



# INFORMES SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL Y EL DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES EN EL ESTADO DE CHIHUAHUA

**Organización Panamericana de la Salud**  
**Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones, Secretaría de Salud Chihuahua**  
**Fundación Ficosec, A.C.**

# **INFORMES SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL Y EL DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES EN EL ESTADO DE CHIHUAHUA**

**Organización Panamericana de la Salud  
Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones, Secretaría de Salud Chihuahua  
Fundación Ficosec, A.C.**

***Informes sobre el sistema de salud mental y el de atención a las adicciones en el estado de Chihuahua***  
Edición 2017

Editor: Ramón Antonio Armendáriz

- © Organización Panamericana de la Salud
- © Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones, Secretaría de Salud Chihuahua
- © Fundación Ficosec, A.C.

**SE RESERVAN TODOS LOS DERECHOS**

**ISBN: En trámite**

Queda prohibida la reproducción total o parcial de contenidos o imágenes de esta publicación sin previa autorización o sin dar el crédito correspondiente.

Fundación Ficosec, A.C.  
Calle 21 # 2501, Colonia Santo Niño  
C.P. 31200, Chihuahua, Chihuahua  
Teléfono: (614) 4132471

[www.ficosec.org](http://www.ficosec.org)

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

## Índice

<b>Informe sobre el sistema de salud mental en el estado de Chihuahua.....</b>	<b>4</b>
Resumen ejecutivo.....	5
Introducción.....	8
Resultados de la evaluación.....	14
Sección 1: Política y marco legislativo.....	14
Sección 2: Servicios de salud mental.....	17
Sección 3: Salud mental en la atención primaria de salud.....	23
Sección 4: Recursos humanos.....	25
Sección 5: Educación del público y vínculos con otros sectores.....	30
Sección 6: Monitoreo e Investigación.....	33
Análisis de fortalezas y debilidades.....	34
Referencias.....	37
<b>Informe sobre el sistema de atención a las adicciones</b>	
<b>en el estado de Chihuahua.....</b>	<b>39</b>
Resumen ejecutivo.....	40
Introducción.....	43
Resultados de la evaluación.....	48
Sección 1: Política y marco legislativo.....	48
Sección 2: Servicios de tratamiento a las adicciones.....	51
Sección 3: Atención a las adicciones en la atención primaria de salud.....	59
Sección 4: Recursos humanos.....	60
Análisis de fortalezas y debilidades.....	65
Referencias.....	68

# **INFORME SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN EL ESTADO DE CHIHUAHUA**

(Basando en el instrumento de evaluación para sistemas de salud mental  
IESM-OMS versión 2.1. SALUD MENTAL: DEPARTAMENTO DE EVIDENCIA E INVESTIGACIÓN DE SALUD  
MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, GINEBRA)

## **Resumen ejecutivo**

El instrumento de evaluación para sistemas de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) se utilizó para recopilar información sobre el sistema de salud mental en Chihuahua; con ello se pretende mejorar este sistema y proporcionar una línea base para monitorear el cambio. Esto permitirá que el Estado elabore planes de salud mental con objetivos definidos. También resultará muy útil para monitorear el progreso en la implementación de políticas de reforma, proporcionar servicios comunitarios e involucrar a los usuarios, familias y otras partes interesadas en la promoción, prevención, atención y rehabilitación de salud mental.

En 2013, el Consejo Nacional de Salud Mental publicó el Programa de Acción Específico en Salud Mental (2013-2018). Este programa estipula la política, planes, metas y líneas de acción nacionales y está basado en el Modelo Hidalgo en Salud Mental. El programa tiene como principal objetivo que en México se ofrezca atención a la salud mental bajo un modelo comunitario, con un enfoque incluyente y estricto apego a los derechos humanos de los pacientes y sus familiares. En el estado de Chihuahua la Secretaría de Salud cuenta a partir del 2016 con la Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones. Esta coordinación se creó a partir de la integración del Programa de Salud Mental de la Secretaría de Salud y del Instituto Chihuahuense de Salud con la Comisión Estatal de Atención a las Adicciones y es el organismo encargado de la planificación, coordinación, supervisión y evaluación de las políticas, acciones y servicios en materia de salud mental y adicciones.

El gasto ejercido en el estado de Chihuahua por parte de la Secretaría de Salud para salud mental representa un 0.14% del total de egresos en salud. El 14% de ese gasto en salud mental se destina a los hospitales psiquiátricos. El 78% de los chihuahuenses tienen acceso a medicamentos psicotrópicos esenciales a través del Seguro Popular o de las diversas instituciones de seguridad social.

El eje principal de la atención a la salud mental en el estado son los establecimientos ambulatorios. Chihuahua cuenta con 113 establecimientos ambulatorios de salud mental, los cuales brindaron atención a 1901 usuarios por cada 100,000 habitantes. La atención ambulatoria en el estado adquiere mayor relevancia, al considerar que es el único nivel de atención disponible para niños y adolescentes; actualmente se cuenta en Chihuahua con un total de 8 establecimientos

ambulatorios exclusivos para menores de edad. Los trastornos más comunes atendidos en estos dispositivos son los trastornos como la epilepsia, trastornos mentales orgánicos, conductuales y emocionales cuya aparición ocurre en la primera infancia, trastornos de evolución psicológica y los trastornos del estado de ánimo. Los dos hospitales psiquiátricos de la entidad atendieron a 45 personas por cada 100,000 habitantes. Los trastornos más frecuentes fueron del estado de ánimo y la esquizofrenia. Existen además cuatro dispositivos residenciales para personas con trastornos mentales, tres de ellos en Ciudad Juárez y uno en el municipio de Chínipas. Estos establecimientos atendieron a 8 personas por cada 100,000 habitantes. Las personas que viven en estos establecimientos permanecen en un promedio de 353 días; esta cifra resulta preocupante si se considera que el número de camas (218) disponibles es inferior al número de pacientes atendidos (285). Además de estos dispositivos de salud mental, el estado cuenta con la Línea en Crisis, a través de la cual en 2016 se brindaron 7,736 atenciones.

El Modelo Hidalgo en Salud Mental establece que los centros de salud son el primer punto de contacto del paciente con trastorno mental con el sistema de atención, de manera que el personal de primer nivel debe estar capacitado en temas de psiquiatría y salud mental. Sin embargo, los resultados del presente estudio muestran que únicamente el 4% de los médicos de atención primaria de la salud recibieron actualización en estos temas, mientras que ningún enfermero u otro personal de salud recibieron este tipo de actualización durante el año de evaluación.

