impacto internacional.

Por eso digo cualquier iniciativa de cambio hay que tener mucha paciencia y consistencia porque va a tardar tiempo.

Las lecciones que aprendimos es que hay que empezar con pequeños pasos en áreas estratégicas, y el área estratégica que nos dio mucho resultado es la integración y fortalecimiento de la atención primaria para que la gente empiecen a tratar el problema de salud mental.

Yo quisiera dialogar, quiero empezar el diálogo con ustedes, porque creo que puedo hablar mucho sobre otras cosas, pero no sé qué es lo que ustedes quisieran.

Estoy abierto a preguntas.

LA C. El tema de estigma cómo lo maneja.

EL C. Es imposible hacerlo sin la colaboración de pacientes. De hecho, una de las manera que hemos hecho es traer a las organizaciones, como la sociedad de esquizofrenia, ellos participan con nosotros para sensibilizar a los clínicos y para ponerse los zapatos, pero ellos participan directamente como ponentes dentro del entrenamiento y ellos explican su versión, esa es la manera más fácil.

Una de las cosas es que la institución contrata una persona que revisa los periódicos todos los días y en el momento que existe un anuncio que puede ser totalmente estigmatizante inmediatamente el instituto responde con una contrarrespuesta inmediata. Eso se hace como una inversión contra el estigma.

LA C. O sea, cada institución, cada hospital hace también trabajo de anti estigma. Pero aquí tendríamos que hablar del principio, tenemos que quitar el estigma que hay en todos los profesionales de salud alrededor de la enfermedad mental.

EL C. Ese es el reto. Uno puede aprender, pero el resto es como cambiar las actitudes.

LA C. Como asociación civil ya hemos tenido la experiencia de poder haber dado, nosotros dábamos cursos de sensibilización, entonces ya hemos dado en tres hospitales psiquiátricos este curso de sensibilización, sin llevar realmente pacientes. Sin embargo, fue muy interesante encontrar que había muchísima estigma en ellos a pesar de tener tantos años de trabajar en el hospital psiquiátrico, a pesar de estar tratando con las familias, había una incomprensión completa por lo que estaba pasando a la familia, así como los pacientes y era increíble que estar trabajando tantos años en el mismo lugar muchos ni siquiera se conocían por su nombre.

Cualquier iniciativa de ley, si no se cambian las actitudes de las personas que trabajamos en cuestión de salud mental, de nada va a servir en el papelito. Entonces sí va a ser muy importante que tomen en cuenta que lo primero que hay que hacer es actualizar a los médicos y a todos los prestadores de salud con respecto a lo que son las enfermedades mentales y lo que están padeciendo las familias.

El otro asunto es que hay que poner suficientes empleados, porque no los hay. A mí ya me tocó de urgencias, fue de Cuernavaca, en urgencias, de Seguro Social, para atender urgencias solamente hay 4 médicos, hay 300 gentes esperando, no se puede. Entonces hay que complementar las dos cosas, suficiente personal más la actualización de los profesionales de salud mental, sobre todo en el área de sensibilizar.

EL C. Usted me acordó de algo muy importante, una de las cosas que ha sucedido en los últimos años es que ya se han reducido el financiamiento para camas, y ese dinero se ha puesto en la comunidad, y es precisamente por eso que hicimos todo esta iniciativa para aprenderlo cómo hacerlo mejor y ahora trabajamos en colaboración con los equipos de atención

primaria y visitamos a los centros y vemos pacientes en el centro, pacientes que ellos mismos refieren a nosotros y que no pueden manejar, pero se hace a nivel local y sin necesidad de contratar a más gente, porque la verdad es que no existen recursos, lo que sí se puede es reorganizar los recursos para empezar a maximizar lo que se tiene. Por ejemplo, en lugar de tener dos psiquiatras en el hospital y empezarlos a distribuir por centros de salud, claro para eso hay que sensibilizarlos para que entiendan la realidad de la atención primaria que es otra cosa distinta.

