

**21ª Edición de los Premios de Excelencia del Congreso CALASS
Montreal 2019**

Respuesta del sector salud a la conducta suicida en cinco estados de México

Rosario Valdez- Santiago,

Instituto Nacional de Salud Pública- México (CISS)

Martha Hajar Medina

Profesora honoraria del INSP y profesora del Colegio de Morelos

Eréndira Mendoza Marín

Instituto Nacional de Salud Pública- México (CISS)

Jeannette Godínez

Escuela de Salud Pública de México (ESPM)

Lourdes Gómez Hernández

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Luz María-Arenas Monreal

Instituto Nacional de Salud Pública (CISS)

Resumen

El presente trabajo analiza y compara la respuesta de los servicios estatales de salud mental a la conducta suicida en población adolescente de cinco estados de México. A través de la utilización de metodología cualitativa se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas de actores clave del ámbito estatal, se realizó un análisis comparativo que permitió identificar las generalidades y particularidades de cada uno de los estados participantes en el estudio.

Uno de los aspectos en común más importantes fue la falta de un órgano rector federal que posibilite contar con recursos económicos federales y estrategias que guíen las acciones implementadas a nivel estatal. En cuanto a las diferencias identificadas, contar con una Ley Estatal de Salud Mental y con un Consejo Estatal de Salud Mental interinstitucional, favorecen y dan respaldo a las acciones que los programas de salud mental logran implementar a nivel local.

Palabras clave: servicios de salud, salud mental, suicidio, adolescentes, México

Resumo

O presente trabalho analisa e compara a resposta dos serviços de saúde mental do estado ao comportamento suicida na população adolescente de cinco estados mexicanos. Por meio do uso de metodologia qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas de atores-chave do Estado, uma análise comparativa que permitiu identificar as generalidades e particularidades de cada um dos estados participantes do estudo.

Um dos aspectos mais importantes em comum foi a falta de um órgão de governo federal que possibilite recursos economicos federais e estratégias para orientar as ações implementadas em nível estadual. Em relação às diferenças identificadas, ter uma Lei Estadual de Saúde Mental e um Conselho Estadual Interinstitucional de Saúde Mental favorecem e apoiam as ações que os programas de saúde mental são capazes de implementar em nível local.

Palavras-chave: serviços de saúde, saúde do metal, suicídio, adolescentes, México

Introducción

La OMS estima que más de 800,000 personas mueren cada año por suicidio en el mundo; el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. Se estima que, por cada adulto que se suicida, 20 más han presentado al menos un intento de suicidio (1).

En México, la tendencia de la mortalidad por suicidios ha ido creciendo desde la década de 1950. Con base en información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) se calcularon las tasas de mortalidad para el periodo de 2010 a 2016, la tasa de mortalidad reflejó una tendencia creciente de 4.9 muertes por cada 100,000 habitantes en 2010 a 5.2 muertes por 100,000 habitantes en 2016. La tendencia nacional, de 2000 a 2012, fue contraria a las tendencias internacionales. La tasa de suicidio aumentó un 10.6%, mientras que las tasas internacionales se redujeron un 26%. Por grupo de edad, esta tendencia creciente fue similar en todos los grupos, siendo las personas entre 20 y 34 años quienes presentaron las mayores tasas en dicho periodo (2)

La Evaluación para los Sistemas de Salud Mental (IESM), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reveló la falta de información y planificación del sistema de salud mental en la mayoría de los países, sin embargo, se observaron diferencias importantes según la región evaluada (3); en el caso de América Latina, el modelo de atención dificulta el acceso a los servicios insuficientes y mal distribuidos, y establecimientos que pueden estar mal regulados (4).

Aspectos teóricos

El análisis de la información presentada se fundamenta en tres ejes conceptuales: a) La característica del sistema de salud mexicano; b) las políticas de prevención y atención del suicidio y, c) El rol de la atención pre hospitalaria en la atención de los intentos de suicidio.

Consideraciones generales del sistema de salud mexicano.

Desde su origen, la organización institucional del sistema de salud mexicano ha estado basada en un modelo fragmentado, con participación del sector público y privado donde los servicios de salud se dirigen a diferentes tipos de población según su condición laboral

de asalariados y no asalariados, lo cual conlleva prácticas de discriminación de clase que implica que sectores amplios de la población no puedan acceder a todos los servicios de salud que su condición de salud requiera (5,6,7,)

La cobertura y los servicios es otorgada a través de instituciones integradas verticalmente. Cada una de estas es responsable de la rectoría, financiamiento y prestación de servicios para el grupo de población al que está dirigida (8). El sector público se divide en dos, las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena y Semar), financiadas por un esquema tripartito y que beneficia a la población asalariada y, los servicios estatales de salud (Sesa) y del Programa IMSS-Bienestar, financiados por impuestos generales a través del seguro público de salud conocido como Seguro Popular, que están dirigidos a la población no asalariada (5)

A partir del presente cambio de gobierno el Seguro Popular desaparece y se integrará al IMSS-Bienestar, sin tener claramente las reglas de operación del mismo, situación que afectará la prestación de servicios, entre otros de salud mental, en los estados del país.