En cuanto a recursos humanos, el estado cuenta con 18.47 trabajadores de la salud mental por cada 100,000 habitantes, entre los cuales se encuentran 1.18 psiquiatras, 0.53 otros médicos (no especializados en psiquiatría), 3.77 enfermeros y 9.22 psicólogos. De estos profesionistas son pocos quienes recibieron actualizaciones en temas de salud mental en el año de evaluación; por ejemplo, únicamente el 10% de los enfermeros que laboran en salud mental recibieron actualización en intervenciones psicosociales.

En el estado de Chihuahua existen asociaciones de familiares de personas con trastorno mental, en su mayoría dedicadas a la atención de personas diagnosticadas con trastorno del espectro autista. Existe además una asociación que proporciona capacitación y grupos de apoyo a familiares y pacientes con trastornos psiquiátricos.

Existen asociaciones, organizaciones y grupos de profesionistas que buscan concientizar a diversos grupos de la población (niños, mujeres, sobrevivientes de traumas) así como a diversos grupos de profesionistas (médicos, abogados, maestros a todos los niveles) sobre diversos aspectos

de salud mental. Además, la Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones colabora con varios programas públicos, entre ellos el Programa de VIH, de Salud Reproductiva, del Adulto Mayor, así como con otras organizaciones tanto gubernamentales como de la sociedad civil.

Finalmente, en el tema de investigación, del total de artículos en salud publicados en PubMed con datos del estado de Chihuahua, únicamente el 10% corresponden a temas de salud mental. En cuanto a la recopilación de información por parte de la Secretaría de Salud, se obtuvieron datos del 100% de los hospitales psiquiátricos, el 67% de los dispositivos residenciales comunitarios y, a pesar de que atienden a la gran mayoría de las personas con trastornos mentales, solo el 58% de los dispositivos ambulatorios de salud mental transmitieron datos a la Secretaría de Salud.

## Introducción

Chihuahua es el estado más grande de la república mexicana. Compuesto por 67 municipios y con una extensión territorial de 247,487 kilómetros cuadrados, representa el 12.6% de la superficie total del país. La población total es de 3'569,479 personas (1'804,299 mujeres). La ciudad más grande del estado es Ciudad Juárez con una población total de 1'391,180 personas. Mientras que la capital del estado cuenta con 878,062 (INEGI, 2015). La población menor de 15 años representa el 27.5% y la población mayor de 60 el 7.9%. El 85% de la población estatal es considerada urbana. La expectativa de vida al nacer en el estado de Chihuahua es de 73.5 años (INEGI, 2016).

De acuerdo al INEGI, del total de la población del estado de Chihuahua el 54.1% ha concluido la educación básica, el 21.4% la educación media superior y el 18.8% obtuvo un título universitario; de la población mayor de 15 años el 2.6% es analfabeta. En lo referente a la religión el 76% de la población profesa la religión católica, el 9.5% son protestantes o evangélicos, el 7.5% refiere no seguir ninguna religión y el 2.08 % pertenece a otras religiones (adventistas del séptimo día, testigos de jehová, mormones, judíos). El estado cuenta con 104 014 personas mayores de 5 años que hablan alguna lengua indígena, lo que representa 3.5% de la población de la entidad. Las lenguas indígenas más habladas en el estado son: Tarahumara (85,316 personas), tepehuano de Chihuahua (8, 396 personas), lenguas mixtecas (2,500 personas) y náhuatl (1,286 personas), INEGI (2010).

Según el Banco Mundial México es considerado como un país con un nivel de ingreso medio-alto. De acuerdo a la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (2017), el promedio de ingreso de la población ocupada en Chihuahua es de entre \$7,000.00 y \$7,500.00 pesos. El promedio de ingreso en el estado se encuentra por encima de la media nacional (\$5,000.00 – \$ 5,500.00 pesos) y ocupa el cuarto lugar por debajo de Baja California Sur, Ciudad de México y Nuevo León.

A partir del 2008 el estado sufrió una etapa de alta violencia y criminalidad debido a la lucha contra el narcotráfico, iniciada por el entonces presidente de la República Felipe Calderón. El costo de la violencia generada por el tráfico de drogas y el combate al mismo por parte de las autoridades resultó alto para la calidad de vida y la salud mental de la población, a causa de la constante preocupación por la integridad física propia y de los familiares (Hernández & Grineski, 2012). Los efectos de la violencia en la población infantil llegan a ser profundos. Los niños expuestos a la violencia resultante del tráfico de drogas presentaron problemas tales como déficit

de atención, trastornos del sueño, agresividad y ansiedad (Leiner, Villanos, Puertas, Peinado, Ávila, & Dwivedi, 2015). Además de la problemática por la violencia, el estado se ha visto afectado por altos índices de suicidios. En 2015 Chihuahua se reportó como el estado con mayor número de muertes por lesiones auto infligidas de la república mexicana (INEGI, 2017). Por estos motivos la salud mental se ha convertido en un área prioritaria para el Gobierno del Estado.

De acuerdo a la Secretaría de Salud el gasto total ejercido durante el 2016 fue de \$4'244,478,847.16 pesos, que representa el 1.06% del PIB estatal. El Sistema de Salud está integrado por Servicios de Salud del estado de Chihuahua, el Instituto Chihuahuense de la Salud (ICHISAL), además de las dependencias de seguridad social federales: IMSS, ISSSTE, Servicios Médicos de PEMEX, SEDENA; estatales como Pensiones Civiles del estado y municipales como el Centro de Atención Médica de Parral y el Instituto Municipal de Pensiones. Al igual que el resto del país, la población de Chihuahua que no es derechohabiente de alguna institución de seguridad social cuenta desde el 2004 con acceso al Seguro Popular, el cual ofrece la cobertura del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2016. El CAUSES (2016) ofrece atención ambulatoria, de urgencias y hospitalización para la mayoría de los trastornos mentales.

Siguiendo el Modelo Hidalgo, se pretende que en Chihuahua la atención a la problemática de la salud mental se brinde a nivel ambulatorio. A partir del 2007 se cuenta con tres Unidades Especializadas de Atención Médica (UNEMES), con Centros Integrales de Salud Mental (CISAMES). Estos centros de salud mental cuentan con equipos multidisciplinarios que brindan atención médica, psicológica y psiquiátrica a la población que lo solicite. El estado cuenta además con dos hospitales psiquiátricos y un Centro de Atención Integral de Salud Mental, con el objetivo de brindar servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales. Además, se cuenta con 84 departamentos de salud mental, administrados por el gobierno o por las diversas instituciones de seguridad social. Sin embargo, contrario a lo estipulado en el PAE (2013-2018), no existen camas destinadas a pacientes psiquiátricos en ningún hospital privado del estado o de gobierno.

