

Informe del Desarrollo en México



Coordenadas para el
debate del desarrollo



Cordera, Rolando, autor. | Provencio Durazo, Enrique, autor.
Coordenadas para el debate del desarrollo / Rolando Cordera Campos, Enrique Provencio Durazo, (coordinadores).
Primera edición. | Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México, 2021. |
Colección: Informe del Desarrollo en México.
LIBRUNAM 2115471
ISBN de la colección: 978-607-02-9557-7
ISBN del volumen: 978-607-30-5269-6
México -- Política social -- 2021- . | México -- Política económica -- 2021- . | Desarrollo de la comunidad -- México. | Salud pública -- México. | Educación básica -- México. | Pandemia de COVID-19, 2020- -- Política gubernamental -- México.
LCC HN117 | DDC 361.610972—dc23

Primera edición: 3 de noviembre de 2021

D.R. © 2021 Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán, c.p. 04510,
Ciudad de México.

Coordinación de Humanidades
www.humanidades.unam.mx

ISBN de la colección: 978-607-02-9557-7
ISBN del volumen: 978-607-30-5269-6

Programa Universitario de Estudios del Desarrollo
Planta baja del antiguo edificio Unidad de Posgrado,
costado sur de la Torre II Humanidades, campus central
de Ciudad Universitaria, Ciudad de México, Coyoacán,
04510
www.pued.unam.mx

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México
Prohibida la reproducción parcial o total por cualquier medio, sin autorización escrita del titular
de los derechos patrimoniales.
Hecho en México.

Contenido

<i>Rolando Cordera y Enrique Provencio</i> Presentación	11
--	----

SECCIÓN I. NUEVOS ENTORNOS DEL DESARROLLO

<i>Rolando Cordera Campos</i> ¿Rumbo a un mundo posneoliberal?	15
<i>Mariano Sánchez Talanquer</i> La recesión democrática como un problema de estatalidad	25
<i>José I. Casar</i> Después de la Gran Recesión y la Pandemia: ¿el declive del neoliberalismo?	41
<i>Francisco Suárez Dávila</i> Lecciones del desarrollismo para la estrategia económica de México para los años veinte	54
<i>Margarita Flores de la Vega</i> La Agenda de Desarrollo Sustentable a 2030: aspiraciones por retomar	65
<i>Tonatiuh Guillén López</i> Desarrollo y migración internacional: perspectivas desde México	80
<i>Mario Luis Fuentes y Saúl Arellano</i> El desarrollo frente a la pandemia: nuevos escenarios, nuevos retos	89

SECCIÓN II. URGENCIAS MAGNIFICADAS POR LA PANDEMIA

<i>Mario Luis Fuentes y Cristina Hernández</i> Pandemia y estructuras de protección en México	102
<i>Saúl Arellano</i> La pobreza en la niñez o la fractura del curso de desarrollo	114
<i>Karina Videgain e Israel Banegas</i> Llover sobre mojado: los efectos de la crisis sanitaria en la participación laboral femenina y las actividades de cuidado del hogar	121
Hacia un sistema universal de salud	132

<i>Rodolfo Ramírez Raymundo</i>	
La educación básica en la pandemia 2020-2021	142
<i>Marta Cebollada Gay</i>	
Mujer y empleo en México: la necesidad de una política laboral con perspectiva de género	150
<i>Delfino Vargas y Servando Valdés</i>	
Hablemos de la violencia en México: ¿hemos avanzado o retrocedido?	163

SECCIÓN III. PRIORIDADES EN POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS

<i>Iliana Yaschine</i>	
Cobertura de programas sociales federales en tiempos de COVID-19	178
<i>Héctor Nájera y Curtis Huffman</i>	
Hacia el fin de la pobreza: La agenda 2030, la pandemia y la pobreza por ingresos	188
<i>Jesuswaldo Martínez Soria</i>	
Impactos de la pandemia COVID-19 en el mercado de trabajo y en sus perspectivas de desarrollo...200	
<i>Fernando Cortés y Servando Valdés</i>	
Ingreso básico universal, pobreza y desigualdad	214
<i>Enrique Provencio y Julia Carabias</i>	
Sustentabilidad ambiental en el desarrollo post pandemia	227
<i>José I. Casar</i>	
Más allá de la crisis: sobre la necesidad de una reforma fiscal	238

Hacia un sistema universal de salud*

El 14º Diálogo Nacional por un México Social fue convocado por el Programa Universitario de Estudios del Desarrollo (PUED) de la UNAM, y se llevó a cabo entre el 21 y el 23 de septiembre de 2021. En el segundo panel se discutieron diferentes perspectivas del sistema universal de salud, y se contó con la participación de la dra. Hortensia Reyes Morales, Directora General Adjunta del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (CISS); el dr. Samuel Ponce de León, Coordinador del Programa Universitario de Investigación en Salud (PUIS) de la UNAM; el dr. David Kershenobich Stalnikowitz, Director General del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), y la dra. María Elena Medina-Mora, Directora de la Facultad de Psicología de la UNAM; y la moderadora fue la mtra. Vanessa Jannett Granados Casas, Secretaria Académica del PUED.

