



H. CONGRESO DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
H. DIPUTACIÓN PERMANENTE
PRESENTE.-

ROGELIO LOYA LUNA diputado adscrito a la Sexagésima Cuarta Legislatura e integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, de conformidad con lo establecido por lo dispuesto por los artículos 68 fracción I de la Constitución Política del Estado de Chihuahua así como 97 y 98 de la Ley Orgánica del Poder Legislativo, acudo ante esta honorable representación popular a efecto de presentar iniciativa con carácter de decreto que crea la Ley Estatal de Salud Mental. Lo anterior con base a la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El asunto de la salud mental toma relevancia legislativa, desde el punto de vista de propuestas de modificación a la ley o creación de leyes, en la medida que se relaciona con otros temas de interés público. En este sentido, la salud mental incluye, desde trastornos discapacitantes como la esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo, que son enfermedades neuropsiquiátricas y están entre las 10 enfermedades mas discapacitantes, hasta fenómenos sociales como la corrupción, la cual como conducta antisocial es también materia de la salud mental. Cabe apuntar que en relación a los impactos sociales, los índices de enfermos de estos trastornos tienden a aumentar debido a problemas como la pobreza, violencia, aumento de adicciones y envejecimiento de la población.

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia, y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos. En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la

realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar.

Las estrategias del sistema psiquiátrico tradicional han incluido la reclusión de los enfermos a espacios cerrados, bajo vigilancia médica y psiquiátrica, uso de medicamentos para tratar de contrarrestar los efectos físicos en las personas que padecen estas enfermedades. Lo que sucede entonces como consecuencia es un internamiento casi de por vida (dependiendo la enfermedad), condiciones miserables de subsistencia de estos hospitales (comúnmente llamados manicomios o "casa de la risa") por bajos presupuestos y la casi nula rehabilitación.

Para Franco Basaglia, quien asumió la dirección del Hospital Psiquiátrico de Gorizia, Italia en 1961, el movimiento antipsiquiátrico denuncia los extremos a que han llegado las condiciones de manicomios e instituciones similares, y pugna por su definitiva erradicación.

Los planteamientos de la antipsiquiatría permearon el pensamiento de algunos sectores que atendían la salud mental pública en Europa y Estados Unidos a principios de 1960, denunciando el ejercicio del control del poder, del uso de la fuerza y la reclusión a través de la legitimación que recibe el médico para controlar, excluir, finalmente apartar al enfermo. Cuestiona la presencia misma de una institución como el manicomio y denuncia los excesos de este ejercicio del poder, estos excesos producen la pérdida del valor social del individuo recluido. Se cuestiona quién y por qué razones se dice que un individuo está "loco" y las condiciones para su "cura", sometiendo a estos internos al aislamiento, la reclusión y el maltrato; en fin, se pone de manifiesto las íntimas contradicciones de esta institución y todas sus estrategias.

En contraposición y como respuesta a estas realidades se proponen comunidades terapéuticas con diferentes sistemas de tratamiento y enfoques sociales, que modifican sustancialmente el abordaje de esta problemática de salud pública, pero aún así habrá que considerar que las comunidades terapéuticas no son la panacea y

tienden a reproducir, aunque en menor escala, la problemática esencial del enfermo mental: su control, manejo e inserción social.

Por otro lado el Informe de Evaluación sobre el Sistema de la Salud Mental en México publicado por la Organización Mundial de La Salud, es un documento muy importante sobre el cual descansa la presente exposición de motivos y que a continuación se presentara de manera resumida.

En el contexto de la región de las Américas y del Mundo, los trastornos mentales constituyen un serio problema de salud pública con un alto costo social, que afecta a las personas sin distinción de edad, sexo, nivel socio-económico y cultural. En términos epidemiológicos, la salud mental participa a la carga global de las enfermedades alrededor de 12%, afecta hasta 28% de años vividos con discapacidad y constituye una de las tres principales causas de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años por el suicidio. Las evidencias mundiales dan cuenta que no hay salud sin salud mental.

La disfuncionalidad familiar, las carencias afectivas, la falta de redes de soporte social, la proliferación de estilos de vida nocivos y entornos no saludables, aunados a la pobreza y a la exclusión social, resultaron en una mayor prevalencia, incidencia y magnitud de problemas de salud mental, cada vez con más impacto en la esfera psicosocial, incluyendo el incremento en el consumo de drogas y la violencia. Sin embargo, la salud mental sigue siendo la mayor demanda de salud insatisfecha y se tiene que reflexionar acerca de la respuesta que se ofrece a la población en este contexto.

Desde la perspectiva del acceso a los servicios de salud mental, prevalece aún en muchos países el antiguo paradigma de los grandes hospitales psiquiátricos asilares, que no hace posible la integración de la salud mental como un componente importante en la atención de la salud en general. Más aún, en este marco de una accesibilidad insuficiente a los servicios, se observa casos obvios de violación de los derechos humanos de las personas con

trastorno mental. Se requiere ahora una gran voluntad política y un compromiso de todos los profesionales de la salud para lograr un verdadero cambio, acorde al paradigma de la atención en salud mental integral, continua y comunitaria dentro de la red de servicios de salud, para promover la reinserción social, de acuerdo a las necesidades de los pacientes y de sus familiares.

Del total del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es orientado a la salud mental; de este monto, se destina el 80% a la operación de los hospitales psiquiátricos; dadas estas condiciones, las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven reducidas.

El eje de la atención de la salud mental es el tercer nivel, ejemplo de ello es que existen 46 hospitales psiquiátricos frente a 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales y 8 establecimientos residenciales. Aunado a lo anterior, el acceso se ve limitado por barreras geográficas, ya que la mayoría de estos servicios se ubican en las grandes metrópolis o cercanas a ellas.