## Reconocimientos

La preparación de este estudio no hubiera sido posible sin la colaboración de la Secretaría de Salud del estado de Chihuahua, la Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones, el Observatorio Ciudadano de Prevención, Seguridad Chihuahua, de FICOSEC, el Instituto Chihuahuense de la Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Pensiones Civiles del Estado, Servicios Médicos de PEMEX, Centro de Atención Médica Municipal de Parral, el Instituto Municipal de Pensiones y los Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana de PROSPERA.

Agradecemos el apoyo brindado al Dr. Ernesto Ávila Valdés, al Dr. Miguel Malo de la OPS, a las maestras Adriana Bouchot Beltrán, Paulina Elizabeth González Orozco, Mónica Chavira, la Lic. María Guadalupe Torres Maldonado. A los psicólogos Bertha Karina Ibarra Quiñones, Elda Perea González, Adriana Iveth Muñiz Armendáriz, Fabiola Elena Soto Chávez, Mariana Vanessa Salcido Gándara, Erika Coss, Enrique Acosta Ramírez, Rebeca Lozoya Gutiérrez, Jaqueline García Castillo, Nayeli Loya Valles, Aldo Núñez Chávez, Angélica María González Sánchez, Jaqueline Aguilar Fernández, Martha Trinidad Vega Núñez, Miguel Ángel Molina Parrilla, Alma Zalena Domínguez Muñoz, Maricarmen Moriel Galván, Nancy Amador, Alejandra Jovanna Chávez Parra, Alejandra Martínez Nevárez y Cindy Paloma Fimbres por su participación en la recolección de la información.

La elaboración de este estudio también se ha beneficiado con la colaboración de las Facultades de Enfermería y Nutrición, Medicina y de Psicología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, la Universidad de Durango campus Chihuahua, el Instituto de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, el Centro Cultural Universitario de Cuauhtémoc, las Escuelas de Enfermería del estado, Las Escuelas de Psicología del estado, la Fiscalía Especializada en Ejecución de Penas, El Centro Estatal de Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia con Participación Ciudadana, La Unidad de Mediación y Convivencia-Psicología de los Servicios Educativos del estado de Chihuahua, la Secretaría de Educación, Cultura y Deporte del Estado de Chihuahua, las Direcciones de Seguridad Pública Municipales del estado; así como diversas Organizaciones de la Sociedad Civil. El soporte técnico fue proporcionado por el Equipo de Evidencia e Investigación de Salud Mental de la OMS en Ginebra.

Consultor del proyecto: Dra. Carolina Jimenez Lira.

Los datos fueron recopilados en el 2017 y están basados en el año 2016.

## Metodología

El Instrumento de Evaluación de Sistemas de Salud Mental consta de 6 secciones, que incluyen: a) Política y legislación; b) sistemas de salud mental; c) atención a la salud mental en primer nivel; d) recursos humanos; e) educación del público y vínculos con otros sectores; y f) monitoreo e investigación. Para obtener la información para completar el instrumento, el proceso de investigación fue el siguiente:

1. Se gestionó un acuerdo de colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud, la Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones y la Fundación Ficosec, A.C. para la realización del proyecto. Se integró un equipo técnico de 18 psicólogos adscritos a cada una de las jurisdicciones sanitarias del estado.
2. Se revisaron los diversos programas, planes, leyes nacionales y estatales de salud y salud mental.
3. Se elaboraron cuestionarios a partir del instrumento original (IESM-OMS) para cada tipo de establecimiento (v.g. hospitales psiquiátricos, dispositivos ambulatorios de salud mental, centros de atención primaria de la salud).
4. Se capacitó al equipo de psicólogos en el uso de los mismos y cada psicólogo se encargó de recopilar los datos de cada uno de las jurisdicciones.
5. Se elaboró una lista de las instituciones que se incluirían en el proyecto, se les contactó e invitó a participar vía oficio. Las instituciones participantes pertenecen a diversos sectores: (a) Salud: Servicios de Salud del estado de Chihuahua, el Instituto Chihuahuense de la Salud, IMSS, ISSSTE, Pensiones Civiles del Estado, Instituto Municipal de Pensiones, Centro de Atención Médica de Parral, DIF; (b) educación: Registro Estatal de Profesiones, Servicios Educativos del Estado de Chihuahua, Universidad Autónoma de Chihuahua, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Universidad de Durango campus Chihuahua, Universidad del Valle de México campus Chihuahua, así como de las diversas escuelas particulares de psicología, trabajo social y enfermería general; (c) justicia: Centro Estatal de Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia con Participación Ciudadana, las Direcciones de Seguridad Pública Municipales, la Fiscalía Especializada en Ejecución de Penas; y (d) organizaciones de la sociedad civil que se dedican a atender personas con problemas de salud mental.

6. Se contactó a los encargados del departamento de estadística de las instituciones de seguridad social que participaron y se les explicó personalmente la información que se requería. Se contactó a los directores de las OSCs y se les solicitó el apoyo de una persona clave que tuviera acceso a la información requerida.
7. Se mantuvo contacto estrecho con cada integrante del equipo técnico así como con los encargados de los departamentos de estadística y las personas clave de cada institución para resolver cualquier duda que surgiera así como para recolectar la información a medida que se generaba e integrar la base de datos.
8. Se informó mensualmente a la Organización Panamericana de la Salud, la Secretaría de Salud y a FICOSEC sobre los avances del proyecto.