Un sistema de salud fragmentado

La Dra. Hortensia Reyes planteó que el sistema universal de salud es una aspiración añeja, fundada en sus aspectos de equidad, es decir, en el derecho ciudadano al cuidado de la salud, en una real protección y en un acceso efectivo a esta. Esta no solo significa hacer uso de los servicios sino, además, se refiere a que la utilización de los servicios redunde en un resultado favorable para las personas en términos de las respuestas a las necesidades las cuales pueden ser desde mantener las condiciones de salud a través de

las medidas de promoción y prevención, hasta las medidas de respuesta a las condiciones de salud desfavorables.

El objetivo de cumplir el derecho a la salud no se ha cumplido debido a la persistencia de las disparidades. El problema vigente es la fragmentación o segmentación del sistema de salud en cuatro subsistemas:

- 1) El de seguridad social, que cubre a la mitad de la población, con sus prestaciones de salud, económicas y sociales para los trabajadores formales asegurados y sus familias, con servicios en los tres niveles con cobertura nacional.
- 2) El de la Secretaría de Salud, para la población sin seguridad social, atendida a través de servicios estatales de salud, hospitales federales de alta especialidad, institutos nacionales, y unidades médicas móviles para áreas rurales lejanas. Esta es una atención que presenta muchas deficiencias.
- 3) El Programa IMSS-Bienestar, que ha tenido diferentes nombres a lo largo de 40 años. Cubre 19 estados en 2021 con unidades médicas y hospitales generales, y también con unidades médicas móviles. En sus orígenes fue un ejemplo, y decayó por insuficiencias presupuestales, entre otros motivos.
- 4) El de servicios privados, con hospitales generales y de alta especialidad, consultorios independientes y los consultorios adyacentes a farmacias.

A finales de 2019 llegó la reforma a la política de salud con una centralización de servicios para la población no asegurada, que implicó problemas adicionales en el modelo de atención,

* Relatoría del panel *El sistema universal de salud*, 14º Diálogo Nacional por un México Social. Desarrollo y sociedad tras la pandemia. PUED UNAM. 21 de septiembre de 2021.

en las reglas de operación y en la reorganización a través del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que, entre otros factores, afectaron la implementación de los servicios. Se modificó la política de compras de medicamentos, lo cual ocasionó un desabasto en los diferentes niveles de atención, y cambió la coordinación entre la Federación y los estados para la definición de los acuerdos de la operación generando retrasos en la transferencia planeada de responsabilidades.

La reforma, que entró en vigor a principios de 2021, también afectó el financiamiento con la desaparición del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), incluyendo el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Así, hubo una reducción presupuestal en todos los niveles de atención y se interrumpió la dinámica de producción, además, en este contexto, irrumpió la pandemia causada por la COVID-19, la cual se encontró ante la incapacidad de respuesta plena a las exigencias que planteaba, y a las necesidades de salud distintas a la COVID-19 —como programas de salud pública y atención a las enfermedades, principalmente las crónicas—, por problemas de recursos humanos y en la infraestructura, en los insumos, y sobre todo, en medicamentos, y en equipamiento.

La integración funcional hacia un sistema universal de salud

La dra. Reyes expuso sus propuestas para avanzar hacia un sistema universal de salud. Consideró que hay dos ejes principales de trabajo: el modelo de atención y el financiamiento. En cuanto al modelo de atención, si bien la meta es la seguridad social universal, esta no es posible en lo inmediato, por lo tanto, se requiere avanzar con lo actualmente factible.

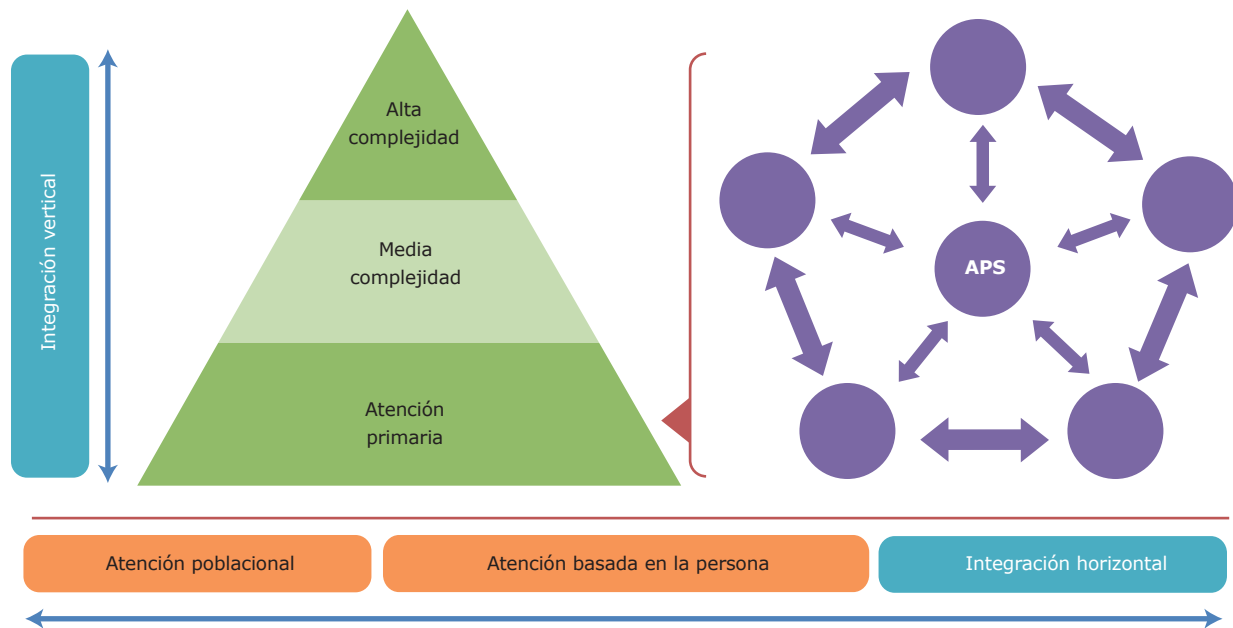
Estos son los rasgos principales del modelo:

Integración funcional: se ha reconocido que, en el corto plazo, es muy compleja la integración estructural del sistema de salud, pero es posible una respuesta con integración funcional de los subsistemas, es decir, que los cuatro subsistemas ya referidos trabajen

de manera coordinada, en conjunto —aunque mantengan su estructura legal y de atención— y con mecanismos de portabilidad. Esto requiere de un padrón que permita el intercambio de servicios para la atención en cualquiera de los servicios de salud, independientemente de que pertenezca o no a la seguridad social. Ya hay ejemplos interesantes del intercambio y de la compra de servicios entre las instituciones.

- 1) **Reorganización de los servicios:** actualmente, no se tiene un modelo adecuado de organización de los servicios de salud, pues responden a un esquema fraccionado, curativo, y se debe avanzar hacia la atención primaria como base del sistema de salud.
- 2) **Infraestructura:** se requiere, además, mejorar la infraestructura, no como se pensaba anteriormente, sino con tecnologías de información como, por ejemplo, la telemedicina, las consultas por aplicaciones, o la educación con nuevas tecnologías, entre otras opciones.
- 3) **Calidad:** hay que invertir más en recursos humanos para una educación médica continua, que permita una convergencia de la atención con criterios basados en evidencia para mejorar la calidad de la atención en términos de mejores prácticas de seguridad de los pacientes.
- 4) **Coordinación y continuidad:** esto es a través de redes integradas de servicios, con la infraestructura que se tiene de inicio, para avanzar de acuerdo con lo factible.
- 5) **Rectoría y gobernanza:** con una regulación y modulación a cargo de la Secretaría de Salud como órgano rector, y la gobernanza que implica el intercambio y la coordinación intersectorial para brindar un servicio apropiado.

Figura 1. ¿Cómo puede integrarse el sistema de salud mediante redes de servicios?



Fuente: Reyes, (2021).

Un sistema de salud integrado funcionalmente opera como si fuera un solo sistema, aun cuando contenga organizaciones independientes en el financiamiento, en la provisión y en la regulación, opera coordinadamente para dar la atención. La integración horizontal es fundamental para generar redes que permitan la atención entre los distintos subsistemas de salud, asimismo, es necesaria una coordinación vertical que permita la organización y la continuidad de la atención en los tres niveles, con una atención poblacional para los programas de salud pública y una atención basada en la persona de acuerdo con sus necesidades (figura 1). Aunque se requiere de mucho trabajo e inversión, es factible con los recursos que se cuentan.

Para cambiar el paradigma del sistema de salud se requiere pasar de un paquete básico de intervenciones a una verdadera transformación para la atención integral, pasar del enfoque curativo actual hacia respuestas reales de las necesidades, con equipos de salud interdisciplinarios, que sustituyan a los recursos humanos que trabajan de manera aislada, con

la atención primaria como base y con suficiente inversión (cuadro 1).

La pandemia ha demostrado que el sistema de salud debe ser resiliente para estar preparados y tener una respuesta efectiva ante nuevas crisis, pues, esta crisis no será la última. La respuesta adecuada requiere de un plan integrado del sistema de salud, manteniendo las funciones centrales del sistema con su integración funcional mientras se toma en cuenta la diversidad del país y de la población, y que sea tanto autorregulable como adaptable.

Las premisas de lo anterior, concluyó la dra. Reyes, es que existan liderazgos sólidos tanto locales como nacionales, un compromiso de todo el personal de la salud en los diferentes niveles y una dotación de infraestructura, de equipamiento y de insumos adecuados, además se deberá contar con las interconexiones suficientes entre los sectores para generar redes de apoyo.