Pero eso es parte de un proceso, toma tiempo, pero es importante pensar en escuchar las experiencias de otros lados. Podemos pasar muchas horas en ejemplos específicos, pero nada más quería darlo como una lista en general.

LA C. Usted habla que el proceso de desarrollo que tuvieron para ver resultados ha pasado 10 años, lo que quiere decir que es un gobierno que tiene continuidad. Nosotros tenemos el terrible problema que dentro de dos años quién sabe quién se nos vaya a aparecer en los escenarios y quién sabe qué vaya a continuar.

EL C. Eso es cierto que es una limitación, lo único que puedo comentar es que a veces cuando las revoluciones empiezan nadie las para. A qué nivel, es muy difícil pararlas, eso a veces sucede.

LA C. Es decir, como estaba el centro de adicciones y estaba, por otro lado, otra institución y que pudieron conocerse en el estacionamiento, hubo alguna colaboración, porque el problema es etiquetar a la gente, a los enfermos, a los grupos y que nadie se puede salir de su rol, cuando puede haber una comunicación y a lo mejor este hospital o este centro tenía la solución para los que estaban en adicciones. Esa es la idea. Es decir, a veces nosotros aislamos a la gente, le ponemos un puesto y ya no se puede salir de ese puesto, cuando la idea es la comunicación y entre todo el grupo poder salir adelante.

EL C. Esto es muy importante, de hecho cuando se hizo la decisión política de unirlos lo primero que hicieron fue un estudio, a ver qué tanto los clínicos que trabajan detectaban problemas de adicciones y también hicieron el mismo estudio en los otros, qué tanto la gente que venía con

adicciones detectaban problemas de salud mental y había 60 a 40% no se podía entender, de las mismas instituciones. Punto. Y eso es lo que inició el proceso de decir, bueno, estamos perdiendo el diagnóstico.

Uno puede hacer cambios sin entender bien las limitaciones y las necesidades de enseñanza, por eso hubo cambio de enseñanza para enseñar a los clínicos a detectar adicciones y a los adicciones detectar la salud mental, pero es un proceso que tuvo 10 años. Esos son pasos, pasos.

LA C. Yo he tenido la oportunidad de tomar cursos contigo y ha sido muy experiencia muy importante. Ahora solamente es una probadita de los muchos beneficios que nos quieres compartir.

Yo un comentario simplemente. Creo que nosotros en nuestro medio social, tenemos recursos o manos que nos pueden permitir hacer nuestro cambio a nuestro estilo, claro que su experiencia es muy valiosa. Yo sé que el modelo colaborativo es básico y nosotros también podemos tomar de eso algo para gestionar nuestros cambios.

Ustedes tienen 10 años en esta experiencia, nosotros podemos tener quizá apenas unos cuantos años en reconocer nuestras necesidades. Pero algunos hemos reconocido algunas necesidades, algunos otras y no nos hemos reunido para compartirlas y decir necesitamos esto y trabajar juntos para lograr un cambio. Y yo creo que ahí vamos empezando a trabajar cada quien de manera separada, ahora tenemos que integrarnos y esa labor del mexicano es particularmente difícil a veces. Pero yo creo que sí se puede, yo creo que sí hay integrantes aquí, integrantes fuera que pueden empezar a dar ese paso en común.

Yo estoy totalmente de acuerdo que tenemos que dar pasos en cambios en actitudes, en conocimientos y también en habilidades, si no lo damos vamos a seguir estigmatizando de la misma manera, discriminándonos unos a otros, incluso sin tener o teniendo alguna enfermedad física o mental, o de la que sea, nos discriminamos. Entonces eso es algo que tiene que cambiar.

Muchas gracias.

LA C. Gracias. Agradecerle porque muy gráfico toda su información, pero me queda una cierta duda. La capacitación o información que

ustedes imparten ¿está únicamente enfocada a personal médico o de alguna manera ya con ciertos conocimientos o dónde quedarían familiares de pacientes o personas no tan adentradas en las cuestiones técnicas médicas, todo eso.