## **Resultados de la evaluación**

### **SECCIÓN 1: POLÍTICA Y MARCO LEGISLATIVO**

#### **Política, planes y legislación**

A nivel nacional, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME) es el organismo que dicta las políticas y estrategias a llevarse a cabo en lo referente a salud mental en México. La política nacional y líneas de acción en cuanto a salud mental se encuentran en el Programa de Acción Específico de Salud Mental (PAE 2013-2018). El PAE basa sus estrategias en el Modelo Hidalgo. Está enfocado en la reorganización de los servicios de salud mental, de manera que se amplíe la cantidad de servicios de atención en el primer nivel y en los centros ambulatorios de salud mental. Se busca, además, que las estancias hospitalarias sean breves en unidades de psiquiatría en hospitales generales, para así reducir al mínimo las estancias prolongadas en los hospitales psiquiátricos. El Modelo Hidalgo promueve la reinserción a la sociedad de las personas internadas en hospitales psiquiátricos a través de la puesta en marcha de programas que incluyen: a) Los talleres protegidos en los cuales los usuarios pueden obtener dinero por el trabajo que realicen; b) los bancos de reforzadores, que son tiendas que se encuentran dentro del mismo hospital psiquiátrico en donde los usuarios pueden utilizar el dinero para comprar productos; y c) los paseos terapéuticos que ofrecen a los usuarios la posibilidad de salir del hospital y realizar actividades en la comunidad.

A pesar de que el Modelo Hidalgo contempla las estancias hospitalarias breves de pacientes psiquiátricos en hospitales generales, el estado no cuenta con camas exclusivas para estos pacientes en ninguno de los hospitales públicos o privados. Tampoco se cuenta con casas de medio camino, o centros de día para pacientes psiquiátricos.

A nivel estatal la última revisión de los planes de salud mental la realizó en 2016 la Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones. El Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones (2016) se encuentra plenamente alineado al Programa Específico en Salud Mental y contiene los siguientes componentes: a) Desarrollo de los servicios de salud mental, b) desarrollo de un componente de la salud mental en la atención primaria de la salud, c) recursos humanos, d) participación de usuarios y sus familias, e) defensoría y promoción, f) protección de

los derechos humanos de los usuarios, g) igualdad de acceso a los servicios de salud mental entre los diferentes grupos, h) financiamiento, i) mejora de la calidad y j) un sistema de monitoreo.

En cuanto a planes de salud mental para casos de desastre, a nivel nacional se cuenta con el Programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre publicado en 2002, sin embargo, el estado no cuenta con un plan de salud mental para casos de emergencia.

La legislación en salud mental a nivel nacional, se encuentra plasmada en la Ley General de Salud, además de la Norma Oficial de Prestación de Servicios en Unidades Medico-Psiquiátricas NOM – 025 – SSA2 – 1994 y la Norma Oficial para la prevención, tratamiento y control de adicciones NOM – 028 – SSA2 – 2009. En el estado de Chihuahua, La Ley Estatal de Salud incluye en el título duodécimo sobre Programas de Salud el Capítulo X dedicado al programa de salud mental. Dichas leyes contemplan diversos aspectos que incluyen: a) El acceso a la atención de salud mental, b) derechos de los usuarios, las familias y otros cuidadores en los servicios de salud mental, c) asuntos de competencia, capacidad y tutela para personas con enfermedades mentales, d) tratamiento voluntario e involuntario, e) acreditación de profesionales y servicios, f) aplicación de la ley y otros asuntos del sistema judicial para personas con enfermedades mentales, g) mecanismos para supervisar las prácticas de admisión y tratamiento involuntario, así como h) mecanismos para implementar las disposiciones de la legislación de salud mental.

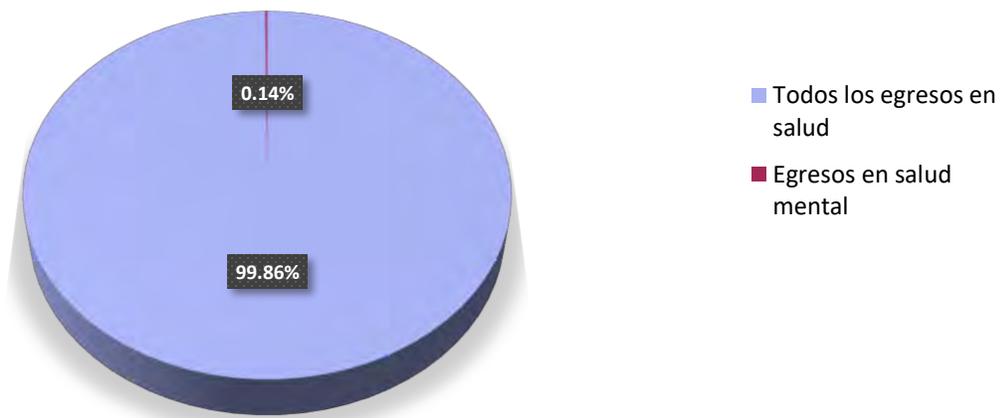
Además, los derechos de personas con trastornos mentales se encuentran estipulados en diversas leyes que procuran, por ejemplo, un beneficio fiscal a los patrones que brinden empleo a personas con discapacidad mental (Ley del ISR) y del trato de personas con trastornos mentales en el sistema penitenciario (Ley de Procedimientos Penales) y protección contra la discriminación de personas con discapacidad mental (Ley de Inclusión de las Personas con Discapacidad).

### **Financiamiento de los servicios de salud mental**

El 0.14% de los egresos en el estado de Chihuahua, en atención de salud por parte de la Secretaría respectiva, están destinados a la salud mental. De esos gastos ejercidos el 14% están dirigidos a hospitales psiquiátricos. En términos de accesibilidad de los servicios de salud mental 78% de la población tiene libre acceso a medicamentos psicotrópicos esenciales. Para aquellos que deben pagar por sus medicamentos, el costo de antipsicóticos es de \$6.90 pesos por día y el de

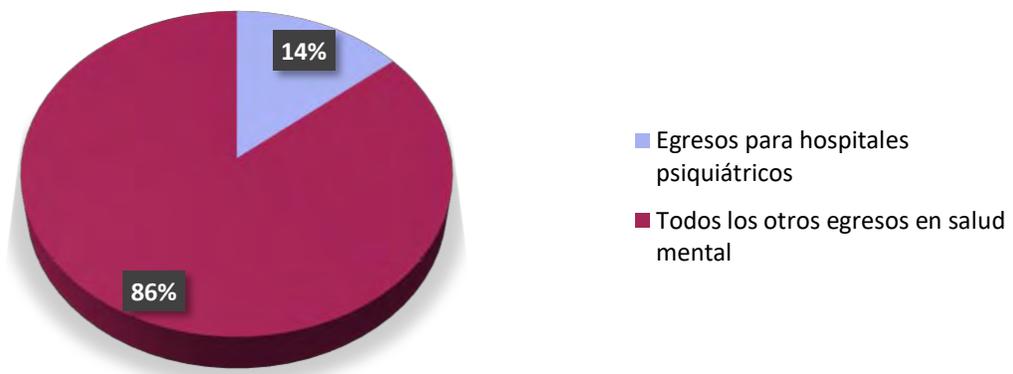
antidepresivos de \$3.54 pesos por día. Están cubiertos todos los trastornos mentales graves y algunos leves en los planes de seguro social. El CAUSES (2016) ofrece atención ambulatoria, de urgencias y hospitalización para los trastornos afectivos, de ansiedad, psicóticos, diagnóstico y tratamiento ambulatorio de epilepsia y crisis convulsivas, así como detección precoz de trastornos de la conducta alimentaria.