Cuadro 1. Cambio de paradigma en el sistema de salud

De:	Hacia:
Paquete básico de intervenciones en salud para población pobre	Transformación en el acceso universal y la protección social en salud
Programas concentrados en problemas específicos	Enfoque en la salud de la familia y la comunidad
Enfoque curativo y predominante en enfermedades agudas	Respuesta a las necesidades y expectativas de la población, con enfoque en la promoción y la prevención
Recursos humanos escasos, aislados y poco capacitados	Equipos de salud interdisciplinarios
Atención primaria como lo opuesto al hospital	Atención primaria como coordinador de la respuesta en salud a todos los niveles
Atención primaria con poca inversión	Suficiente inversión a la atención primaria, que ofrece alto retorno social

Fuente: Reyes, (2021).

Un sistema universal enfocado en la prevención y en la calidad de la atención

El dr. Samuel Ponce de León sostuvo que en consecuencia de la pandemia COVID-19, las limitaciones del sistema de salud se expresaron con más claridad y contundencia por el crecimiento de la demanda de atención y por las tensiones derivadas de las nuevas exigencias de atención médica. Asimismo, debido a la crisis, se puso al día la discusión nacional sobre las reformas al sistema de salud en México, la cual ha estado presente desde hace más de cuatro décadas, aunque con resultados insatisfactorios.

La pandemia irrumpió cuando se ponían en marcha las reformas al sistema de salud, emprendidas por el gobierno iniciado en diciembre de 2019, en un contexto de marcadas restricciones presupuestales.

El tema central en las propuestas de las políticas de salud es la búsqueda de un sistema de acceso universal con el que se garantice el servicio y la calidad en el cumplimiento del derecho a la salud, mientras se tiene a la prevención como un eje fundamental. Sin embargo, no se puede hablar del cumplimiento efectivo del derecho a la salud sin abordar, paralelamente, el desarrollo social en su conjunto.

Por otra parte, el dr. Ponce de León apuntó que, en el panorama actual de la salud en México, se identifican los siguientes rasgos:

- 1) Ineficiencia de los servicios de salud en cobertura y en calidad de la atención médica.
- 2) Insuficiente atención al cuidado ambiental.
- 3) Ausencia de proyectos para enfrentar nuevas epidemias y el calentamiento global, factores que obligan a contemplar nuevos horizontes y no solo resolver los rezagos preexistentes.
- 4) La creciente medicalización y el desarrollo de una «economía política médica» — acceso a una pequeña minoría— que incide en la relación enfermo–médico, y en los vínculos entre el enfermo y el sistema de salud.
- 5) El financiamiento deficitario.
- 6) La subvaluación de la medicina preventiva y de la medicina general.

Al menos en los países avanzados, hay desarrollos relevantes en temas de salud. Entre ellos se encuentra un aumento de más de 30 años de la extensión de la vida, entre los años 1900 y 2015 —tendencia que se ha visto alterada por la COVID-19—; además, se tiene una reducción de la mortalidad cardiovascular

en más de 70% desde 1963, y una disminución de la mortalidad por cáncer, en 15%, en los últimos 15 años previos a 2020.

Aún están por evaluarse, de forma completa, los impactos de la pandemia sobre la salud pública, pero se avizoran retos que harán más complejas las tareas del sistema de salud, como la resistencia antimicrobiana y los impactos del cambio climático. Por lo pronto, ya es claro que la pandemia COVID-19 afectó la esperanza de vida, asimismo, la mortalidad global en exceso se vio perjudicada pues, fue de al menos 50%, y, además, se interrumpió la vigilancia de enfermedades de interés epidemiológico. Además, el Programa de Vacunación Universal se vio afectado en México, aumentaron los riesgos de epidemias por enfermedades que ya estaban controladas, y creció el riesgo de empobrecimiento por gastos extraordinarios en salud.

Los rasgos de un sistema de salud óptimo

¿Qué sistema de salud universal se requiere? Uno que articule el sistema de asistencia pública, el del seguro de salud, y el servicio nacional de salud. Todos coordinados para ofrecer un servicio coherente y de calidad. Sin embargo, un sistema universal de salud supone ampliar el financiamiento, actualmente insuficiente, en el marco de la transición demográfica, que encarecerá los costos de atención.

Uno de los elementos básicos del sistema universal de salud es organizar una atención médica basada en la prevención, a través de la vigilancia, la vacunación, la atención hospitalaria y ambulatoria, y el control. La intervención preventiva o temprana favorece a una menor morbilidad y mortalidad, a una menor ocupación hospitalaria y por consecuencia, a una reducción de los costos de atención, y a una mejora en la calidad de la atención.

Junto con el énfasis en la prevención, la atención médica requiere una comunicación estrecha entre el médico y el paciente, con mayor disponibilidad de tiempo y acceso

inmediato de la información requerida. Por eso, el sistema de salud necesita una reorientación hacia una atención médica de alta calidad en la prestación de los servicios, lo que demanda un financiamiento suficiente y creciente, pues el desarrollo de mejores intervenciones tiene costos elevados.