EL C. Gracias por esa pregunta. La verdad es que pensé que fui claro, pero parece que no lo fui. No quise utilizar ejemplos, porque cada país es tan distinto. Por ejemplo hay un lugar que nada más existe una enfermera y una persona que se dedica a la promoción de la salud, eso es lo que existe, a veces el curandero. Por eso me refiero que uno empieza a entender la realidad local y utilizar los recursos que tienen, que son los recursos humanos, aunque sean limitados, pero son los más que tienen, para empezar a enganchar a que trabajen en colaboración y enseñarlos a ese nivel que ellos tienen, esa es la idea. Hay otros países que tienen el lujo de tener psicólogos en las clínicas de atención primaria, no de salud mental, primaria, que es otra cosa distinta, la realidad es que hay que adaptarse a esas partes.

EL C. .- Bueno, referente a algunos pacientes crónicos, por ejemplo el paciente con esquizofrenia, creo que muchas veces conocemos todos como psiquiatras en el trabajo clínico cotidiano, algunos que tienen mucho potencial para incluso tener algún empleo sencillo que pudieran hasta desarrollar una carrera técnica, independientemente de todo lo que pueden hacer como actividades ocupacionales. No sé si dentro de su experiencia en los modelos que pusieron en práctica, ha llegado a haber apoyos como para que se conecte a esos pacientes en una cadenita como para que lleguen a desarrollar, de hecho yo he conocido por ahí algunos casos de paciente con esquizofrenia paranoide que tiene un empleo para un banco, porque las características del empleo de alguna manera hacen que se desempeñe perfectamente.

El otro tema, cuando definitivamente llegue otro tipo de trastornos que no van directamente a los sistemas de salud que dependen del Estado, esto creo que le atañe más incluso al Poder Legislativo, la cuestión de que las aseguradoras en general están, así por regla general protegidas de no atender algo que sea psiquiátrico o algo que en un momento dado, aunque constituya una enfermedad haya tenido que ver con el uso de alguna sustancia adictiva.

Estoy de acuerdo que muchas patologías no les convendría a las aseguradoras atenderlas porque son trastornos de por vida, es obvio, pero que estén legalmente protegidas como para no dar un peso por el simple hecho de que tenga que ver con psiquiatría, creo que eso también es muy injusto.

EL C. .- Nosotros tenemos la responsabilidad de hablar por estos pacientes, una responsabilidad moral de los clínicos para eso.

Ya otra cosa importante hablando de los programas, hay tantos programas en la legislatura, y claro esto dependiendo de cada país, pero les puedo hablar del ejemplo que tenemos.

En los últimos 10 años se creó por ejemplo, lo pueden ver en la Web que tenemos, ahí una persona que tomó esta necesidad de crear trabajos a través del arte y creó lo que se le llama, es una organización dentro del equipo que permite, que hace toda una serie de actividades culturales como teatro, de contrato a los pacientes que puedan hacerlo para que funcionen dentro del teatro, ya sea atrás de las bambalinas o enfrente como para actores, junto con actores profesionales, hay un festival de cine que se llama **Rande Dobout at Nes**, cada año, es internacional, donde nada más se dedica a la locura, a hablar de cine, invitando a gente de organizaciones de salud mental, familias y directores de cine. Es increíble, el cielo no tiene límites para ese tipo de cosas.

La creatividad y la innovación es una de las reglas que hay que explotar dentro de la salud mental, pero hay muchísimas, perdón.