**Gráfica 1.1 Gasto en salud para salud mental**



*Gráfica 1.1.* Egresos en hospitales psiquiátricos como una proporción del gasto total de la atención de salud mental.

**Gráfica 1.2. Gasto en salud mental para hospitales psiquiátricos**



*Gráfica 1.2.* El 14% de los gastos en salud mental se destinan a los dos hospitales psiquiátricos.

## **Política sobre derechos humanos**

La Comisión Estatal de los Derechos Humanos es el organismo regional para la vigilancia de los derechos humanos que tiene la autoridad de supervisar e inspeccionar los establecimientos de salud mental, vigilar la admisión involuntaria y procedimientos para dar de alta, así como para vigilar los procesos de investigación de reclamaciones. De acuerdo con los datos recabados, el 0% de los hospitales psiquiátricos en el país recibieron por lo menos una revisión o inspección de los derechos humanos de los pacientes, en tanto que 33% de los establecimientos residenciales comunitarios sí la recibieron.

En términos de capacitación, el 100% de los hospitales psiquiátricos y el 67% de los establecimientos residenciales recibieron u organizaron por lo menos un día de capacitación, reunión u otro tipo de sesión de trabajo sobre derechos humanos en el año de la evaluación.

## **SECCIÓN 2: SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

### **Organización de los servicios de salud mental**

En el estado de Chihuahua la autoridad regional de salud mental que proporciona asesoría al gobierno sobre políticas y legislación de salud mental es la Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones. Dicha Coordinación está involucrada en la planificación, manejo y coordinación del servicio, así como, en la supervisión y evaluación de la calidad de los servicios de salud mental, proporcionados en su mayoría por la Secretaría de Salud y por las diversas instituciones federales, estatales y municipales de seguridad social.

### **Establecimientos de salud mental ambulatorios**

Existen en el estado de Chihuahua 113 establecimientos de salud mental ambulatorios (81% administrados por el la Secretaría de Salud o instituciones de seguridad social). Únicamente el 7% de los establecimientos ambulatorios son exclusivos para niños y adolescentes. Los establecimientos de salud mental ambulatorios brindan atención a 1901 usuarios por cada 100,000 habitantes. De todos los usuarios atendidos en establecimientos de salud mental ambulatorios el 56% son mujeres y el 29% son niños o adolescentes. Los usuarios atendidos en establecimientos

ambulatorios son diagnosticados principalmente con trastornos como: Epilepsia, trastornos mentales orgánicos, conductuales y emocionales cuya aparición ocurre en la primera infancia, trastornos de evolución psicológica (37%) y trastornos del estado de ánimo (29%).

En promedio, la cantidad de contactos por usuario es de 3.34. El 8% de los establecimientos ambulatorios proporcionan atención de seguimiento en la comunidad y el mismo porcentaje de establecimientos tienen equipos móviles de personal de salud mental. En términos de tratamientos disponibles, se contaba con información sobre los establecimientos que proporcionan intervenciones psicosociales en 67% de los establecimientos; de estos, el 100% ofrecen tratamientos psicosociales. El 58% por ciento de los establecimientos de salud mental ambulatorios tenían por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos) disponible en el establecimiento o una farmacia cercana durante todo el año.

### **Establecimientos residenciales comunitarios**

Existen cuatro establecimientos residenciales comunitarios disponibles en el estado. Tres localizados en Ciudad Juárez y uno en el municipio de Chínipas. Estos establecimientos atienden ocho pacientes por cada 100,000 habitantes, siendo el 32% de los pacientes del sexo femenino. En total, estos establecimientos cuentan con 218 camas, ninguna de las cuales están reservadas exclusivamente para niños y adolescentes; sin embargo, se encontró que 1% de los pacientes son menores de edad. En promedio, los pacientes pasan 353 días en establecimientos residenciales comunitarios.

### **Hospitales psiquiátricos**

Se cuenta con 2 hospitales psiquiátricos en el estado los cuales atienden a 45 usuarios por cada 100, 000 habitantes. Cincuenta y tres por ciento de los pacientes son mujeres; estos establecimientos no atienden niños ni adolescentes. Los hospitales psiquiátricos cuentan con un total de 3.77 camas por cada 100,000 habitantes. La cantidad de camas se ha mantenido la misma en los últimos cinco años. El 100% de estos establecimientos están organizacionalmente integrados con establecimientos de salud mental ambulatorios.

Los pacientes admitidos en los hospitales psiquiátricos pertenecen principalmente a los siguientes dos grupos de diagnósticos: Trastornos del estado de ánimo (47%) y esquizofrenia (34%). En promedio, los pacientes pasan 27.76 días en hospitales psiquiátricos. El 97% de los pacientes pasan menos de un año en hospitales psiquiátricos, 2% de 1 a 4 y el 1% más de 10 años. Todos o casi todos los pacientes (81-100%) en hospitales psiquiátricos recibieron una o más intervenciones psicosociales en el último año. El 100% de los hospitales psiquiátricos tenía por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos) disponible en el establecimiento.

### **Establecimientos forenses y otros Establecimientos Residenciales de Salud Mental**

Existen cinco camas para personas con trastornos mentales en una unidad forenses en uno de los hospitales psiquiátricos. En esta unidad el 60% de los pacientes pasaron menos de 1 año y el 40% de 1-4 años.