Un sistema de salud óptimo supone, al menos, de los siguientes rasgos:

- 1) Debe ser universal, pero no bajo el concepto de cobertura completa basada en el volumen, sino en el de una atención de calidad y de alcance institucional y territorial equilibrados, tanto en recursos humanos como en infraestructura e insumos, que evite la concentración en los llamados "oasis institucionales".
- 2) Un sistema comprensivo, enlazado con acciones del sistema educativo desde sus primeros niveles, para hacer realidad el concepto de prevención y, además, debe estar vinculado con los programas de protección ambiental y de biodiversidad, con el enfoque de una sola salud.
- 3) Tiene que ser incluyente, colaborar con todos los demás sistemas en el país, con la industria farmacéutica y con las instituciones de investigación, estas son las que proveen las soluciones médicas, como es el caso de las vacunas.
- 4) Debe ser mixto, al incluir tanto lo público como lo privado.
- 5) Ha de ser accesible, en el sentido de que esté al alcance de toda la población, por distancia y oportunidad.
- 6) Una gobernanza no solo tiene que ser honesta sino también eficiente.

Los avances en biotecnología y en medicina personalizada son espectaculares, como consecuencia de la secuenciación del genoma humano, por ejemplo, las terapias oncológicas personalizadas, la prevención de enfermedades, los estudios cerebrales muy avanzados para intervenciones, los tratamientos con células

madre, entre otros. Sin embargo, en el panorama se tienen todavía problemas ingentes, como la resistencia a los antimicrobianos y las epidemias emergentes y reemergentes.

El dr. Ponce de León mencionó que, a pesar de los restos y las dificultades actuales, la crisis da la oportunidad de construir un mejor sistema, sin embargo, esto requiere de discusión y de deliberación pública e informada, así como de exigencia y de presión a las instituciones para que realicen el trabajo al que están obligadas.

Seguridad y gratuidad en el sistema de salud

El dr. David Kershenobich Stalnikowitz consideró que un sistema universal de salud es una meta que todos quisiéramos alcanzar, y que, además, tiene muchas aristas y una diversidad de conceptos fundamentales por concretar. De la misma forma, la pandemia ha puesto como foco central a la salud, no solo para las autoridades, sino también para la población, pues esta tiene claro que uno de los valores fundamentales es la salud, y que sin ella no son posibles otros beneficios.

El concepto de seguridad en la atención a los pacientes es un elemento clave para un sistema universal de salud, independientemente de cómo sea diseñado. Va más allá de la calidad, porque implica aspectos que tienen relación con la infraestructura, el financiamiento y algunas reglas básicas con las que se puede lograr esta seguridad en cualquier sitio. Por otro lado, la pandemia ha traído consigo una mayor solidaridad —por lo menos en lo que tiene que ver con la cooperación en la investigación médica— y esta puede aprovecharse para lograr un sistema universal de salud.

Una medida central en el sistema universal de salud es la gratuidad. Muchos de los programas —como los de diabetes u obesidad— han fracasado por los gastos que tienen que ejercer los pacientes, factor que va más allá de los aspectos médicos mencionados. Por consiguiente, el acceso a los medicamentos se

ve limitado por sus condiciones económicas, y, sin el logro de la gratuidad, los tratamientos médicos seguirán afectados. Esto no significa que todos los tratamientos deban aplicarse sin costo, los más innovadores, de los que se benefician pocas personas, deben tener consideraciones especiales, pero sí deben ser gratuitos los tratamientos y medicamentos más comunes y comúnmente requeridos por la población en general. Finalmente, el dr. Kershenobich concluyó mencionando que las grandes catástrofes van acompañadas de grandes soluciones, y por ello la pandemia es una gran oportunidad para modificar y mejorar el sistema de salud.

La atención a la salud mental

La dra. María Elena Medina-Mora abordó el caso de la cobertura universal en la atención de la salud mental, con lo cual inició por sus vínculos con las metas planteadas en el objetivo 3 de la Agenda de Desarrollo Sostenible: Asegurar vidas saludables y bienestar para todas las edades. Los indicadores asociados a la salud mental son la tasa de mortalidad por suicidio, la cobertura del tratamiento, el consumo per cápita de alcohol, la cobertura de servicios de salud esenciales, y el número de personas cubiertas por un seguro de salud o por un sistema de salud.

Estos cuatro indicadores dan un panorama de cómo está la salud mental y cómo podemos avanzar para darle una cobertura universal. Tenemos un problema importante, tanto de falta de atención como de financiamiento pues, de todas las enfermedades, se estima que la carga global que se le debe proporcionar a la salud mental es 16%, una proporción ocho veces más alta que el gasto asignado. Las enfermedades mentales, como condiciones crónicas, tienen el componente de la continuidad de la atención. La carga por días vividos sin salud es muy alta, 33%, y uno de los principales problemas es cómo financiar los medicamentos y la atención para esta población. Anteriormente, el Seguro Popular lo cubrió de manera muy superficial y, en

consecuencia, las personas con enfermedades mentales sin recursos suficientes viven sin atención y medicación en la actualidad.