Se cuenta con 544 establecimientos de salud mental ambulatorios que ofrecen atención a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes en contraste con los hospitales psiquiátricos que atienden a 47 usuarios por cada 100,000. La mayoría de los pacientes son adultos; la población de niños y adolescentes asciende a 27% en unidades ambulatorias y a 6% en hospitales psiquiátricos. Estas cifras resultan preocupantes si consideramos que la edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se encuentra en las primeras décadas de la vida; tal como lo reportó la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en la cual, se señala que el 50% de los trastornos mentales inician antes de los 21 años de edad (Medina-Mora y cols; 2003; 2005). De acuerdo con otros estudios, 24.7% de los adolescentes se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental. Los trastornos más recurrentes entre adolescentes son problemas de aprendizaje, retraso mental, trastornos de ansiedad y por déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intentos de suicidio (Benjet y cols; 2009).

Los resultados también demuestran que aproximadamente el 50% de los pacientes, que reciben atención, se atienden en servicios hospitalarios. En estudios anteriores se ha observado que México es uno de los países donde un porcentaje mayor de pacientes son tratados en servicios especializados independientemente de la gravedad del trastorno. Esta condición aumenta los costos de tratamiento y amplía la brecha de atención.

Como sabemos, las últimas políticas y acciones mundiales de salud mental plantean que la atención primaria debe de ser el punto donde se articule la atención de la salud mental comunitaria. En este sentido, a México le falta mucho por hacer ya que solamente un 30% de estos establecimientos cuentan con protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones claves de salud mental y realizan al mes por lo menos una referencia a un especialista en salud mental. Del mismo modo, el porcentaje de cursos de actualización y/o de educación, relacionado con temas de salud mental dirigidos a los profesionales que trabajan en este nivel, es menor al 15%. El número total de recursos humanos que trabajan en dispositivos de salud mental asciende a 10,000 y la tasa por cada 100,000 habitantes se distribuye de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de salud. Estos recursos son insuficientes, mal distribuidos y la mayoría de ellos están concentrados en los hospitales psiquiátricos.

Si bien es cierto que en el país hay normas y leyes que abogan por la igualdad en el acceso a tratamientos, existen barreras geográficas y culturales que dificultan la atención a la población rural e indígena.

México cuenta con un organismo encargado de supervisar las campañas de educación y concientización al público sobre salud mental, además existen diversas agencias gubernamentales, ONGs y organizaciones profesionales que promueven este tipo de acciones. A pesar de que la Secretaría de Salud interactúa con diversos sectores de la sociedad, todavía falta una efectiva función rectora y coordinadora de las acciones a favor de la promoción, promoción y atención de la salud mental.

Aun cuando existen algunas disposiciones legislativas para contratar un porcentaje de empleados discapacitados, son pocas las empresas o instituciones públicas que implementan esta política. Se encuentran en una situación similar, las disposiciones legislativas relacionadas con la protección contra la discriminación (despidos, salarios bajos) y el aseguramiento o subsidio de vivienda.

Pocas escuelas de nivel medio y medio superior cuentan con psicólogos o realizan actividades de promoción y prevención en salud mental. De igual forma, en menos del 20% de los recintos penitenciarios, se refiere a un recluso con un especialista en salud mental por lo menos una vez al mes; y muy pocos policías, jueces y abogados han participado en actividades de capacitación en salud mental en los 5 años previos a este estudio.

En cuanto al proceso de recolección de datos de los sistemas de salud mental, se observa que la mayoría de los establecimientos recopilan de manera continua indicadores como número de camas, admisiones, admisiones involuntarias, duración de la estadía y diagnósticos de los pacientes. Es decir, se cuenta con registros oficiales de servicios prestados, recursos disponibles e infraestructura. Sin embargo, las definiciones de los indicadores no son uniformes en las diferentes entidades federativas de la República, lo que impide tener una información homogénea sobre la morbilidad mental en el país.

A partir del 2007, se dio inicio la integración de una red nacional de salud mental conformada por Unidades Especializadas de Atención (UNEMES), organizadas bajo un modelo comunitario, y se pretende que funcionen como el eje que estructure la atención ambulatoria y comunitaria de la salud mental. Uno de los objetivos es establecer equipos multidisciplinarios que ofrezcan una atención integral y que tengan la posibilidad de considerar las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y culturales de los usuarios.

En paralelo a estas formas de atención, existe un grupo heterogéneo de prestadores de servicios privados que atienden a las familias no aseguradas con capacidad de pago y a la población que, a pesar de contar con alguna seguridad social, está

insatisfecha con la calidad de la atención: su cobertura alcanza menos del 5% de la población (Frenk et al, 2007).

A pesar de la importante carga de enfermedad que representan los trastornos mentales, los datos de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señalan que existe una baja utilización de los servicios por parte de la población que presenta este tipo de padecimientos; por ejemplo, solo una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo recibieron atención y solo una de cada diez con algún trastorno de ansiedad lo obtuvieron. El tiempo que tardan los pacientes en llegar a la atención es también importante con una latencia que oscila entre 4 y 20 años según el tipo de padecimiento (Medina_Mora y cols; 2003). Cuando se considera la adecuación del tratamiento se observa que solo el 50% de las personas que buscaron atención especializada en salud mental, recibieron un tratamiento adecuado. Aunado a lo anterior, los servicios son proporcionados principalmente en el tercer nivel con poca representación del primer nivel de atención (Borges y cols; 2006).

Con el fin de reducir la carga de la enfermedad mental y cerrar la brecha de tratamiento, uno de los primeros pasos es conocer cuál es la estructura de que se dispone y cómo están distribuidos los recursos de atención

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) es el organismo encargado de supervisar los establecimientos de salud mental y realizar recomendaciones para proteger los derechos de los pacientes y familiares. El 67% de los hospitales psiquiátricos del país recibieron por lo menos una revisión/inspección sobre los derechos humanos; esto se observó solamente en el 14% de las unidades psiquiátricas en hospitales generales y establecimientos residenciales y comunitarios.