Políticas de salud mental para la prevención y atención del suicidio

Dado que el suicidio es un problema multifactorial, las políticas en torno a su prevención deben garantizar la atención de las personas en riesgo, especialmente aquellas que sufren trastornos mentales y quienes ya hayan presentado intentos suicidas previos (9) Estas actividades deben ser, además, multisectoriales y focalizadas en los grupos de población que se encuentran en mayor riesgo (10). A pesar de su importancia, solo un tercio de los países de ingresos altos y alrededor de un 10% de los países de medianos ingresos cuentan con estrategias nacionales para la prevención del suicidio (11).

Para las poblaciones en riesgo, recomiendan el entrenamiento de los profesionales no especializados en salud mental; la organización comunitaria para promover la búsqueda de atención; y la post intervención con los supervivientes de intento suicida. Las acciones propuestas a nivel individual comprenden la identificación y tratamiento de enfermedades mentales; y la evaluación y manejo de los pacientes con intento suicida (12).

Entre los sectores que se deben considerar para la implementación de las estrategias, se incluyen el sector salud, educativo, seguridad pública, protección civil, comunicaciones y

transportes, militares, líderes religiosos y la sociedad civil organizada. Cada actor cuenta con responsabilidades y roles específicos (12). Entre el 2000 y 2011, la OMS publicó una serie de documentos donde se incluyen buenas prácticas y acciones específicas para cada sector involucrado en la prevención del suicidio (12, 13)

La atención prehospitalaria en México y su rol en el intento de suicida

Debido a que el intento suicida se lleva a cabo en situaciones espontáneas y agudas, en muchas ocasiones el rol de la atención prehospitalaria se vuelve crítico para actuar de manera oportuna- Los servicios de urgencias prehospitalaria tienen una gran relevancia en relación con la prevención del suicidio "debido a que en muchas ocasiones son los primeros lugares en los que el paciente con ideación o con conducta suicida entra en contacto con el sistema de salud" (14,15). En este sentido, el trabajo coordinado de las áreas de atención pre hospitalaria y los servicios de urgencias hospitalarios es fundamental. Un importante desafío para los servicios de atención pre-hospitalaria, como proveedores de asistencia médica, es el de participar activamente en la integración de estos pacientes en un proceso terapéutico, favoreciendo los procedimientos de vigilancia epidemiológica, tratamiento y referencia de aquellos con alto riesgo de consumar el suicidio y tratar de involucrarlos en programas de prevención y de manejo ambulatorio.

Objetivo

Analizar y comparar la respuesta de los servicios estatales de salud al comportamiento suicida en población adolescente de cinco estados de México.

Metodología

Se identificaron estados del país con prevalencias altas de intento suicida, se invitó a participar en el estudio a través de carta-compromiso de la máxima autoridad de salud del estado. Se trató de incorporar a estado del norte-centro y sur de México para captar la diversidad del país. Una vez formalizada la participación del estado al estudio, se identificó al personal responsable del programa estatal de salud mental (PSM), de quien depende el programa o las acciones para la prevención y atención del suicido.

A través de la utilización de metodología cualitativa, que llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas de actores clave del ámbito estatal, se identificaron tres tipos de actores, a saber: a) personal responsable del programa de salud estatal; b) personal operativo responsable de la atención de la población y, c) responsable de la atención pre-hospitalaria. Se diseñó y piloteó una guía de entrevista para cada actor clave. Las

entrevistas fueron audiograbadas y transcritas en procesador de textos Word, posteriormente fueron codificadas con un manual de codificación que se diseñó de manera inductiva. Se utilizó el programa Atlas ti. 7 (16)

Resultados

Se realizaron en total 41 entrevistas: 15 a personas directivas, 21 a personas operativas, 4 a responsables estatales de la atención pre-hospitalaria. Se realizó un análisis comparativo que permitió identificar las regularidades y diferencias en el diseño y operación de servicios de salud mental entre los estados participantes en el estudio.