La pandemia incrementó, de manera muy importante, los trastornos mentales, esto está asociado al crecimiento de dos principales determinantes sociales de la enfermedad mental: la pobreza y la violencia. En el suicidio se observa un crecimiento que afecta, principalmente, a la población joven entre los 15 y 24 años, además se observa un incremento muy preocupante en los niños y adolescentes, del doble en comparación con las cifras de la población general. En la segunda etapa de la pandemia se observó un aumento de suicidios, más allá de la tendencia que se esperaba según lo registrado. Lo anterior representa un gran reto para la prevención de esta causa de muerte.

En el caso del alcohol se advierte una ampliación muy importante del consumo per cápita, sobre todo en la población masculina, pues incrementó a 19.7 litros en los hombres y a 7.1 en las mujeres. El consumo excesivo, que es el otro indicador, 45% en los hombres que beben en grandes cantidades y 39% en las mujeres. En la pandemia, las posibilidades de adquisición de alcohol crecieron de forma muy importante, con los envíos a domicilio sin regulación de horas ni de cantidades, incrementó los problemas de consumo. El alcohol es la principal causa de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles y hay una carencia de tratamiento, que aparece tanto en países ricos como en pobres. En México esa brecha es muy grande, además, no hay acceso a medicamentos, lo que afecta la calidad de la atención.

¿Cómo se presta la atención a la salud mental? La dra. Medina-Mora expuso que, desde 2012, se registró un incremento de médicos y de psicólogos en los servicios de salud mental en el primer nivel y en centros de la comunidad, pero con el problema de que en vez de proporcionar un seguimiento de los casos para asegurar la continuidad que requieren las enfermedades crónicas, se concentran solo en proporcionar consultas. También, ha mejorado el número de psiquiatras, aunque 60% están concentrados

solo en tres ciudades, los psiquiatras por cada 100 mil habitantes llegan a 20.73 en la Ciudad de México y a 0.57 en Chiapas, lo que ilustra las diferencias regionales.

Aunado a lo anterior, hay una disminución de camas en los hospitales psiquiátricos, sin aumento de camas en hospitales generales, lo que genera un ascenso de las personas con enfermedad mental abandonadas, en cárceles y en centros que no necesariamente protegen los derechos humanos. De igual forma, 77% de los hospitales están en ciudades, o cerca de ellas, con un promedio de estancia adecuado, pero con alto número de enfermos desatendidos. La población vulnerada no tiene acceso a servicios, por ejemplo, los migrantes, la población en situación de calle, las personas marginadas en grandes ciudades. El reto es reducir las brechas de cuidado, de tratamiento y de calidad.

La inversión en salud mental ha sido pobre, y equivale solo a 2.2% del presupuesto en salud. En los países de ingresos altos esa proporción es de 5.1%. Sin embargo, en 2013, el presupuesto en salud mental ha tenido una reducción de 9.6%. Asimismo, la mayor parte del presupuesto se gasta en adicciones y en atención, y muy poco en acciones preventivas. La telemedicina es una estrategia que funciona muy bien para atender la enfermedad mental, pero solo 1.7% de las clínicas y hospitales cuentan con las herramientas para proporcionar este servicio. La disminución de las consultas médicas fue muy importante en la pandemia, de 44.2% —cifra solo es superada por la salud bucal— y ocho de cada diez consultas interrumpidas fueron subsecuentes. Finalmente, no se ha avanzado en cuanto a la desinstitucionalización de los enfermos abandonados en los hospitales, lo cual es una de las metas comprometidas.

¿Qué se necesita para alcanzar la meta de atención universal?

Se tiene que observar cuáles son las necesidades de la población. La mayor parte del presupuesto se gasta en el tercer nivel, y muchos de los pacientes llegan por primera vez a tener una

atención de salud mental en ese nivel, México es uno de los pocos países del mundo en el que esto ocurre. De acuerdo con lo planteado por la dra. Medina-Mora, en primer lugar, se trata de atender el bienestar, es decir, empezar bien la vida con la promoción de condiciones para que niños y adolescentes tengan un desarrollo sano, mientras que las personas adultas mayores obtienen la atención que requieren con programas ya probados, funcionales y de costo efectivo, que aún no se incluyen en la atención a la salud. Por ejemplo, la salud física y mental de los padres, del apego infantil, de programas de parentalidad positiva, escolares y de habilidades socioemocionales, además de la promoción de la interacción social y de espacios verdes, de arte, de cultura, de creatividad y de atención plena.

En segundo lugar, es necesario atender los malestares leves —con reacciones esperadas ante la COVID-19—, que requieren de la prevención primaria y del tratamiento de los determinantes sociales y de los factores de riesgo exacerbados en la pandemia. Si no se atienden estas cuestiones, difícilmente solo los tratamientos darán resultados para lograr el bienestar de la población. En tercer lugar, se requiere de la prevención secundaria, del tratamiento de los trastornos leves y moderados, con intervenciones breves, que también son costo efectivas y que ya se probaron en diferentes grupos y culturas, pero aún no están incorporadas en el sistema. En cuarto lugar, está la atención con prevención terciaria, con tratamientos para personas con trastornos mentales y con conductas de riesgo.