LA C. .- Hola, buenos días. Yo tengo un preocupación desde hace años, en relación a la actitud de los médicos psiquiatras, porque cada vez que he tenido que ver con ellos en el campo profesional, ha habido una respuesta negativa en cuanto a aceptar varias cosas, entre ellas por ejemplo la psicoeducación, hay un rechazo enorme, hay temor, seguramente un gran temor desde a que se le pida a las instituciones medicamentos o temor a que otra gente esté como medio odiando ahí en su coto de poder o sencillamente tienen una forma, una normatividad sí muy cerrada en cuanto a no hablar con los familiares, una serie de cosas que creo que en la ley debe de cambiarse todo esto y que debe de ser absolutamente obligatoria porque leyes van y leyes vienen, y estoy nada más recordando los cambios en cuidados

paliativos desde hace como 3 años ya en el país y no pasa nada, o sea no hay cuidados paliativos en nuestro país.

Esto me preocupa, pero además hay una cierta actitud en algunos psiquiatras muy temerosa de que se amplíe el gremio. En México tenemos un número importantísimo de médicos, psiquiatras habilitados que trabajan en los hospitales psiquiátricos, son médicos generales, a veces familiares, pero la mayoría generales que están solamente habilitados, y cuando se hizo un esfuerzo realmente grande por parte de la Universidad del Distrito Federal, para que estos 600 médicos que había hace, qué le digo, 10 años u 8 años, que estaban habilitados y que trabajaban ya con pacientes psiquiátricos, para que logran la especialidad, los que se opusieron fueron los médicos psiquiatras.

Entonces eso a mí realmente me desilusionó terriblemente porque lo que realmente querían es que se abrieran más plazas de residentes, tal vez para que les hicieran o los apoyaran en su trabajo, porque esto de realmente especializar a estas 600 personas en el país era mucho más importante que abrir 2 ó 3 o 4 plazas de residentes.

Entonces la actitud de médico psiquiatra y si no cambia por la buena, por ejemplo por entrevista motivacionales, porque hay gente refractaria a esto, de veras, es absolutamente refractaria. Entonces si no cambia por la buena, pues tendrá que ser por las leyes y que las normas cambien y que se apliquen. Creo que esto es algo muy importante para que en nuestro país haya verdaderamente un cambio.

Gracias.

LA C. .- Muy parecido a lo que comenta la doctora, yo soy médico, y yo quisiera como poner un punto que no sé si lo hayan visto en estos foros y en las necesidades que ustedes hacen, la revisión que hacen, el aspecto de tipo administrativo para los médicos generales, porque es cierto, bueno lo que dice Cecilia, bueno los médicos psiquiatras por un lado, pero los médicos generales tienen 50 mil programas que atender y ahora les vamos a poner uno más. Eso es lo que estamos viviendo en unos centros de salud del

Distrito Federal, en donde estamos trabajando un programa de atención primaria de atención primaria de tipo colaborativo.

Ahí el problema es que tenemos 20 mil programas y además nos ponen uno más. Entonces sí quisiéramos que trabajaran el aspecto administrativo en esta Asamblea, en este foro, y que vean los aspectos burocráticos de la misma administración del Distrito Federal y de todos, porque si no entonces va a haber la legislación, van a haber muchas leyes, pero a la mera hora no se van a poder aplicar, el estigma, la sensibilización, lo estamos trabajando en estos médicos, muchos tienen interés, a lo mejor les gustaría lo que dice Cecilia, esta especie de que poder ascender si bien no con una plaza específica, medio especialista, pero sí que les den la categoría de médicos psiquiatras, en fin, eso también lo estuvimos trabajando. Creo que eso es muy importante.

Les interesaría más que nada que les quiten esos programas que de repente les meten y que ya no pueden atender, o sea son 8 horas y tienen que atender creo que 40 pacientes, los cuales verdaderamente es un injusto ¿no?

Por otro lado comentarles, hay mucha oposición del médico general, sobre todo el que ya tiene muchos años en el servicio y la propuesta es que tengan, que utilicen a los médicos pasantes, los médicos pasantes tienen toda la disposición para aprender en este trabajo de tipo colaborativo, es como una invitación, utilicemos a los médicos pasantes, utilicemos a las enfermeras, en el buen sentido de utilizar, porque verdaderamente ellos sí son los que necesitan y quieren trabajar de manera colaborativa y además apoyo.