Descripción del personal entrevistado

Del personal directivo, 53% (n=8) fueron mujeres y 47% (n=7) hombres, sus edades oscilaron entre 28 y 53 años. Un 73% (n=11) tenía posgrado y 27% (n=4) licenciatura. Los perfiles académicos corresponden principalmente al área de salud (medicina y psicología).

En relación a sus funciones, 47% (n=7) fungía como responsable estatal del Programa de Salud Mental, 47% (n=7) era responsable de algún departamento o área y 6% (1) era la Directora de la Facultad de Psicología de la Universidad del estado, que cuenta con una clínica de atención especializada a la conducta suicida dirigida a población universitaria y también atiende población abierta, además de tener colaboración permanente con los servicios estatales de salud.

El 67% (n=14) del personal operativo fueron mujeres y 33% (n=7) hombres, con un rango de edad de 25 a 50 años. El 5% (n=1) tenía nivel técnico universitario, 33%(n=7) licenciatura y 62% (n=13) posgrado. El 71% (n=15) brindaba atención psicológica, 19% (n=4) fungía como persona responsable del centro de atención, 5% (n=1) brindaba atención psiquiátrica y en un caso

Sobre las características de los programas de salud mental

En la Figura 1 se puede apreciar las tres dimensiones que se documentaron de cada uno de los estados, a saber: rectoría, infraestructura y operatividad de los servicios, para así identificar regularidades y diferencias entre sí.

En relación a las regularidades compartidas por los PSM se identificaron las siguientes: a) la falta de un órgano rector a nivel nacional que posibilite directrices que guíen el trabajo estatal; b) la falta de financiamiento federal del programa de salud mental, por lo que todo

el recurso depende de la aportación estatal, lo cual marca diferencias importantes entre los estados participantes en el estudio; c) no contar con el recurso humano especializado para la atención de la población, ni en número ni en cuanto a la formación para hacer frente a las necesidades de la población adolescente que presenta conducta suicida; d) realizar acciones de detección de la conducta suicida en población adolescente, aunque hay que señalar que el instrumento utilizado para el tamizaje es distinto en cada entidad.

Figura 1 Rectoría, infraestructura y operatividad en respuesta a la conducta suicida en los estados participantes en el estudio.

	Rectoría				Infraestructura			Operatividad				
	Ley General de Salud Mental ¹	Programa Salud Mental	Programa específico suicidio	Consejo SM nacional/ estatal	UNEME CISAME	Módulos de atención	Hospital Psiquiátrico	Detección		Atención		Personal
								Acciones de detección	Instrumento	Enfoque de atención terapéutica	Atención gratuita	Personal operativo basicado
Nacional	1994	Si	No	Si	51 ²	—	33 ³	No definido	No definido	No definido	Si	No definido
Tabasco	No	Si	Si	Si ⁴	No	14	Si	Si	Mini Kid	No definido	Si	Algunos
Campeche	2018	Si	No	Si	1	7	Si	Si	Inventario de Depresión de Beck	No definido	Si	En su mayoría no
Aguascalientes	No	Si	Si	Si ⁴	4	No especificado	Si	Si	No definido	No definido	No	No se especifica el % de no basicados
Morelos	2011	Si	No	Si	3	81 ⁵	No	Si	Escala de Beck	Cognitivo Conductual	Si	No todo el personal que opera en la red depende directamente del programa
Baja California Sur	2018	Si	Si	Si	2	2	Si	Si	Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	Terapia breve, con enfoque Cognitivo Conductual ⁶	Si	Ninguno

¹ Año de publicación

² Dato correspondiente a 2018, según datos de la Secretaría de Salud disponible en <https://www.gob.mx/salud/documentos/ubicacion-uneme-cisame>

³ Dato correspondiente a 2018, según datos de la Secretaría de Salud en <https://www.gob.mx/salud/documentos/directorio-de-hospitales-psiquiatricos>

⁴ En estos estados hay además un subcomité específico para la prevención del suicidio

⁵ Tienen una red de salud mental conformada por 69 núcleos básicos, 7 módulos de salud mental y 5 psiquiatras ubicados en hospitales

⁶ Además aplican el POSIT para detectar riesgo en adicciones, ya que en el estado trabajan de manera conjunta la temática de adicciones y suicidio

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las diferencias entre los PSM se identificaron las siguientes: a) Contar con una Ley de Salud Mental Local; b) Tener un programa específico para la prevención y/o atención del suicidio; c) La existencia de un Consejo Estatal de Salud Mental y/o Prevención del Suicidio y, d) La coordinación entre las acciones implementadas por el PSM y la atención pre hospitalaria realizada por el CRUM o Cruz Roja; sólo en dos estados se identificó la coordinación entre la atención pre-hospitalaria y las acciones del PSM, quedando así esta primera atención desvinculada lo que se traduce en pérdida de oportunidades para el seguimiento de las personas que intentaron suicidarse; f) las condiciones de contratación laboral del personal operativo encargado de dar el servicio;

g)El enfoque de atención terapéutica para atender a la población adolescente con conducta suicida.