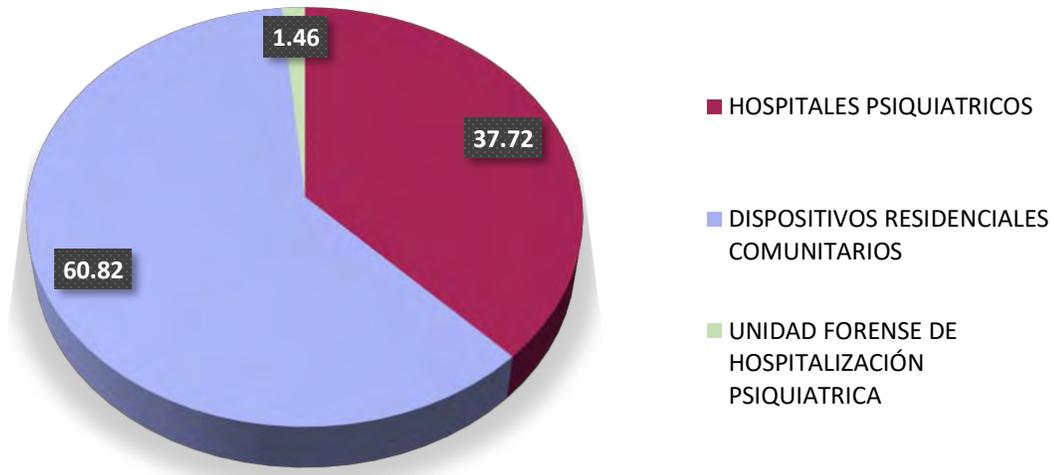
En el Cereso Estatal Número 2 existen 69 celdas reservadas para internos con trastornos mentales. Estas celdas componen el área para internos con necesidades especiales. Los internos de cualquiera de los 10 Centros de Readaptación Social del Estado restantes que requieran atención psiquiátrica son trasladados a esta área, que cuenta con departamento de psicología y psiquiatría y en la cual se les brinda diariamente a los internos la oportunidad de participar en talleres de manualidades y música.

### **Derechos humanos e igualdad**

El cien por ciento de todas las admisiones en los hospitales psiquiátricos son involuntarias. Más del 20% de los pacientes fueron restringidos o aislados en hospitales psiquiátricos. El 39% de las camas de psiquiatría en el país están ubicadas en o cerca de la ciudad más grande. Dicha distribución dificulta el acceso para los usuarios rurales. La desigualdad de acceso a los servicios de salud mental para otros usuarios de minorías (por ejemplo, minorías lingüísticas y/o étnicas) es un problema importante en el estado.

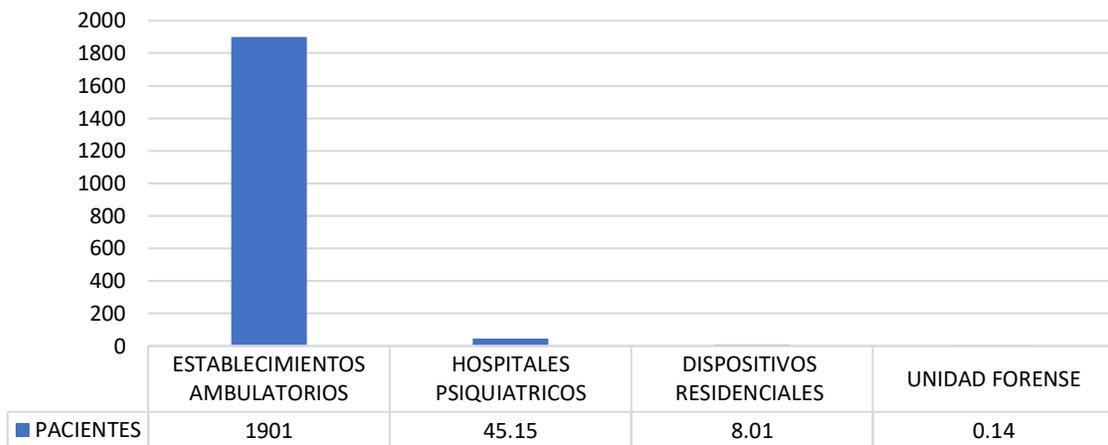
**Cuadros de resumen**

**Gráfica 2.1. Camas en establecimientos de salud mental**



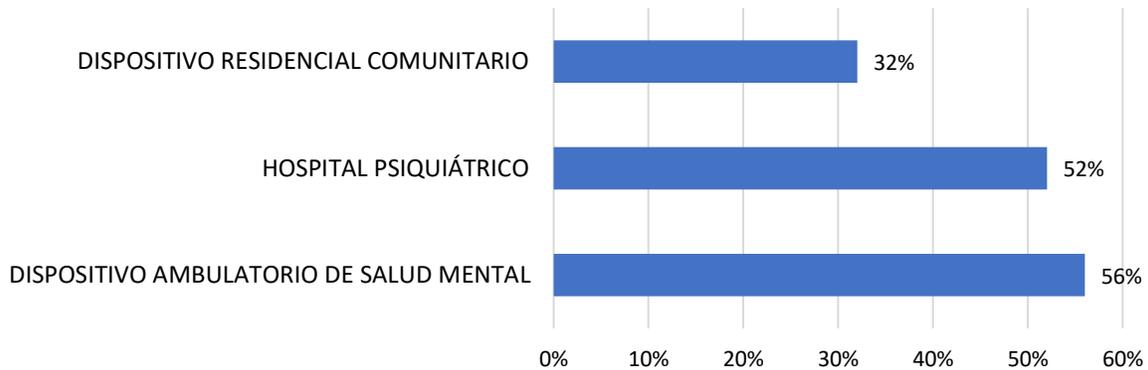
*Gráfica 2.1.* La mayoría de las camas de atención a la salud mental en el estado son proporcionadas por los dispositivos residenciales comunitarios y las camas en hospitales psiquiátricos, mientras que la unidad forense de hospitalización psiquiátrica cuenta con menos del 2% de las camas de atención a salud mental.

**Gráfica 2.2. Pacientes atendidos por establecimiento (tasa por cada 100,000 habitantes)**



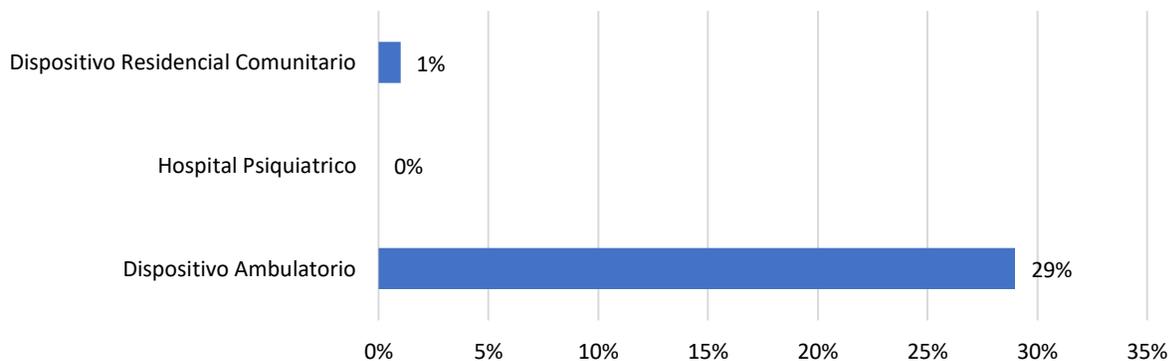
Gráfica 2.2. La mayoría de los usuarios son atendidos en establecimientos ambulatorios y en hospitales psiquiátricos, en tanto que la tasa de usuarios atendidos en dispositivos residenciales y en la unidad forense es menor.