Yo sí quisiera hacer un llamado de atención, de veras, fíjense en los aspectos administrativos, los médicos están muy cargados de trabajo y por más que quieran no se va a poder. Entonces ahí hay un punto que hay que atender.

Gracias.

EL C. .- Esos son los detalles de procesos que se pueden analizar para llegar a soluciones creativas para modificarlos, pero eso significa el apoyo administrativo. Toda la razón.

EL C. MODERADOR.- Muy bien. Si me permiten únicamente para cumplir con el horario de la agenda, serían las últimas dos participaciones por favor.

EL C. DR. ROBERTO DE LA FUENTE.- Muchas felicidades por su presentación. Antes que nada quiero presentarme, yo soy médico psiquiatra, a sus órdenes, trabajo en el Seguro Social, una institución que tiene una población diferente a la población abierta y además soy el Secretario de la Asociación Mexicana de la Secretaría Infantil, me pongo a sus órdenes del diputado Morales.

Quiero compartir con todos ustedes la experiencia que tenemos en el Seguro Social. Hace 27 años de manera muy inusual, se creó un programa pionero respecto a la salud mental, a la atención de la salud mental en el Seguro Social, que desafortunadamente como decían por aquí, el país se hace cada 6 años, se rehace y se vuelve a reinventar y el programa ya no continuó, pero lo que tenía ese programa era hacer equipos multidisciplinarios en salud mental, ubicados estratégicamente para poder atender a su población adscrita de trabajadores, según las regiones.

A mí me tocó la fortuna de trabajar en uno de ellos, soy el jefe de ese módulo de salud mental que está en sur, aquí del DF del Seguro Social, y la experiencia que hemos obtenido en estos 27 años, bueno yo no 27, yo 20, pero el programa tiene 27 años, es muy enriquecedora en el sentido de lo que mencionaba usted respecto a los niveles de atención.

En el Seguro Social también siguen siendo muy marcados, primer nivel, segundo nivel, tercer nivel, y ningún paciente puede llegar con nosotros si no ha pasado por el primer nivel de atención, que es el filtro y a veces el obstáculo para que pueda llegar con nosotros.

Lo que nosotros hemos hecho y que me ha parecido una aportación, ha sido bajar hacia el primer nivel en atención médica continua, todas las actividades o la sensibilización que debe de tener el médico familiar que es el médico de primer contacto, con las patologías mentales, hablo principalmente de ansiedad y de presión en los adultos y hablo de déficit de atención e hiperactividad en los niños.

Eso ha sido a través de cursos que hemos hecho dirigidos directamente hacia ellos y hacia los pediatras y también a través de documentos que nosotros usamos, para que el paciente llegue a nosotros, llega a través de un

documento que se llama hoja de referencia, y nosotros le contestamos al médico, con una hoja de contrarreferencia qué es lo que tiene su paciente y cómo es que debe de ser atendido.

Lo que hemos nosotros llegado a la conclusión es de que unos cuantos psiquiatras y como ustedes saben, en el Seguro Social estamos totalmente rebasados en cuanto a la población, cada unidad de medicina familiar tiene una población, por donde yo estoy, de cerca de 80 mil derechohabientes, imagínese un psiquiatra atiende 5, 6 unidades de medicina familiar, pues no sé le tocan más de un cuarto de millón de derechohabientes para un médico, y pues eso queda totalmente rebasado.

Lo que hemos hecho es bajar muchísimo la información hacia el médico de primer contacto, para que él es el que además de hacer la detección de estas patologías de las que le acabo de hablar, inicie los tratamientos adecuados, ya la cuestión más difícil que es la de la psicoeducación, ellos no la pueden hacer, pero nosotros sí la tenemos.