Estas diferencias tienen un impacto directo en la prestación de servicios de salud mental en general y, en particular en lo que se refiere a la atención de la conducta suicida en la población adolescente. Un aspecto que es importante resaltar es que no en todos los estados existe un programa específico de la atención a la conducta suicida, por lo que la atención no sigue un protocolo especializado, como lo señalan los lineamientos de órganos internacionales.

En uno de los estados participantes se observó la integración del programa de salud mental con el programa de atención de las adicciones, el cual, si tiene recursos federales y cuenta con lineamientos y protocolos monitoreados desde el nivel central, lo cual sin duda posiciona a éste programa con mayor fortaleza en comparación con los restantes, en donde el programa estatal de atención de las adicciones opera de manera independiente, con su propio personal y con recursos económicos que

Por otro lado, si bien México cuenta con una Ley General de Salud Mental (LGSM) la cual fue publicada en 1999; su existencia no ha derivado en el diseño de estrategias y políticas públicas encaminada a la atención integral de la conducta suicida ni en población adulta ni en población adolescente; hay que señalar que del total del presupuesto asignado al sector salud sólo el 2% es destinado a la salud mental y, de éste 80% lo absorbe la operación de los hospitales psiquiátricos del país, lo cual deja de lado otras acciones como la prevención, promoción, y el trabajo comunitario las cuales se refieren como prioritarias dentro de la LGSM.

Conclusiones

Se ha evidenciado que los trastornos mentales tienen una baja prioridad dentro del sistema de salud en la mayoría de los países de ingresos medios y bajos. Las políticas en salud mental tienen una pobre inversión presupuestal, existe escasez y distribución inequitativa de todos los recursos, además de dificultad para acceder a los servicios de salud mental, aunado a barreras sociales, económicas y culturales (17).

Esto es consistente con los hallazgos encontrados en el presente estudio, ya que tal como se reportaron en todos los estados, existe una ausencia de un órgano rector nacional que

permita coordinar las acciones a nivel estatal, de manera local se ha logrado articular respuestas estatales además de revisar la LGSM. A pesar de ello, los Programas estatales de salud mental, han logrado articular respuestas locales con recursos financieros propios, con criterios propios en lo legal y normativo, retomando en la medida de lo posible los lineamientos internacionales propuestos por la OMS y OPS. Sin embargo, la respuesta local es heterogénea y varía sustancialmente entre cada uno de los estados participantes en el estudio, lo cual sugiere la urgencia de incidir con la nueva administración en proponer un Programa Nacional de Salud Mental, que considere a la conducta suicida como uno de sus componentes esenciales y, que dirija estrategias nacionales para atender de manera integral la salud mental de la población adolescente.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra, Suiza: OMS.
2. Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. & Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
3. Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. México: OMS.
4. Organización Panamericana de la Salud. (2013). WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS
5. Frenk, J., & Gómez-Dantés, O. (2016). Health Care Systems and Financing mechanisms.
6. Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Sesma, Becerril, Arreola, 2011
7. OECD. (2016). *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016. Assessment and Recommendations*.
8. Frenk, J., Gonzalez- Pier, E., Gomez-Dantes, O., & Knaul, F. M. (2007). Reforma Integral Para Mejorar El Desempeño Del Sistema De Salud En México (The Integral Reform to Improve Health System Performance in Mexico), 49(4809), 23–36.

9. Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: OMS
10. Organización Panamericana de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS
11. World Health Organization (2015). Mental health atlas 2014. France: WHO.
12. World Health Organization (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva, Switzerland: WHO.
13. World Health Organization (2018). Preventing Suicide: a resource series. Extraído el 20 de Abril de 2018 desde http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/
14. Miller TR, Taylor DM. (2005). Adolescent suicidality, who Will intent, who will act. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(4):425-35
15. Nordentoft M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Danish Medical Bulletin*, 54(4), 306-68
16. Atlas-ti7.0 for Windows [computer software]. (2012). Berlin: Cincom Systems, Inc.
17. Diaz-Castro, L., Arredondo. Pelcastre-Villafuerte, B. & Hufty, M. (2017a). Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 305-312.