**Gráfica 2.3. Porcentaje de usuarios de sexo femenino atendidos en establecimientos de salud mental**



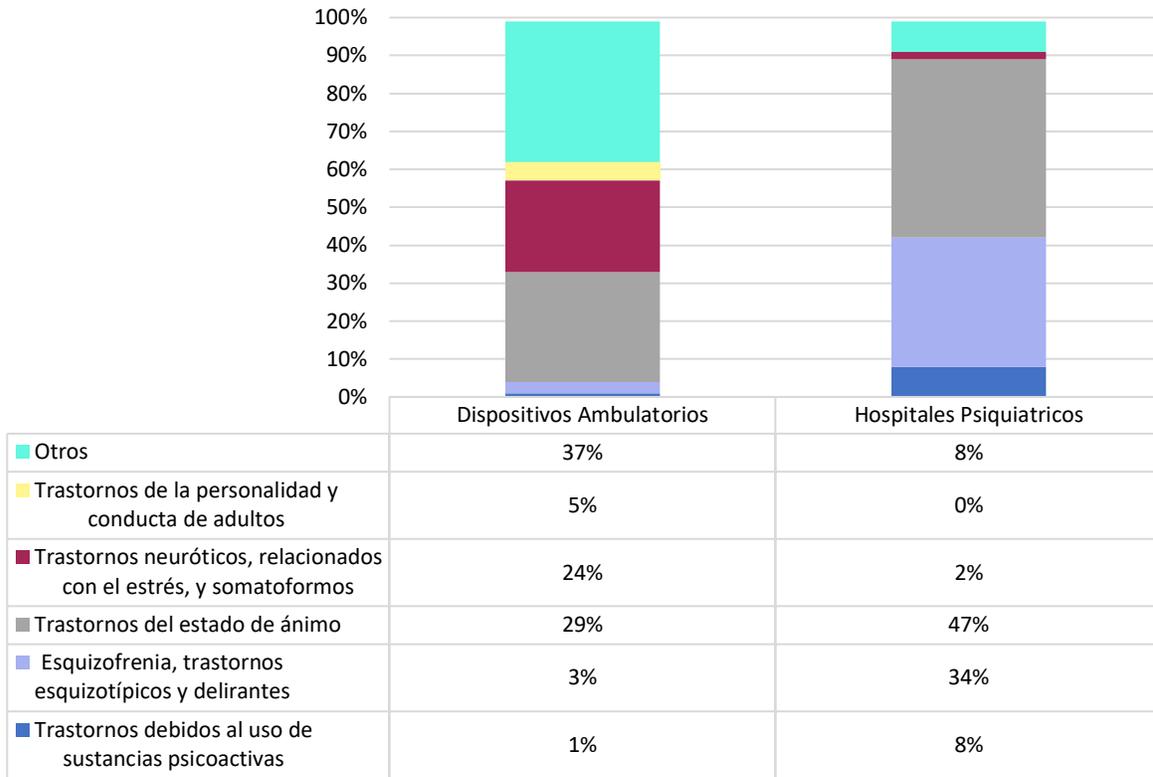
Gráfica 2.3 Los usuarios de sexo femenino representan más del 50% de la población los hospitales psiquiátricos y en los dispositivos ambulatorios de salud mental en el estado. La proporción de usuarios de sexo femenino es menor en los dispositivos residenciales comunitarios.

**Gráfica 2.4 Porcentaje de niños y adolescentes atendidos en establecimientos de salud mental**



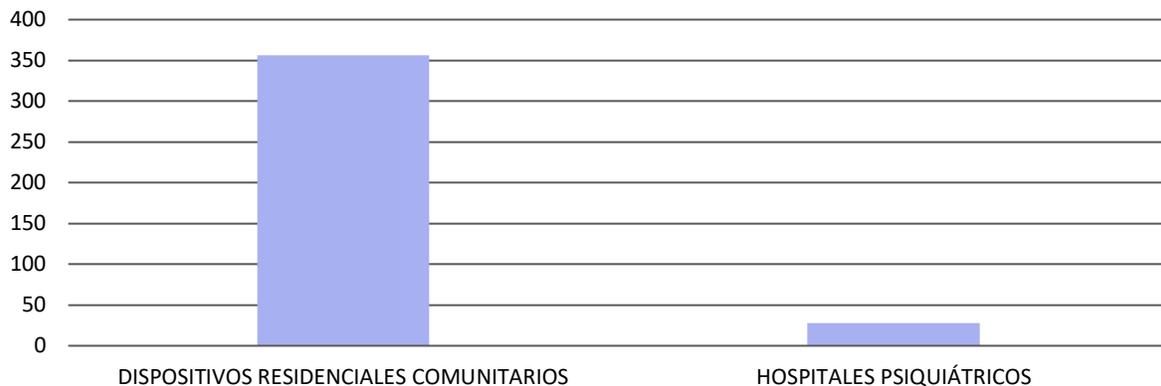
Gráfica 2.4. El porcentaje de usuarios que son niños y/o adolescentes varía significativamente de un establecimiento a otro. La proporción de usuarios que representan los niños es más alta en establecimientos de salud mental ambulatorios, más baja en dispositivos residenciales comunitarios y en los hospitales psiquiátricos se atienden menores de edad.

**Gráfica 2.5. Pacientes atendidos en establecimientos de salud mental según el diagnóstico**



Gráfica 2.5. La distribución de los diagnósticos varía de acuerdo con el establecimiento: En los establecimientos ambulatorios los trastornos incluidos en la categoría de “otros” (epilepsia, trastornos mentales orgánicos, autismo, discapacidad intelectual, trastornos conductuales o emocionales que aparecen en la primera infancia, trastornos de evolución psicológica) y los trastornos del estado de ánimo son más prevalentes, en los hospitales psiquiátricos, diagnósticos trastorno del estado de ánimo y de esquizofrenia son los más frecuentes.

