**Insumos para el Informe sobre “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en la aplicación de la Agenda 2030”**

Según la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), los temas considerados pertinentes para la contribución de este objetivo son:

**Estratégicos:**

* El fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública para contribuir al logro de la cobertura sanitaria universal, dando igualdad de oportunidad y acceso a los servicios de salud básicos a toda la población, mediante el Programa de Intercambio de Servicios Planificado, el cual inició en 2011. El Programa se implementa a través convenios de intercambio entre los diferentes integrantes del sector salud facilitando los mecanismos de derivación y recepción de pacientes entre las unidades médicas participantes, por medio de la estandarización de los mecanismos de operación. Actualmente, de los 32 estados de la República Mexicana, 13 cuentan con convenios actualizados.
* El Modelo de Atención Integral el cual se ha planteado como un instrumento que contribuya a avanzar hacia el acceso efectivo y universal a la protección de la salud en México. El Modelo fue publicado en agosto de 2015 y se implementó como un piloto en cuatro entidades del país en 2016. Con la experiencia de dicha implementación, se ha focalizado en tres componentes sustantivos: la configuración de Redes Integradas de Servicios de Salud, el fortalecimiento de Sistemas Locales de Salud y el fomento de la Participación Ciudadana. Los esfuerzos que se realizarán en 2018 y algunos de ellos que comenzaron desde 2017, forman parte de las actividades citadas a continuación y de la agenda programada para el último año de esta administración:
* Configuración de Redes Integradas de Servicios de Salud: a partir de la primera semana del mes de diciembre 2017 se iniciarán los talleres para la actualización de Estudios de Regionalización Operativa que tienen por objetivo coadyuvar al uso eficiente de los recursos disponibles, impulsando dos procesos: a) selección de unidades que presten servicios de manera continua, integral y resolutiva en el primer nivel; y b) focalización de intervenciones a poblaciones vulnerables.
* Fortalecimiento de Sistemas Locales de Salud: se elaboró un diagnóstico cuantitativo de la normatividad, financiamiento y operación de las jurisdicciones sanitarias, cuyos resultados están siendo utilizados -por lo menos en una primera etapa- para la elaboración de herramientas que, por un lado, fortalezcan procesos sustantivos en la atención de primer nivel y, por otro, se cuantifiquen los esfuerzos necesarios para asegurar la capacidad técnica de los jefes jurisdiccionales en la coordinación de funciones esenciales.
* Fomento de la Participación Ciudadana: se realizó un diagnóstico situacional de las acciones que se ejecutan con la intervención de la población en las jurisdicciones sanitarias. Se tiene una versión preliminar de una guía para implementar la participación ciudadana incorporando herramientas de monitoreo y evaluación que permitan evaluar los alcances de Programas o Estrategias que ya se encuentran en ejecución.

**Transversales:**

* Se promueve la sistematización de datos de compra y planeación de medicamentos para fortalecer la cadena de suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas de salud.
* Se desarrollan estrategias que abonan a la disminución de brechas de desigualdad en salud en la atención de grupos vulnerables -al incorporar acciones con enfoque intercultural-, entre las que figuran:
  + Se impulsa la adopción de competencias interculturales para el personal directivo, operativo y en formación, para que se brinde atención culturalmente adecuada a la diversidad de la población, mediante los cursos "Interculturalidad y Género en el marco de los Derechos Humanos" e "Interculturalidad en Salud" donde se incluye el tema de los derechos humanos en Salud y el curso de formación de replicadores en Salud intercultural, como apoyo para lograr la acreditación de unidades de salud con los criterios de interculturalidad. Los cursos se imparten en forma presencial y vía Internet.
  + Definición e implementación de un Modelo de atención a las mujeres, que recupera el conocimiento y las prácticas de las parteras tradicionales indígenas: “Modelo de Atención a las Mujeres durante el embarazo parto y puerperio con enfoque intercultural, humanizado y seguro”. [[1]](#footnote-1) El modelo proporciona una atención culturalmente adecuada y de respeto a la dignidad de las mujeres.
  + Se difundió el "Modelo Intercultural de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes", el cual establece cuatro estrategias: Visibilidad de la población indígena en los sistemas de información, acceso a los servicios, trato con dignidad y empoderamiento de la población usuaria en los servicios de salud.
  + Se han conformado Grupos estatales Interinstitucionales e Intersectoriales de apoyo a la Atención a la Salud de Poblaciones Indígenas y Afro descendientes en la Ciudad de México y en los estados de México, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Sonora, Veracruz y Quintana Roo. Se plantea como una herramienta que responde a la visibilización y reconocimiento de estos grupos sociales como grupos vulnerables, que presentan rezagos en la materia de origen estructural y que requiere de un diseño ágil, claro e incluyente de acciones e intervenciones por parte de las áreas e instituciones públicas de salud.