Existen dos instancias nacionales que cumplen con diversas funciones: el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP).

El CONSAME se encarga de proponer el contenido de la política y las estrategias nacionales en materia de atención, prevención, y rehabilitación de los trastornos mentales. Planea, supervisa y

evalúa los servicios de salud mental; participa en la elaboración de propuestas para la actualización y desarrollo de disposiciones jurídicas; impone sanciones y aplica medidas de seguridad en la esfera de su competencia. Este Consejo tiene representación en la mayoría de las entidades federativas.

El SAP coordina los programas de prestación de servicios de atención médica especializada en salud mental en las unidades operativas de su adscripción; establece mecanismos de vinculación con las instituciones de seguridad social y del sector salud para la atención de los trastornos mentales; participa en la elaboración de normas oficiales mexicanas así como en la formulación de instrumentos normativos en materia de servicios de atención psiquiátrica.

México cuenta con 544 establecimientos ambulatorios de salud mental, de los cuales el 3% está destinado a niño(a)s y adolescentes, que ofrecen atención a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes. Del total de usuarios atendidos, 56% fueron mujeres, 44% hombres y el 27% niños y/o adolescentes. Los principales diagnósticos fueron trastornos afectivos (28%), neuróticos (25%) y otros (26%) que engloban epilepsia, trastornos mentales orgánicos, retraso mental y desordenes psicológicos del desarrollo.

Los usuarios de estos servicios tuvieron un promedio de cuatro contactos por año. El 31% de los establecimientos proporciona atención de seguimiento en la comunidad y el 4% cuenta con equipos móviles. Todos o casi todos los servicios (81-100%) otorgaron una o más intervenciones psicosociales durante el último año y el 67% tuvieron disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos).

Existen sólo tres (3) establecimientos de tratamiento diurno disponibles en el país, conocidos como "casas de medio camino": su labor principal es la rehabilitación psicosocial de personas con discapacidad psíquica. Brindaron atención a 0.25 usuarios por cada

100,000 habitantes, de los cuales 41% eran mujeres y no se ofreció atención a niños o adolescentes. El promedio de la estancia fue de 332 días.

En el país, hay 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales con un total de 147 camas, lo que representa 0.14 por cada 100,000 habitantes. El 8% está reservado para niños y adolescentes. Del total de pacientes atendidos, 60% fueron mujeres y 9%, niños o adolescentes, quienes en promedio permanecieron internos 14 días. El número de admisiones ascendió a 1,873, esto significó 2 pacientes por cada 100.000 habitantes. Los principales diagnósticos correspondieron a trastornos afectivos (27%), trastornos asociados al consumo de drogas (18%) y a los englobados en otros (22%). La mayoría de los pacientes (51-80%) recibieron una o más intervenciones psicosociales en el último año y el 100 % de las unidades dispusieron de por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica.

Se cuenta con 8 establecimientos en los cuales se atendieron a 0.50 persona por cada 100,000 habitantes. El 20% fueron mujeres y 2% niños o adolescentes; para estos últimos, estuvieron reservadas solamente el 7% de las camas. En promedio, los pacientes permanecieron 120 días en estos establecimientos.

Existen 46 hospitales psiquiátricos, de los cuales 13 corresponden al sector privado y 63% están integrados con establecimientos de salud mental ambulatorios. Hay 5 camas por cada 100,000 habitantes y únicamente el 3% están reservadas para niños o adolescentes. En los últimos 5 años, la cantidad de camas ha disminuido en un 3%. Estos establecimientos atendieron a 47 usuarios por cada 100.000 habitantes: 50% eran mujeres y 6% niños o adolescentes. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos afectivos (27%), la esquizofrenia (24%) y otros padecimientos, tales como trastornos orgánicos o epilepsia (16%). En promedio, los pacientes pasaron 24 días hospitalizados; el 58% permanecieron menos de un año; 4% entre uno y cuatro años, 7%, entre 5 y 10 años y 31% más de 10 años. La mayoría (80%) recibió algún tipo de intervención psicosocial en el último año y 98% de

ellos, se hizo disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica.

Existen 1096 camas destinadas a los reclusos con trastornos mentales: 99% se ubican dentro de las prisiones, pero no existe un servicio específico de salud mental dentro de las mismas. La tasa corresponde a 1 cama por cada 100,000 habitantes. Durante el año 2008 se atendieron 566 pacientes, de los cuales el 19% permaneció menos de un año, 35% entre uno y cuatro años, 28% entre cinco y diez y 17% más de 10 años.

Los dispositivos residenciales como, hogares para personas con retardo mental, establecimientos de desintoxicación para pacientes internos, hogares para indigentes, etc. tienen un total de 2546 camas: 1398 destinadas a personas con problemas de adicciones, 293 para casos de demencia, 802 se encuentran en hogares para indigentes y otras instituciones de corte asistencial y 53 destinadas a pacientes con retardo mental, de las cuales 21 son para menores de edad.

En algunas entidades de la República, principalmente en áreas rurales, existen algunos establecimientos informales que brindan residencia nocturna para personas con trastornos mentales. De acuerdo con la información obtenida, el 16% de los internamientos psiquiátricos en hospitales generales fueron involuntarios, mientras tanto que esto se observó en el 67% de los ingresos en hospitales psiquiátricos. Es importante mencionar que el número de admisiones involuntarias resulta elevado debido a que la mayoría de los pacientes llegan a los hospitales en un momento crítico del trastorno, es decir, no se encuentran en condiciones para otorgar su consentimiento, por lo que un familiar junto con 2 testigos firman una carta para realizar el ingreso; en cuanto el paciente logra estabilizarse se realiza el procedimiento necesario para obtener su consentimiento.