Entonces todos los pacientes que son derivados con nosotros, tenemos grupos psicoeducativos de depresión, de ansiedad y de las principales patologías y niños y adolescentes para poder cubrir ese tipo de cosas.

Yo pienso que así como lo tiene el Seguro Social, lo podría hacer fácilmente la Secretaría de Salud o el Departamento del Distrito Federal a través de sus niveles de atención al respecto.

Gracias.

EL C. .- Buenas tardes a todos. Soy el papá de un paciente que padece esquizofrenia paranoide. Quiero relatar nasa más mis experiencias de 10 años de estar en el Instituto Nacional de Psiquiatría, atendiendo a mi hijo.

En primer lugar me llama la atención y estoy preocupado, porque cuando viene la consulta, pienso yo que siempre está presente el paciente, o sea mi hijo y yo, y yo pienso que deberían de darle al papá cuando menos unos 10 minutos de la consulta para poder hablar personalmente y sin el paciente enfrente, porque muchas de las cosas que pudiera uno decir no las puede decir, porque

después tenemos problemas en casa. Entonces a mí me gustaría que se tomara en cuenta esa situación.

Por otro lado, me llama la atención que en el Instituto Nacional de Psiquiatría haya un poquito digamos de elitismo en el sentido de que hay ciertas condiciones para que un paciente sea ingresado, entre ellos, que tiene que firmar que está de acuerdo de que ingrese y eso pues en un paciente que tiene una crisis, creo que es imposible. Entonces no lo aceptan, y aún a pesar de que haya cama, porque luego dicen que tiene 50 camas, pero sí ha habido, pero como no da su asentamiento para que pueda ingresar, entonces es derivado a otra institución.

Finalmente, ya se habló un poco aquí acerca de los trabajos de este tipo de pacientes, pero existe un burocratismo en nuestro país que no logra uno entender, el médico psiquiatra considera que ya estaba rehabilitado el paciente y en el caso de mi hijo por ejemplo, fue enviado al Instituto Nacional de Rehabilitación, en donde lo único que le hicieron fue 5 consultas que fueron cobradas, porque nos cobran, y le dijeron que lo iban a llamar, nada más que han pasado 2 años y nunca lo han llamado.

Finalmente quiero terminar con mi comentario, en el sentido de que en el Instituto Nacional de Pediatría aquí en México ha existido una farmacia en donde se dan medicamentos a precio de laboratorio, en el Instituto Nacional de Psiquiatría no existe, entonces debería de existir para que se le dé a todo paciente sus medicamentos a precio razonable.

Bueno, aprovechando, un segundito, nos han aumentado casi el ciento por ciento de la cuota que se le da a los pacientes, en un tiempo de crisis y en donde no creo que sea esto justo.

Muchas gracias.

LA C. .- (Fuera de micrófono)

EL C. DIPUTADO CARLOS AUGUSTO MORALES LOPEZ.- Muchas gracias por su participación. Miren, las deficiencias son muchas, muchísimas, por eso estamos aquí, estamos aquí porque la intención es que ayudemos un poco a corregir esas deficiencias, cambiar las condiciones en las que se atiende a nuestros pacientes con enfermedades mentales, pero también evitar,

fundamentalmente esa es la tarea, evitar que un gran número de pacientes crónicos lleguen a esa etapa. Nuestro problema es que no tenemos salud preventiva, está un poco borrado del tema de las políticas públicas.

Cuando nosotros empezamos a investigar, a trabajar, nos encontramos con que ese era el nodo del problema. Nosotros ya no queremos hospitales de tercer nivel para enfermos mentales, nosotros queremos que ya no se utilicen esos hospitales, nosotros queremos que cuando alguien tenga una crisis de angustia o de estrés, pueda acudir a un centro de salud y exista ahí un personal que lo pueda atender. Eso es a lo que nosotros estamos aspirando.