Por otro lado, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) menciona que, dentro del marco de la salud pública, las actividades que pueden mejorar la salud incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la discapacidad, y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas, todos son necesarios, son complementarios y ninguno es sustituto del otro. Ante esto, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) establece directrices de apoyo para la detección, atención y manejo de los usuarios de la atención médica y que además requieran el manejo de problemas mentales.

En este sentido, se establece el Modelo de Gestión de Calidad en Salud como mecanismo para fortalecer la calidad de la atención no solo al interior de los establecimientos de salud, sino también como elemento estructural de la comunidad y la población, para lo cual como primer paso se debe realizar un diagnóstico situacional de la población a la que se brindarán servicios, a fin de detectar cuales son las necesidades que requieren mayor atención, entre las que se encuentra la depresión, como enfermedad de la salud mental que tiene un peso significativo en la población mexicana.

Como parte de la implementación del Modelo de Gestión de Calidad en Salud, se incluye una visión sistémica que comprende el análisis estructural, de procesos y de los resultados de valor que se desean obtener, para lo cual se capacita comprensivamente a todo el personal de salud, a fin de que a través de esta capacitación se lleve a cabo una atención general y específica de las necesidades de la población.

Por otro lado, la DGCES tiene entre sus atribuciones llevar a cabo la difusión de las Guías de Práctica Clínica, que tienen la finalidad de homologar la calidad de la atención, así como acercar herramientas de fácil acceso y uso para atender diferentes patologías, entre las que se encuentran aquellas enfocadas a tratar enfermedades mentales.

Finalmente, durante 2017, esta Unidad Administrativa coordinó sectorialmente los esfuerzos de los líderes de opinión del Sector Salud, en materia de Depresión y otros padecimientos prioritarios dentro del sector salud, con el objetivo de desarrollar Algoritmos de Atención Médica, enfocados al personal médico de primer nivel, quienes son responsables de recibir, clasificar, atender y en su caso referir a la mayor parte de la población usuaria de los servicios de salud, los cuales se encuentran disponibles en la siguiente liga:

<http://educads.salud.gob.mx/sitio/vRes/recursos.php>

Por otro lado, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, remite las siguientes acciones desarrolladas por la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales:

1. Investigación sobre estigma

Acerca de las necesidades de servicio, apoyo y de información para reducir la discriminación hacia personas con enfermedad mental y familiares cuidadores, se ha encontrado que cuando los profesionales de la salud mental que trabajan con pacientes con trastornos mentales graves toman en cuenta la participación de la familia, favorecen el proceso de recuperación clínica y funcional, ya que es el agente comunitario el que desarrolla funciones de apoyo (por ejemplo, la búsqueda de atención, ayudar a la adherencia al tratamiento, manejar diversos problemas cotidianos del paciente, prevenir situaciones de riesgo, dar apoyo social, emocional, económico, etc.)

La familia puede tener un gran impacto en los esfuerzos individuales de recuperación de un paciente con trastorno mental grave y puede, a su vez, tener un gran impacto en la propia familia. Entre los hallazgos del beneficio de la intervención psicoeducativa en la familia, se encontró que ayudó a disminuir el estrés y la carga familiar, favoreciendo el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento sobre cómo comportarse con su familiar y entre otras opciones a dedicar tiempo atendiendo sus propias necesidades.

Los profesionales de la salud mental necesitan colaborar estrecha y constructivamente apoyando a las familias en la atención y rehabilitación del miembro de la familia con trastorno mental grave y entender los diferentes procesos por los que pasan los familiares y los pacientes al hacer frente a un trastorno mental, para poder brindarles una atención más eficaz. Las intervenciones deben comprender la psicoeducación y los grupos de apoyo, y deben ser consistentes del paradigma de recuperación en salud mental para asegurar que la intervención se dirija a las necesidades, inquietudes y aspiraciones de la vida real de las personas con trastornos mentales y los familiares. Los profesionales de la salud mental en colaboración con las asociaciones civiles de usuarios y familiares pueden construir el empoderamiento, la reinserción e integración social.