Durante el año 2008, entre el 2% y 5% de los pacientes fueron restringidos o aislados en las unidades de hospitalización y en los hospitales psiquiátricos, esta situación ocurrió en menos del 2%.

El 77% de las camas de psiquiatría están ubicadas en las ciudades más grandes o cerca de ellas; esta situación produce desigualdad de acceso a los servicios de salud mental para las minorías (lingüísticas, étnicas, religiosas).

En muchas comunidades rurales y en poblaciones minoritarias, la consulta a médicos generales no es una práctica común para el alivio de síntomas asociados a los trastornos mentales, por el hecho que se recurre a ellos, solo cuando el malestar persiste y se vuelve inmanejable. La consulta con un especialista en salud mental es poco probable, debido a razones tales como las dificultades geográficas de acceso, los costos que implica y la distancia cultural que existe entre el especialista y el paciente.

Del 21 al 50% de estos centros tienen protocolos de evaluación y tratamiento disponibles para condiciones claves de salud mental y realizan al mes por lo menos una referencia a un profesional de salud mental. Un porcentaje similar efectuó por lo menos una actividad al año en coordinación con otros profesionales de la salud mental como psicólogos, trabajadores sociales, etc.

Algunos de los médicos de Atención Primaria (entre 21-50%) interactuaron con un profesional de salud mental por lo menos una vez durante el año 2008. No se reportaron contactos con representantes de las medicinas alternativas/tradicionales.

Los recursos humanos en establecimientos de salud mental cuentan con más de 10,000 trabajadores. La tasa por cada 100,000 habitantes se distribuyó en: 1.5 psiquiatras, 1 médico no especializado, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajador social, 0.19 terapeuta y 2 profesionales/técnicos de salud (Gráfica 4.1).

El 43% de los psiquiatras trabajan en el sector privado y en establecimientos de salud mental con fines de lucro, mientras tanto que una quinta parte lo hizo en instituciones gubernamentales y el 38% participó en ambos sectores.

México cuenta con un organismo encargado de supervisar las campañas de educación y concientización al público sobre salud mental; aunado a lo anterior existen diversas agencias

gubernamentales, ONGs y organizaciones profesionales que promovieron este tipo de campañas en los últimos cinco años. Las acciones se han dirigido a los siguientes grupos: niños y adolescentes, mujeres, supervivientes de traumas y otros grupos vulnerables. También se han realizado campañas con maestros y profesionales de la salud. El único sector con quien no se ha establecido vínculos para realizar estas actividades es el conformado por los terapeutas de medicinas tradicionales y alternativas.

Si bien es cierto que se cuenta con algunas disposiciones legislativas para contratar un porcentaje de empleados discapacitados, aún son pocas las empresas o instituciones públicas que implementan esta política. Se encuentran en una situación similar las disposiciones legislativas relacionadas con la protección en contra de la discriminación (despidos, salarios bajos) y el aseguramiento o subsidio de vivienda.

Para implementar diversos programas orientados al cuidado de la salud en general y la salud mental, en particular, la Secretaría de Salud ha colaborado con las siguientes instancias: el Instituto Nacional de las Mujeres, el Consejo Nacional contra las Adicciones, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH,/SIDA, la Secretaría de Educación Pública, la Procuraduría General de Justicia, entre otros.

Se estima que el 5% de las escuelas primarias y secundarias cuentan con un profesional de tiempo parcial o completo y en algunas (entre 21% y 50%) se realizan actividades para promover la salud mental.

Por otra parte, se reportó que menos del 2% de los reclusos en el sistema penitenciario presentan algún trastorno mental (retardo mental o psicosis). Entre el 1% y 20% de las cárceles refieren a un recluso con un especialista de salud mental, por lo menos una vez al mes. Menos del 20% de los policías, jueces o abogados han participado en actividades educativas sobre salud mental en los últimos cinco años.

Aproximadamente el 20% de los establecimientos de salud mental tienen acuerdos con empresas privadas o instituciones públicas para que proporcionen trabajo a los pacientes con trastornos mentales graves. Finalmente, del total de la población que recibe asistencia o apoyo financiero por parte del Estado, el 36% presenta alguna discapacidad mental.

Es importante mencionar que México cuenta con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz que, entre sus principales objetivos, se encuentran: el realizar investigación para conocer la interacción entre el cerebro, la conducta y el ambiente; traducir los hallazgos científicos en programas de prevención y atención y realizar recomendaciones para las políticas públicas. Para cumplir con estos objetivos cuenta con tres grandes áreas de investigación: Neurociencias, Clínicas, Epidemiológicas y Sociales.

En el área de las Neurociencias se estudian los orígenes, desarrollo y manifestación de los trastornos mentales y son un puente entre los procesos básicos y la clínica. Las investigaciones en el área clínica permiten comprender mejor las causas, el curso y el desenlace de las enfermedades y trastornos psiquiátricos, así como mejorar los procedimientos de diagnóstico, clasificación y tratamiento.

Finalmente, la investigación epidemiológica y en ciencias sociales permite el estudio de los factores socioculturales que inciden en los trastornos mentales, así como las trayectorias de las enfermedades, la búsqueda de atención y las necesidades de rehabilitación. En este Instituto se produce un importante porcentaje de las publicaciones relacionadas con la salud mental.

La atención de las enfermedades mentales no está del todo integrada en los programas de atención a la salud en general y es insuficiente el trabajo multidisciplinario.

México carece de un programa nacional de salud mental específico para la niñez, lo que obstaculiza la detección y atención tempranas de los trastornos; tampoco existe un programa destinado a los problemas mentales de los adultos mayores.