Problemas hay muchos, efectivamente los problemas de. Personal que los tratamos en la ley, los problemas de la gente que se dedica a atender ese tipo de padecimientos, los problemas de discriminación. En la investigación nos enfrentamos mucho o reconocimos mucho el problema que se está mencionando, la vecina o la persona que hace comentario último, nos decían los propios doctores de instituciones como el Fray Bernardino, “qué hacemos”, porque nosotros también tenemos que ser médicos de primer nivel, porque cuando nuestros enfermos se fracturan un brazo, cuando nuestros enfermos tienen alguna lesión, no los podemos llevar a otro hospital porque no los reciben, nos dicen que son enfermos mentales y tenemos que hacerla también de cirujanos y tenemos que hacerla de ortopedistas, etcétera.

Finalmente en la ley nosotros intentamos cubrir con el consenso de todos algunos factores, por ejemplo el que mencionaba la persona que está aquí al frente, la ley contempla la creación de un consejo de salud mental en el Distrito Federal, que pretende ser primero un espacio de interacción, entre gobierno, va a estar el Gobierno de la Ciudad, sociedad civil, académicos y el sector empresarial involucrado en el tema. Ese espacio no lo tenemos, creo que es importante que lo tengamos, pero además es un espacio que va a trascender trienios o sexenios.

Estamos seguros que muchas de las cosas que se están diciendo aquí indudablemente tienen que estar plasmadas en la ley, pero también quiero plantearles a ustedes que reconocemos lo difícil que es este tema en términos de políticas públicas, por eso estamos nosotros aquí, no por falta de voluntad.

Quiero decirles que en el caso de la Secretaría de Salud, pues hemos encontrado toda la voluntad, toda la disposición fundamentalmente la doctora Escamilla, del doctor Armando Ahued, para que esto sea una realidad, pero eso no ha sido suficiente.

Estamos haciendo a nivel local algo que se debería de hacer a nivel federal y nosotros esperamos que lo que estamos haciendo aquí en el Distrito Federal sirva de reflejo para que otras entidades del país, para que el propio poder federal, lo retomen.

¿Qué se dice de salud mental a nivel federal, en la ley general? Dos artículos, solamente dos artículos hablan de salud mental en la Ley General de Salud de nuestro país y solamente hablan de buenas intenciones.

¿Por qué hicimos una Ley de Salud en el caso del DF? Porque era sobrerregular la Ley General, pero créanme que sabemos todo lo que los problemas que se presentan, sabemos también, no somos ingenuos al respecto que no va a terminar de resolver esta ley los problemas, pero creemos que va a hacer una aportación importante para poner en el Centro de la discusión en materia de salud el tema de la salud mental y les decimos que ustedes tienen, aquí en la Asamblea Legislativa, y me refiero a ustedes, instituciones, a ustedes pacientes, a ustedes personas que laboran en el tema de la salud mental, a ustedes investigadores, que tienen aquí en la Asamblea Legislativa aliados, que sabemos que es una lucha difícil, que va a ser una lucha compleja, pero que tienen aquí aliados que vamos a estar pendientes con ustedes, trabajando este tema y poniendo nuestro granito de arena para que esta condición cambie en un sentido positivo de manera paulatina, porque sabemos que no va a poder cambiar de manera radical.

Es todo lo que tenía que comentarles y le cedería el uso de la palabra a mi compañero diputado Jorge Palacios para que pudiera proceder a cerrar esta primera etapa.

EL C. DIPUTADO JORGE PALACIOS ARROYO.- Muchas gracias. Quisiera hacer entrega de un reconocimiento al doctor Pablo Díaz, que dice: La Comisión de Salud y Asistencia Social hace un reconocimiento al doctor Pablo

Díaz por su participación como ponente con el tema “experiencias internacionales y modelos de atención en materia de salud mental”.

Doctor, por su participación muchas gracias, muy agradecido y un pequeño presente, y sobre todo yo creo que hoy estuvimos muy contentos, muy a gusto por este concepto de ponencia en la cual hay una interacción entre el auditorio y el ponente.

Muchas gracias, doctor.