1. Actividades con la comunidad

El INPRFM en colaboración con la organización Voz Pro Salud Mental organiza cursos y grupos de apoyo de psicoeducación y educación en salud con el fin de contribuir al mejor conocimiento y manejo de la enfermedad, así como para apoyar la mejoría en el funcionamiento psicosocial y la reinserción de los pacientes (usuarios) en la comunidad. Durante 2017 se han realizado las siguientes actividades:

* Un curso para usuarios efectuado de febrero a mayo de 2017 en el que participaron 21 personas.
* Un curso para familiares que contó con la participación de 30 personas, realizado de febrero a mayo de 2017.
* Un “grupo de apoyo” para usuarios al que acudieron en promedio 15 personas cada 15 días durante el primer semestre de 2017.
* Un “grupo de apoyo” para familiares al que acudieron en promedio 10 personas por mes durante el primer semestre del año.

3. Material de divulgación para la comunidad

a) Publicación de Artículo

Se publicó el artículo Mora-Rios, J., Ortega-Ortega, M., Medina-Mora, M.E. (2017). Estigma y discriminación en las adicciones en centros de atención de la Ciudad de México. Un estudio cualitativo. Substance Use and Misuse, 52,5:544-603.

Dado que el estigma y la discriminación hacia quienes consumen drogas constituyen uno de los principales obstáculos para acceder a la atención a nivel mundial, el objetivo de este trabajo fue indagar acerca de las formas y manifestaciones del estigma y la discriminación con relación a las adicciones en centros de atención de la Ciudad de México.

Se identificaron prácticas de estigma y discriminación en los testimonios de los participantes y que se reproducen en distintos sectores sociales, algunos ejemplos son las críticas, burlas, la expresión de comentarios inadecuados, sobreprotección y actitudes hostiles, agresiones verbales y no verbales). Asimismo, en las narrativas se evidenciaron diversas condiciones de inequidad social, de género, así como experiencias de violencia y el abuso, que remiten a un contexto de discriminación de carácter más estructural alrededor de las adicciones y constituyen obstáculos para la atención. Los hallazgos permiten dar cuenta del proceso de estigmatización alrededor de las adicciones como una problemática compartida que requiere la implementación de estrategias de intervención conjunta. Además, plantean la necesidad de proponer políticas de inclusión basadas en los derechos humanos y de carácter más global que favorezcan la prevención y la atención en las adicciones.

b) Publicación de Manual

Los testimonios del personal de salud que participó en la investigación dan cuenta de prácticas discriminatorias y sus implicaciones en su ámbito laboral, por lo cual plantean la necesidad de llevar a cabo programas de sensibilización y capacitación sobre estos temas. En respuesta a necesidades expresadas por la población, se desarrolló un material de intervención dirigido al personal de salud con el propósito de incidir en la problemática, denominada “Salud mental, un asunto de todos. Por una atención libre de estigma” (Mora-Rios et al., 2017), que se dirige al personal de salud, así como a quienes se encuentran en proceso de formación en disciplinas afines. Consta de cinco módulos cuyos contenidos contribuyen a la toma de consciencia frente a las necesidades de atención en salud mental de la población. La meta del programa es proveer una herramienta para lograr incidir en la calidad de la atención.

Actualmente, dicha estrategia se encuentra disponible para su diseminación, con el propósito de impulsar nuevas prácticas libres de estigma en el primer nivel de atención. Próximamente se implementará este modelo en línea.

c) Videoconferencia

Se llevó a cabo la videoconferencia “El estigma de la enfermedad mental en los servicios de atención” a la que se conectaron la Comisión Ejecutiva de Atención Integral a Víctimas en Zacatecas, el Hospital General de Acapulco, seis unidades de Especialidades Médicas en Centros de Atención Primaria en Adicciones, la Universidad Autónoma del Noreste en Torreón, además de usuarios Individuales.

Con esta actividad académica, la institución colabora y da cumplimiento al Plan Sectorial de Salud, pues dentro de sus objetivos se encuentra el impulso a la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud. Además, se colabora para alcanzar la Meta Nacional: México Incluyente, específicamente la Estrategia 2.4. Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, comenta lo siguiente:

El acceso a la salud es un derecho que se encuentra tutelado por el Estado, el cual, desde su transformación, se convirtió en la base de la estructura social por excelencia, bajo el precepto de que en la convivencia es posible el gobierno de la ley. La fortaleza del Estado se concentra en la convivencia necesaria entre gobernados y gobernantes que, conscientes de los derechos y obligaciones que corresponden a cada uno, se relacionan por medio de construcciones abstractas como lo son los lineamientos que rigen las actividades institucionales, mismas que se materializan en el ejercicio de las políticas públicas.