A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención de la salud mental en México descansa en los hospitales psiquiátricos, en consecuencia los costos de atención resultan elevados y la mayoría de los esfuerzos (económicos, normas, etc.) no se destinan a los establecimientos del primer nivel de atención.

El desarrollo del componente de salud mental dentro de los hospitales generales es muy escaso. Lo anterior imposibilita la detección temprana y continua de los trastornos mentales y del comportamiento.

El presupuesto asignado a salud mental está por debajo de la media de los países de ingresos medios-altos que está alrededor del 3.5 %; además la distribución resulta inadecuada, pues el 80% se asigna al mantenimiento de los hospitales.

Los recursos humanos especializados en salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeros), que trabajan en el sector público, es reducido.

Los servicios que existen están concentrados en las grandes urbes, lo cual dificulta el acceso a las poblaciones rurales e indígenas que suelen vivir en regiones distantes a estas ciudades.

Existe un escaso contacto entre el sector salud y otros sectores en actividades relacionadas con la salud mental; por ejemplo, sólo 5 % de las escuelas cuentan con un psicólogo y en pocas se desarrollan actividades de promoción de la salud y prevención de trastornos mentales. También son pocos los programas, destinados a que las personas con discapacidad mental, que puedan contar con un trabajo remunerado y con otras prestaciones sociales y legales.

Para contar con un personal capacitado en la atención primaria, resulta necesario mejorar la capacitación en salud mental de los profesionales y técnicos. De acuerdo con los resultados de la presente evaluación, las horas dedicadas a temas de salud mental durante la formación resultan escasas, ejemplo de ello es que en la carrera de medicina se le dedica el 4%, en enfermería el 3% y en otras carreras como trabajo social, no más del 5%. La actualización del personal también es escasa ya que, en los dos últimos años,

sólo 11% de los médicos, 5% de las enfermeras y 7% de otros trabajadores han recibido actualización en salud mental.

Es necesario instrumentar un mayor número de programas de rehabilitación, tanto dentro como fuera de las unidades hospitalarias; por ejemplo, salidas terapéuticas, talleres protegidos, casas de medio camino, residencias para adultos mayores, entre otras. Con acciones de este tipo se pueden disminuir las hospitalizaciones, los reingresos y el estigma asociado a este tipo de padecimientos.

Es conveniente mantener actualizadas las intervenciones de salud mental prioritarias, la ampliación de servicios de salud mental dentro de la red de salud, la acreditación y certificación de los establecimientos y servicios de salud mental, además de brindar cobertura integral a los pacientes con trastornos mentales y con discapacidad.

En consideración al rezago en la infraestructura y financiamiento, es necesario aprovechar las aportaciones del sistema de protección social en salud y de las fuentes alternas para asignar mayores recursos tanto a los programas como a los servicios comunitarios y de psiquiatría en hospitales generales. Sería recomendable crear un fondo para medicamentos psicotrópicos.

Debido a la gran diversidad cultural que existe en México, es frecuente que la población utilice de manera conjunta los servicios proporcionados por la medicina alópata, los otorgados por la medicina tradicional mexicana y los brindados por las medicinas alternativas. Por lo anterior, podría resultar muy enriquecedor desarrollar estrategias para lograr una articulación entre estos diversos saberes médicos y así ofrecer una atención de la salud mental más plural y acorde a las necesidades y demandas de la población.

Resulta necesario establecer vínculos más sólidos entre el sector salud y las asociaciones de usuarios y familiares, de tal manera que estas últimas puedan tener una participación más proactiva en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de Salud Mental.

En el caso de nuestro Estado y en lo referente a este tema se cuenta con un hospital público el cuál tiene un promedio de ocupación del poco más del 76% y con un total aproximado de 94 camas para pacientes psiquiátricos mayores de 18 años no contando con tal inmobiliario para atender a personas menores de 18 años, cabe precisar que junto con Aguascalientes son de los estados que cuentan con menor número de camas para atender la demanda en el hospital psiquiátrico.

En el tema de inspección realizada por organismos de derechos humanos nuestro Estado ha tenido una sola inspección de acuerdo al informe de la Organización Mundial de la Salud publicado en 2011 sobre la evaluación del sistema de salud mental en México y no existe capacitación alguna por parte de esta comisión para los operadores de dicha institución psiquiátrica la única existente en nuestro Estado, lo que hace que se encuentra muy por debajo de la media nacional la cuál refiere en promedio 29 visitas por parte de los organismos de derechos humanos a los centros de salud mental, con el mismo número de capacitaciones recibidas por parte del personal adscritos a dichos centros.

Del total de pacientes internados en Chihuahua se cuenta con casi 4,300 pacientes de los cuáles casi el 72% son hombres y el resto mujeres de acuerdo a dicho informe publicado en 2011.

Otro aspecto preocupante para nuestro Estado es que de dicho informe fue de los pocos estados que no aportó datos sobre los trastornos atendidos en los centros de salud mental, aunque informes extraoficiales, señalan que uno de los padecimientos más frecuentes padecidos por la población de nuestra entidad en fechas recientes es la de Esquizofrenia con 7,500 casos aproximadamente.

Otro dato importante a considerar es que el período de estancia en el centro de salud mental de nuestro estado que lidera las estadísticas, es menor a un año con un 80% de pacientes que egresan en ese tiempo, lo cuál no puede medirse en eficiencia si no se tienen datos de los padecimientos por los cuales ingresaron, señalando que el total restante es decir el 20% registra una estancia mayor de 10 años sin que existan estadísticas intermedias en ese

sentido, es decir períodos de estancia de 4 o 5 años lo que nos lleva a los extremos opuestos de la balanza.