Por la gran brecha de atención existente, no hay recursos suficientes y se requiere integrar a la salud mental dentro del sistema de salud, de tal modo que, desde el primer nivel, haya atención para la depresión y para los principales trastornos y, además, se tenga canalización a otros servicios de manera flexible. A diferencia de otras enfermedades, los pacientes llegan directamente al tercer nivel, y se requiere de una reingeniería del primer nivel para atender enfermedades crónicas, como se hace ya con la diabetes y la obesidad.

En el escenario de insuficientes recursos presupuestales, se distinguen tres plataformas en las cuales se pueden realizar intervenciones para lograr una diferencia: en la poblacional, en la comunitaria y en la de cuidado de la salud.

- 1) En la plataforma poblacional, las principales intervenciones se relacionan con la prevención universal y la promoción de la salud, como la restricción de la disponibilidad de pesticidas, la descriminalización del suicidio, la reducción de la disponibilidad y el uso excesivo del alcohol y las drogas ilícitas —ansiolíticos, opiáceos—, además, se vincula con el trabajo con los medios para evitar el reporte inadecuado de los casos, con las campañas para reducir el estigma asociado con el suicidio y la salud mental, con la promoción de la búsqueda de ayuda, y con proporcionar apoyo a personas desempleadas, con alguna discapacidad o desplazadas.
- 2) En la plataforma comunitaria, se trata de intervenciones selectivas y de promoción de la salud como las siguientes: líneas telefónicas y centros de atención de crisis; promover la cohesión social y el apoyo interpersonal en las comunidades y en las familias —lo cual ha sido muy relevante en la pandemia—; también, se requiere de programas de promoción de la salud en las escuelas, promover la resiliencia psicosocial, las habilidades de solución de problemas, y las conductas apropiadas de búsqueda de atención; asimismo, son necesarias las actividades para limitar acceso a pesticidas y otros venenos y entrenar a los conserjes de las escuelas, maestros, cuidadores de personas refugiadas, policías, trabajadores sociales, y de personas que interactúan con personas con riesgo suicida; y los programas para promover la búsqueda de atención para problemas psicológicos, abuso de sustancias, abuso infantil o violencia familiar.
- 3) En la plataforma de cuidado de la salud, se trata de la prevención indicada y del cuidado tanto de personas con trastornos mentales y como de sus familias, con

intervenciones de personas que han intentado suicidarse; además es importante entrenar a trabajadores de primer nivel en la identificación y manejo de personas con alto riesgo de intento suicida; mejorar la capacidad de respuesta casos de envenenamiento con alta letalidad, e implementar servicios para apoyar a personas que viven un duelo por suicidio —servicios post suicidio—.

Las acciones conjuntas más importantes de la atención de los determinantes sociales junto con el tratamiento se refieren a la protección frente a la pobreza y la protección financiera de las personas con trastornos mentales y de sus familias; asimismo es vital atender la insuficiencia alimentaria, la promoción de bienestar, las oportunidades de aprendizaje, los derechos de las mujeres, las alternativas de ingreso, los albergues seguros y las intervenciones especiales en crisis.

Las acciones clave esperadas tienen relación sobre todo con:

- 1) La mejora de la gobernanza en la atención a la salud mental.
- 2) Escalar los servicios de salud mental como un componente esencial de la cobertura universal e integrarlos a la respuesta global de otras prioridades de salud como las enfermedades crónicas no transmisibles, la salud de la madre y el infante y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)/SIDA; una reingeniería del primer nivel para asegurar continuidad de la atención; camas y equipo de salud mental en hospitales generales y una referencia flexible al segundo nivel.
- 3) Atender las barreras y los desafíos, es decir, la falta de advertencia del valor de la salud mental en el desarrollo social y económico, que lleva a la falta de atención de la promoción y de la protección de la salud mental en los diferentes sectores; combatir al estigma, a la discriminación y a la inequidad; y finalmente involucrar la voz de las personas enfermas y de sus familias.
- 4) Proteger la salud mental con políticas públicas y con esfuerzos de desarrollo.
- 5) Adoptar las nuevas oportunidades tanto de tecnologías, como la participación de personas con mayor experiencia y de recursos humanos no especializados.
- 6) Mayor inversión y mejor uso de los recursos.
- 7) Aumentar la inversión en investigación e innovación —genómica, neurociencias, ciencias clínicas, de servicios de salud y ciencias sociales—.