En este contexto, con el surgimiento del Estado moderno aparecen las instituciones de gobierno, encargadas de materializar las políticas públicas que atienden las necesidades de la sociedad, como son la educación, seguridad, salud, alimentación, entre otros. Estas organizaciones toman importancia en los regímenes democráticos, pues son parte medular para la generación de espacios propicios para la gobernanza, debido a que las instituciones deben trascender a las personas de manera que las actividades que se realizan desde las mismas ayuden a la legitimación del gobierno, sin importar la ideología partidista.

En México, el desarrollo del Estado moderno fue acompañado necesariamente de instituciones de la administración pública diseñadas para cumplir con las obligaciones plasmadas en el marco jurídico general, el cual fue modificado en 2011 para darle cabida a los derechos humanos como objeto de protección del Estado, como quedo expresado en el artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los siguientes términos:

**Artículo 1°.** *En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozaran de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución* y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, *así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse*, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

La atención a la salud en prácticamente todo el mundo tiende a promover cada día más, la salud preventiva en el medio familiar y en la comunidad. Desde los compromisos asumidos en Alma Ata**, Rusia** (1978) la Atención Primaria a la Salud (APS) continúa siendo la estrategia, entendida como una forma de atención a la salud puesta al alcance de todos los individuos y las familias, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un costo accesible.

Para la presenta administración, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 plantea que el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es una política pública inédita en la historia de la salud en México. Se estructura alrededor de un sistema de aseguramiento dirigido a la población no cubierta por las instituciones de seguridad social que tiene como fin garantizar el derecho al acceso a los servicios de salud y proteger financieramente al hogar reduciendo el gasto de bolsillo. La prestación de servicios de salud es realizada primordialmente por las unidades de atención médica de los Servicios Estatales de Salud (SESA). Esta red está compuesta por centros de salud y hospitales generales quienes garantizan la prestación de los servicios esenciales de salud establecidos en el **Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES).**

Alcanzar la universalidad de los servicios de salud radica, precisa­mente, en las líneas de continuidad que mantiene con la política de salud que el Estado mexicano ha desplegado durante las últimas décadas, así como con la iniciativa de un Sistema de Seguridad Social Universal, en la cual se propone ofrecer un paquete integral de protección social y gratuito a todos los mexicanos. Conserva además una afinidad con los criterios que promueven los organismos internacionales como la OCDE y la OMS.

Podemos apreciar que se distinguen dos aspectos fundamentales en el otorgamiento de servicios de salud: las acciones de salud pública, dirigidas a la comunidad y el medio ambiente, y las acciones de salud dirigidas a la persona y que incluyen acciones de atención primaria, promoción y educación en salud, atención preventiva, atención médica curativa y rehabilitación.

**Las mejores prácticas.**

México ha hecho avances significativos en materia de cobertura universal, sobre todo en las primeras dos etapas, tras la reforma Constitucional de 1983 y la reforma en salud de 2003, que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). La tercera etapa es un reto continuo. Al igual que en el resto de los países, la calidad de la atención es un objetivo móvil para México.

En 2012, después de nueve años de implantación de la reforma, el país ha alcanzado un hito en la cobertura universal. En el mes de abril, 52.6 millones de mexicanos que antes no contaban con seguro de salud se incorpo­raron al SPSS y se alcanzó la asignación presupuestaria para la cobertura universal, esta experiencia es importante para otros países que están implantando reformas similares.

El componente más destacado del SPSS es el Seguro Popular. Este plan de seguro público ofrece acceso uni­versal a un paquete integral de servicios personales de salud con protección financiera que garantiza el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud. Este derecho, reconocido por la Constitución mexicana de 1983, hasta ahora se le había negado a la mayoría de la población.

La ENSANUT MC 2016 refleja que poco más de la mitad de las personas encuestadas conoce la campaña, identifican que el propósito de ésta es promover un estilo de vida saludable y considera que contribuye en la prevención de sobrepeso y obesidad. Los resultados señalan que un porcentaje muy reducido de la población ha recibido información sobre la campaña, siendo el centro de salud y el IMSS los principales proveedores de información; de igual manera, refieren a la televisión y a la radio como principales medios de comunicación en donde han escuchado o visto la campaña.

Al explorar la compresión de los elementos gráficos que componen el eslogan *(“CHÉCATE” que tiene que ver con asistir a su clínica* *de salud para conocer su peso y medir la circunferencia de su cintura; “MÍDETE”, que hace* *referencia a disminuir el consumo de grasas, azúcares y sal en sus comidas y “MUÉVETE”,* *que se refiere a realizar ejercicio cotidianamente)*, se identificó que un alto porcentaje de la población no identifica la relación de mídete con el consumo de alimentos. Es importante realizar evaluaciones para establecer los efectos de la campaña en la adopción de comportamientos saludables.