En el tema del personal especializado que labora en el centro de salud mental, nuestro Estado se encuentra entre los que menos personal especializado tiene en la materia, ya que cuenta con 5 psiquiatras de acuerdo al multicitado informe antes referido, psicólogos 4 y trabajadores sociales 4 de enfermeros y de acuerdo a informes extraoficiales se tiene el dato de 7 personas especializadas en dicha área, si lo comparamos con la media nacional tan solo en el rubro de psiquiatría, se cuentan con 502 psiquiatras, precisando que Jalisco tan solo el Estado cuenta con 60 especialistas en dicho rubro o Baja California con densidad poblacional menor a la de Chihuahua, con 26 especialistas en psiquiatría asignados a centros de salud mental.

En el caso de los servicios ambulatorios o de respuesta inmediata Chihuahua se encuentra sin datos en dicho rubro lo que supone sin temor a equivocaciones, de que no cuenta con tales servicios en el tema específico de salud mental.

Por lo que respecta al tema de las unidades forenses decir aquellas unidades que atienden personas sujetas a un proceso penal y por ende privados de su libertad, Chihuahua no cuenta con ese tipo de unidades como tal, o al menos no se tienen datos que demuestren lo contrario, no obstante de que en la ley estatal de salud se establece como prioridad la atención de la salud mental en los centros de reinserción social.

Respecto a los centros de atención primaria o atención temprana volvemos a lo mismo, Chihuahua no cuenta con registro de la existencia de los mismos, lo cuál es extremadamente preocupante ya que es en dichos centros donde se diagnostican los primeros síntomas de enfermedades, trastornos o padecimientos que pueden ser severos si no se atienden a tiempo.

El estado de Chihuahua y de acuerdo a fuentes extraoficiales es el que más índice de enfermedades mentales registra entre la población, es decir, de cada cinco familias, en dos existen personas con bipolaridad, esquizofrenia y depresión, entre otras, sin que se

cuenta con espacios necesarios para su atención. De acuerdo a la Alianza Nacional por las Enfermedades Mentales, los trastornos más comunes que puede llegar a experimentar la población son entre otros la manía bipolar, la esquizofrenia, el síndrome fronterizo, la depresión profunda, manía compulsiva y trastorno de pánico.

En base a lo anterior es evidente la necesidad de la expedición de una ley de salud mental y no de un capítulo dentro de la ley de salud, ya que por su especialización y múltiples necesidades, este apartado debe estar regulado en un cuerpo normativo independiente que a su vez recoja todas las inquietudes y necesidades plasmadas en el presente documento, más aquellas que se vayan generando con el paso del tiempo,

En mérito a lo expuesto con anterioridad me permito presentar iniciativa de decreto con proyecto de ley que expide la Ley de Salud Mental para el Estado de Chihuahua y a la cual se suman mis compañeros de grupo parlamentario.

ARTICULO PRIMERO.- Se expide la Ley de Salud Mental del Estado de Chihuahua para quedar redactada de la siguiente manera:

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

CAPITULO UNICO

Artículo 1.- La presente ley es de orden público y de observancia general para el Estado de Chihuahua y tiene como objeto fijar las bases para una política integral que lleve la rectoría sobre las acciones relacionadas con la prevención atención y promoción de los trastornos y padecimientos que afectan a la salud mental.

La Secretaría de Salud será la encargada de aplicar lo dispuesto por la presente ley así como de velar por su cumplimiento.

Artículo 2.- Por salud mental se entiende como aquel fenómeno complejo que produce una alteración en la personalidad que es determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos.

TITULO II DE LA PREVENCIÓN

CAPITULO I

COORDINACIÓN CON OTROS SECTORES

Artículo 3.- La prevención de trastornos y padecimientos mentales se debe basar en una política incluyente en donde converjan los distintos sectores de la sociedad, para lo cual, el estado a través de sus distintas instancias establecerá los mecanismos necesarios para lograr una efectiva coordinación en este rubro.

Artículo 4.- A través de los mecanismos y acciones respectivas, el estado se coordinará con las autoridades educativas y universitarias tanto del sector público como privado y de conformidad con lo establecido en la presente ley a fin establecer acciones que permitan la detección y en su caso la atención temprana de padecimientos y trastornos mentales.

Artículo 5.- El estado a través de los mecanismos a su alcance se coordinará con las instituciones de educación superior a fin de proponer y establecer políticas públicas que en base a la investigación y estudios pertinentes tiendan a mejorar las políticas en materia de salud mental.

Artículo 6.- La coordinación con el sector privado es fundamental para que el Estado logre la inserción o reinserción laboral en su caso de las personas que tengan un padecimiento o trastorno mental que para lo cual y en base a las acciones respectivas consolidará políticas públicas para tal fin con base al respeto de la dignidad de las personas.

Artículo 7.- El Estado se coordinará con los diversos sectores sociales a través de las acciones y convenios respectivos a fin de que estos últimos coadyuven en la implementación de políticas públicas tendientes a dar un tratamiento efectivo a las enfermedades y trastornos mentales.

CAPITULO II

DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Artículo 8.- El Estado fomentará y en su caso establecerá centros de atención primaria cuyo objeto será el de diagnosticar un trastorno o padecimiento mental y en su caso trazar una ruta sobre el tratamiento a seguir.

Artículo 9.- Los centros de atención primaria se conformará por especialistas de diversas ramas que atiendan el aspecto social y en su caso clínico del paciente, velando siempre porque se respeten sus derechos humanos, evitando cualquier acto de discriminación en su contra.

CAPITULO III

DE LOS PROGRAMAS

Artículo 10. La prevención de los trastornos mentales se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta y los métodos para evitarlos, para lo cual el Programa en este apartado comprenderá acciones tendientes a:

- XVIII. Utilizar las herramientas estadísticas que proporcione información pertinente y oportuna que pueda ser útil para la elaboración de las estrategias preventivas.
- II. Estimular el desarrollo de servicios comunitarios para la prevención y rehabilitación de las personas enfermas.
- III. Incorporar temas de salud mental en los programas educativos.