Lo deseable, resumió la dra. Medina-Mora, es tener una red de servicios en la comunidad para intervenciones psicosociales, con personas capacitadas que acompañen a los pacientes a los centros de salud y con médicos generales que puedan diagnosticar y medicar los casos de depresión. Después, en su caso, que los pacientes puedan tratarse en el hospital general con camas psiquiátricas, y que los casos resistentes y de más complejidad pasen al tercer nivel. Ya se dispone de los mecanismos y de los modelos de atención requeridos, pero todavía hay que trabajar en las poblaciones resistentes a medicamentos, y en mejorar la atención. Por todo lo anterior, es tan importante la investigación.

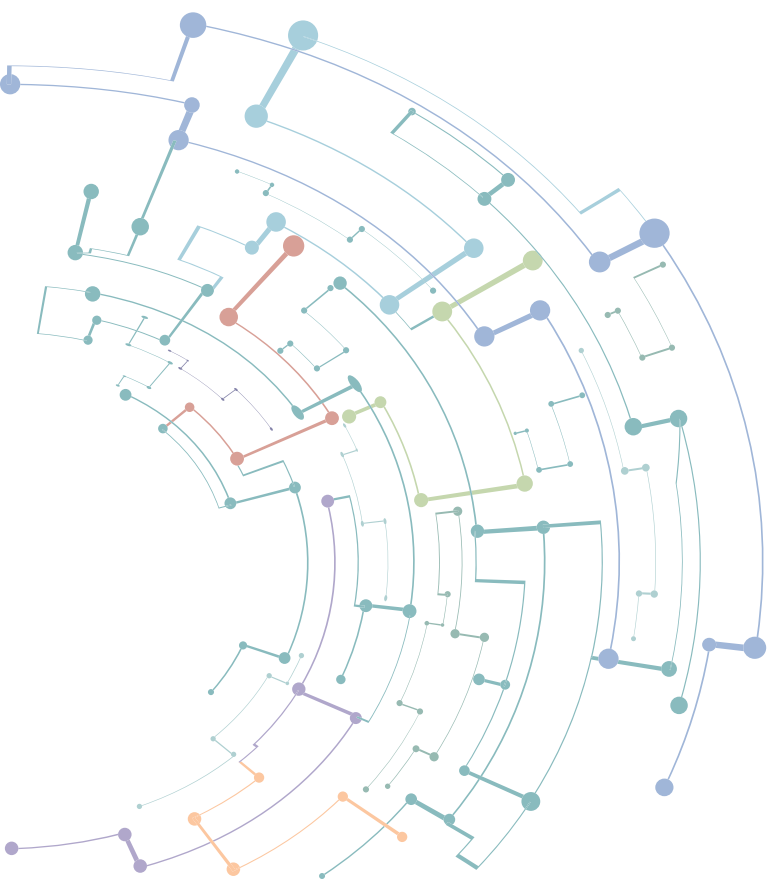


Referencias

- Kershenobich, D. (21 de septiembre de 2021). *El sistema universal de salud*. [Panel 2]. 14º Diálogo por un México Social: Desarrollo y sociedad tras la pandemia. http://www.pued.unam.mx/opencms/actividades/Dialogo/14_dialogo_nacional.html
- Medina-Mora, M. E. (21 de septiembre de 2021). *El sistema universal de salud*. Salud mental [Panel 2]. 14º Diálogo por un México Social: Desarrollo y sociedad tras la pandemia.: http://www.pued.unam.mx/export/sites/default/archivos/actividades/Dialogo_nacional/14_dialogo/Pa2_MEMM.pdf
- Ponce de León, S. (21 de septiembre de 2021). *El sistema universal de salud*. Quemar las naves [Panel 2]. 14º Diálogo por un México Social: Desarrollo y sociedad tras la pandemia.http://www.pued.unam.mx/opencms/actividades/Dialogo/14_dialogo_nacional.html
- Reyes, H. (21 de septiembre de 2021). *El sistema universal de salud*. [Panel 2]. 14º Diálogo por un México Social: Desarrollo y sociedad tras la pandemia. http://www.pued.unam.mx/opencms/actividades/Dialogo/14_dialogo_nacional.html

Como ha ocurrido en otras grandes crisis del pasado, junto con la atención de las urgencias de la pandemia, emergieron los cuestionamientos sobre el sentido y dirección del desarrollo, y en esta ocasión las interrogantes se vieron acicateadas por el apremio existencial que supone el coronavirus. Este rasgo introdujo, sin duda, una nueva sensibilidad en el análisis y la deliberación de los caminos que deben seguir las sociedades para resolver las insuficiencias que ya estaban presentes, pero que afloraron con mayor crudeza y se magnificaron en la crisis.

Este nuevo volumen del Informe del Desarrollo en México, del Programa Universitario de Estudios del Desarrollo, de la Universidad Nacional Autónoma de México, parte de un conjunto de aportaciones sobre rasgos y coordenadas para repensar el horizonte de los próximos años, no solo en términos de recuperación, sino también de reconfiguración de las formas de organizar, generar y distribuir el bienestar social, abordando los nuevos entornos del desarrollo, las urgencias de política más expuestas por la pandemia, y las prioridades de estrategia social y económica.



ISBN: 978-607-30-5269-9