El monitoreo y evaluación de esta campaña como una de las acciones de la Estrategia Nacional contra el Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes a nivel nacional, proporciona a los tomadores de decisiones información relevante para el ajuste de su diseño y operación, y lograr un mayor impacto en la población mexicana.

**Los Problemas y obstáculos.**

Hasta principios del presente siglo, el sistema mexicano de salud, como la mayor parte en América Latina, era un sistema segmentado y desigual. La población asegu­rada recibía atención médica a través de instituciones federales bien financiadas e integradas verticalmente, mientras que las personas sin seguro recibían atención médica a través de instituciones públicas descentrali­zadas insuficientemente financiadas.

Cada institución pública era responsable de la rectoría, el financiamiento y   
la prestación de servicios para su propia población. Al mismo tiempo, muchas familias recurrían a los servicios costosos y mal regulados del sector privado. Los hogares– incluso aquellos que contaban con seguridad social– pagaban de su bolsillo por la atención de su salud al recibir el servicio, exponiéndose a gastos excesivos.

Diez años después de la introducción del Seguro Popular y del primer Estudio del Sistema de Salud de la OCDE, el Sistema de Salud mexicano, sin duda, ha progresado. Con la introducción del Seguro Popular en 2004, cerca de 50 millones de mexicanos que antes están afiliados a un esquema de aseguramiento público en salud que les brinda protección financiera. Evidencia reciente muestra que el gasto empobrecedor en salud ha disminuido de 3.3% a 0.8% de la población, y han mejorado los parámetros clave como la mortalidad infantil y las muertes por infartos cardíacos o accidentes cerebro-vasculares. Sin embargo, se han intensificado retos graves y urgentes. Entre 2000 y 2012, las tasas de sobrepeso u obesidad aumentaron de 62% a 71% en la población adulta; uno de cada tres niños ya tiene sobrepeso u obesidad. Más del 15% de los adultos padece diabetes, más del doble del promedio de la OCDE de 6.9%.

Según un nuevo informe publicado por la OCDE, las jóvenes generaciones afrontarán mayores riesgos de desigualdad en la vejez que los jubilados actuales y su experiencia en la vejez para las generaciones nacidas en la década de 1960 cambiará drásticamente. Además, al reducirse el número de miembros de la familia, al aumentar la desigualdad durante la vida productiva y al instaurarse reformas que han disminuido los ingresos por concepto de pensiones, algunos grupos afrontarán un mayor riesgo de pobreza.

En el estudio [**Preventing Ageing Unequally**](http://www.oecd.org/employment/preventing-ageing-unequally-9789264279087-en.htm) se afirma que en 1980, en la OCDE había una media de sólo 20 personas de 65 años o más por cada 100 personas en edad productiva; para 2015 esta cifra había aumentado a 28 y para 2050 se proyecta que casi se duplique hasta alcanzar 53. Muchas economías de la OCDE y emergentes envejecen con mucha más rapidez. A la vez, la desigualdad ha ido en aumento de generación en generación. Entre quienes empiezan su vida productiva ahora es mucho mayor que entre los ancianos de hoy.

Para atender estos problemas, la OCDE recomienda que los países adopten un enfoque vitalicio centrado en las tres áreas siguientes:

**Prevenir** la desigualdad antes de que se acumule con el tiempo. Las medidas incluirían proporcionar atención infantil y educación temprana de buena calidad, ayudar a los jóvenes desfavorecidos a incorporarse a la vida laboral y aumentar el gasto en salud para focalizarlo en grupos bajo riesgo.

**Mitigar** la desigualdad arraigada. Los servicios de salud tendrían que cambiar a un enfoque más centrado en el paciente y los servicios de empleo podrían impulsar iniciativas para ayudar a los desempleados a regresar al trabajo, así como eliminar barreras para retener y contratar trabajadores de la tercera edad.

**Hacer frente** a la desigualdad en la vejez. Reformar los sistemas de ingresos por pensión no puede eliminar la desigualdad entre los ancianos, pero sí moderarla. Las pensiones de primer tramo bien diseñadas pueden limitar el efecto de las diferencias socioeconómicas en la esperanza de vida sobre los beneficios de pensión. Algunos países tienen riesgos de suficiencia de las pensiones, en especial en el caso de las mujeres. Aumentar la asequibilidad de la atención domiciliaria y ofrecer mejor apoyo a las carreras informales también ayudaría a reducir la desigualdad en la atención de largo plazo.

1. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245086/13_3Art2.pdf> [↑](#footnote-ref-1)