Artículo 11. El Programa de los trastornos mentales comprenderá:

- XVIII. La atención psicológica, psiquiátrica o neurológica a personas con padecimientos mentales.
- II. La atención psicológica o psiquiátrica de víctimas de delito.
- III. Los servicios de salud mental para los grupos o comunidades indígenas y minorías étnicas acordes con sus culturas y lenguas y que, idealmente, incorporen las formas tradicionales de curación.
- IV. La atención de inimputables sentenciados a tratamiento por la comisión de un delito.

V. La promoción y apoyo de modelos de atención, en casos de estrés postraumático.

VII. La atención, cuidado, tratamiento y rehabilitación diferenciada, de acuerdo a la situación, necesidades, categorías de diagnóstico, tipo y grado de discapacidad.

VII. La atención a personas con trastornos de conducta alimenticia.

VIII. El internamiento de personas con padecimientos mentales, en establecimientos destinados a su tratamiento, control y/o curación.

El internamiento deberá ser necesariamente a referencia de un profesional de salud mental, se ajustará a las disposiciones legales aplicables, a los principios éticos y sociales, respetando la dignidad del usuario, propiciando su reintegración a la vida social y cumpliendo con las normas aplicables.

Así mismo, se deberá llevar un control de ingreso y reingreso a los hospitales.

IX. Las opciones complementarias o alternativas a la hospitalización, tales como: internamiento domiciliario u hospitalización parcial.

X. La organización, operación y supervisión de las instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.

XI. La elaboración de mapas sanitarios en materia de salud mental, que permitan un control adecuado entre los recursos y las poblaciones a atender.

XII. El fomento a las actividades de otras instancias que trabajen en el apoyo a personas con estos padecimientos.

XIII. La aplicación de las disposiciones de la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas en esta materia.

Artículo 12. La Secretaría, conforme a las normas que establezca la Secretaría de Salud Federal, prestará atención a los enfermos mentales que se encuentren en instituciones estatales no especializadas en salud mental.

A estos efectos, se establecerá la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas y otras, según corresponda.

TITULO III

DE LAS ACCIONES

CAPITULO I

DEL POGRAMA ESTATAL DE SALUD MENTAL

Artículo 13.- El Programa de Salud Mental del Estado de Chihuahua, contemplará la realización de acciones específicas en los aspectos que inciden, coadyuvan y determinan la mejor atención de los trastornos y padecimientos mentales, tales como:

I.- Acciones específicas para la atención de trastornos y padecimientos mentales dirigidos a la población infantil y adulta mayor.

II.- El fomento y en su caso la creación institucional de Centros de Atención primaria para el diagnóstico de trastornos y padecimientos mentales.

III.- Establecimiento y fomento de unidades especializadas de atención y tratamiento de trastornos y padecimientos mentales en hospitales generales del Estado.

IV.- Ampliar la cobertura de los centros de atención de padecimientos y trastornos mentales en el Estado, procurando una atención especial a las zonas más marginadas del mismo.

V.- Capacitación integral de profesionistas en el tema de salud mental, procurando especial atención a aquellos enfocados a realizar los primeros diagnósticos de un trastorno o padecimiento mental.

VI.- Fomentar la realización de estudios investigaciones a favor de la salud mental en el Estado.

VII.- Mejorar la infraestructura hospitalaria y de atención primaria relacionada con el tema de salud mental.

VIII.- Establecer acciones tendientes para consolidar un tratamiento integral de los padecimientos y trastornos mentales en los centros de reinserción social, procurando el establecimiento de pabellones forenses dentro de los mismos.

IX.- Fomentar la creación de asociaciones civiles especializadas en el tema de salud mental y que coadyuven en la implementación de políticas públicas eficientes en torno al tema.

X.- Establecer programas en coordinación con las autoridades competentes que incidan en el mejoramiento y diseño de los espacios públicos que coadyuven a prevenir la formación de trastornos mentales.

XI.- Establecer acciones tendientes en coordinación con las instancias competentes y con la Comisión Estatal de los Derechos Humanos para inspeccionar y vigilar que se cumpla la ley en los centros de salud mental así como capacitarlos en el trato humano y digno para con los pacientes a su cargo.

XII.- Establecer políticas con perspectiva de género en el tema de la salud mental.

XIII.- Procurar el establecimiento de servicios ambulatorios o de respuesta inmediata para la mejor atención y tratamiento de los trastornos y padecimientos mentales.

XIV.- Promoción, prevención, atención y rehabilitación, de conformidad con esta Ley y demás disposiciones aplicables.

XV.-El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud.

XVI.- La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental.

XVII.- La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, así como la conducta alimenticia.

XVIII.- La capacitación y actualización permanente de los profesionales en la materia.

XIXI.- Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

Artículo 14. El Programa contendrá los recursos necesarios que para cada acción se necesite, para integrarse dentro del proyecto de presupuesto de egresos respectivo, de conformidad con la legislación aplicable.

El Ejecutivo por conducto de la secretaría establecerá los lineamientos de revisión y supervisión de las acciones que se desprendan del programa para su modificación o bien para el incremento de recursos de acuerdo a su efectividad e impacto social.

Así mismo y para el fortalecimiento y apoyo a los programas y acciones implementados por los municipios en este tema, se establecerá dentro del proyecto de presupuesto de egresos que envíe el Ejecutivo Estatal anualmente al Congreso, un porcentaje de recursos destinado para tal fin, el cual no podrá ser inferior al del ejercicio fiscal anterior. Dichos recursos deberán canalizarse a proyectos y programas que estén contemplados dentro del Plan Municipal correspondiente.

CAPITULO II

DE LA CAPACITACION

Artículo 15.- Las políticas de salud mental estarán orientadas a la formación integral y especializada de los diversos profesionales encargados de brindar los servicios relacionados con ella.

Artículo 16.- La Secretaría y de acuerdo a la coordinación con los diversos sectores, diseñará los distintos manuales y en su caso planes de estudios respectivos a fin de que los profesionales que atienden las diversas áreas de la salud mental, se encuentren plenamente calificados para desempeñar su labor.

Artículo 17.- La Secretaría podrá celebrar los convenios respectivos con las instituciones de Educación superior a fin de brindar la

preparación académica necesaria para lograr el objetivo del presente capítulo.

Artículo 18.- La capacitación de los profesionales y técnicos de la salud mental deberá llevar siempre un enfoque de respeto irrestricto a los derechos humanos, por lo que se procurará en todo momento una capacitación integral respecto a este tema.

CAPITULO III

DE LAS UNIDADES ESPECIALIZADAS

Artículo 19.- La secretaría garantizará que en los hospitales generales a cargo del Estado se cuente con unidades especializadas encargadas de atender y tratar pacientes con padecimientos y trastornos mentales. Tratándose de hospitales privados La secretaría a través de los convenios respectivos podrá fomentar el establecimiento de dichas unidades.

Artículo 20.- La Secretaría en coordinación con la fiscalía General del Estado garantizarán el establecimiento dentro de los centros de reinserción social de pabellones forenses dedicados a la atención de los internos que padezcan un transtorno o padecimiento mental.

CAPITULO IV

DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL

Artículo 21.- La secretaría en todo momento y de acuerdo a las acciones pertinentes revisará el funcionamiento y el estado en que se encuentran los centros de salud mental tanto privados como públicos a fin de verificar su correcto funcionamiento e irrestricto apego a la presente ley.

Artículo 22.- La secretaría deberá atender de manera inmediata las observaciones que en su caso le realice la Comisión Estatal o Nacional de los Derechos humanos y toma las acciones pertinentes en torno al trato dado a los pacientes en los centros de salud mental. El incumplimiento de este precepto será causa grave de conformidad con lo establecido por la Ley de Responsabilidades de Los Servidores Públicos del Estado de Chihuahua.

CAPITULO V DE LA CERTIFICACIÓN

Artículo 23.- La secretaría a través de los lineamientos que emita para tal efecto establecerá los mecanismos para evaluar y certificar tanto a los centros que prestan los servicios de salud mental como a los profesionales de la materia a fin de garantizar un servicio acorde a las necesidades de la población.

Artículo 24.- La secretaría tendrá la facultad de suspender a aquellos centros o profesionales que no se ajusten a los lineamientos de certificación que para tal efecto emita.

CAPITULO VI DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

Artículo 25.- La secretaría en coordinación con las demás dependencias del sector salud, así como instituciones educativas, mantendrán actualizado un sistema de información pública con las diversas incidencias y sus causas que afectan a la salud mental, así como publicaciones y académicas respecto al tema.

Artículo 26.- La secretaría mantendrá actualizado un directorio de especialistas de las diversas áreas de las que se compone la salud mental, al alcance de la población en general.

CAPITULO VII DE LA PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN

Artículo 27.- La Secretaría en coordinación con los diversos sectores involucrados en el tema y de acuerdo a lo establecido por la presente ley, diseñarán, campañas publicitarias a fin de hacer conciencia en la población sobre los padecimientos y trastornos mentales así como el fomento al respeto e integración para con las personas que los padecen.

CAPITULO IX DE LAS SANCIONES Y DENUNCIA CIUDADANA

Artículo 28.- En caso de que se incumpla con lo dispuesto por la presente ley, se estará a lo dispuesto por la Ley de Responsabilidades de los servidores públicos del Estado de Chihuahua.

Artículo 29.- Cualquier ciudadano que conozca de una violación de la presente ley podrá denunciarla a la secretaría de manera verbal o por escrito libre a la secretaría o al órgano de control interno del Ejecutivo a fin de que se realicen las investigaciones pertinentes.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Se derogan diversas disposiciones de la Ley Estatal de Salud para quedar redactadas de la siguiente manera:

CAPITULO IX SALUD MENTAL

Artículo 78.- Se deroga

CAPÍTULO X PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN A ESTOS TRASTORNOS

Artículos 237 a 242 se deroga

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente decreto entrará en vigor un año después a su publicación en el periódico Oficial del Estado.

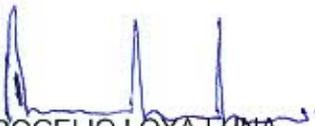
SEGUNDO.- Se derogan todas aquellas disposiciones que se opongan al presente decreto.

TERCERO.- Se da de plazo 90 días al Ejecutivo para que una vez de que entre en vigor el presente ordenamiento se expida el reglamento respectivo para su estricta observancia.

ECONOMICO.- Aprobado que sea túrnese a la secretaría para que elabore la minuta en los términos en que deba publicarse.

DADO En la Sala Morelos sede de esta H. Diputación permanente a los 23 días del mes de septiembre de 2014 en la Ciudad de Chihuahua, Chihuahua.

ATENTAMENTE
GRUPO PARLAMENTARIO DEL PARTIDO ACCIÓN NACIONAL


DIP. ROGELIO LOYA LUNA


DIP. ANA LILIA GOMEZ LICÓN

DIP. CESAR GUSTAVO JAUREGUI MORENO

DIP. ELISEO COMPEAN FERNANDEZ DIP. MARIA EUGENIA CAMPOS GALVÁN


DIP. DANIELA SORAYA ALVAREZ HERNANDEZ


DIP. ELIAS HUMBERTO PEREZ MENDOZA