**Gráfica 2.6. Tiempo de estadía en establecimientos para hospitalización (días por año)**



Gráfica 2.6. El promedio de días de estancia en los dispositivos residenciales comunitarios es de 353 días, mientras que en los hospitales psiquiátricos es de 27 días.

### **SECCIÓN 3: SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

#### **Capacitación en atención de salud mental para el personal de atención primaria**

Tres por ciento de la formación para los médicos a nivel licenciatura está dedicada a salud mental, en comparación con un 4% por ciento para los licenciados en enfermería y 4% para personal de atención primaria de salud que no es médico ni enfermero (trabajadores sociales). En términos de programas de actualización, el 4% de los médicos de atención primaria de salud ha recibido por lo menos dos días de capacitación o actualización en salud mental, en tanto que el 0% de los enfermeros y el 0% del personal de atención primaria de salud que no es médico ni enfermero ha recibido dicha capacitación.

#### **Salud mental en la atención primaria de salud**

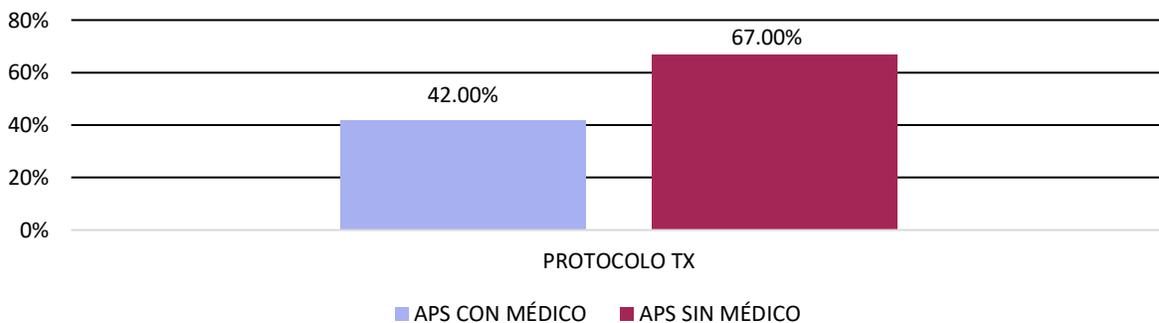
En el estudio se incluyeron 338 centros de atención primaria de salud (APS) que cuentan con un médico, así como 45 que no cuentan tienen. Algunos centros atención primaria de salud que cuentan con un médico (entre 21-50%) tienen disponibles protocolos de evaluación y tratamiento

para condiciones claves de salud mental, en comparación con la mayoría de los centros (51-80%) de atención primaria de salud que no cuentan con un médico.

La información con respecto al número de médicos que realizan por lo menos una referencia al mes a profesionales de la salud mental estuvo disponible para el 83% de los centros de atención primaria. De estos centros, algunos (21% - 50%) de los médicos que laboran en centros de atención primaria de salud realizan en promedio por lo menos una referencia a un profesional de salud mental. Pocos centros de atención primaria de salud que no cuentan con un médico (entre 21% - 50%) realizan una referencia a un nivel de atención más alto (por ejemplo, profesional de salud mental o centro de atención primaria de salud que cuenta con un médico).

Con respecto a la interacción profesional entre el personal de atención primaria de salud y otros proveedores de atención de salud, pocos de los médicos de atención primaria (entre 1-20%) han interactuado con un profesional de salud mental por lo menos una vez durante el último año. El 63% de los centros de atención primaria de la salud que cuentan con un médico contaban con registro de interacciones con profesionales alternativos/complementarios o tradicionales, de estos centros, pocos (entre 1-20%) reportaron haber tenido interacción con un médico complementario o alternativo o tradicional en el año de evaluación; de igual manera, pocos (entre 1-20%) centros que no cuentan con un médico y pocos establecimientos de salud mental (entre 1-20%) reportaron haber tenido interacción con un médico complementario o alternativo o tradicional en el año de evaluación.

**Gráfica 3.2 - Comparación entre atención primaria de salud que cuenta con un médico y atención primaria de salud que no cuenta con un médico**



Gráfica 3.2. Comparación entre atención primaria de salud que cuenta con un médico y atención primaria de salud que no cuenta con un médico

**Nota:** Protocolos Tx = % de centros de APS con protocolos disponibles para condiciones claves de salud mental.

### **Prescripción en la atención primaria de salud**

A los médicos de atención primaria de salud se les permite prescribir medicamentos psicotrópicos con la restricción de que para prescribir medicamentos de la fracción 1 del artículo 226 de la Ley General de Salud (metadona, morfina, petidina, fentanilo, oxicodona, codeína, hidromorfina, alfentanilo, flunitrazepam, remifentanilo, sufentanilo) se requieren recetarios para medicamento controlado expedidos por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. En tanto que a los enfermeros de atención primaria se les permite prescribir solo en casos de urgencia y cuando no se encuentre un médico presente únicamente los siguientes medicamentos: Ácido valproico, carbamezepina, fenitoína, valproato de magnesio (DOF 08/03/2017). Al personal de atención primaria de salud que no es médico ni enfermero no se le permite prescribir medicamentos psicotrópicos.

Con respecto a la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos, la mayoría de los centros de APS que cuentan con un médico (entre 51-80%) tuvieron por lo menos un medicamento psicotrópico de cada categoría terapéutica (antipsicótico, antidepresivo, estabilizador del estado de ánimo, ansiolítico y antiepiléptico) disponible en el establecimiento o en una farmacia cercana durante todo el año, en comparación con ningún centro (0%) en atención primaria de salud que no cuenta con un médico.

## **SECCIÓN 4: RECURSOS HUMANOS**

### **Cantidad de recursos humanos en atención de salud mental**

La cantidad total de recursos humanos que trabaja en establecimientos de salud mental o práctica privada por cada 100,000 habitantes es de 18.47 (gráfica 4.1). El desglose de acuerdo con la profesión es el siguiente: 1.18 psiquiatra, 0.53, otros médicos (no especializados en psiquiatría), 3.77 enfermeros, 9.22 psicólogos, 0.78 trabajadores sociales, 1.24 terapeutas ocupacionales, 1.74 otro profesional de la salud o la salud mental (incluyendo personal auxiliar, personal de atención

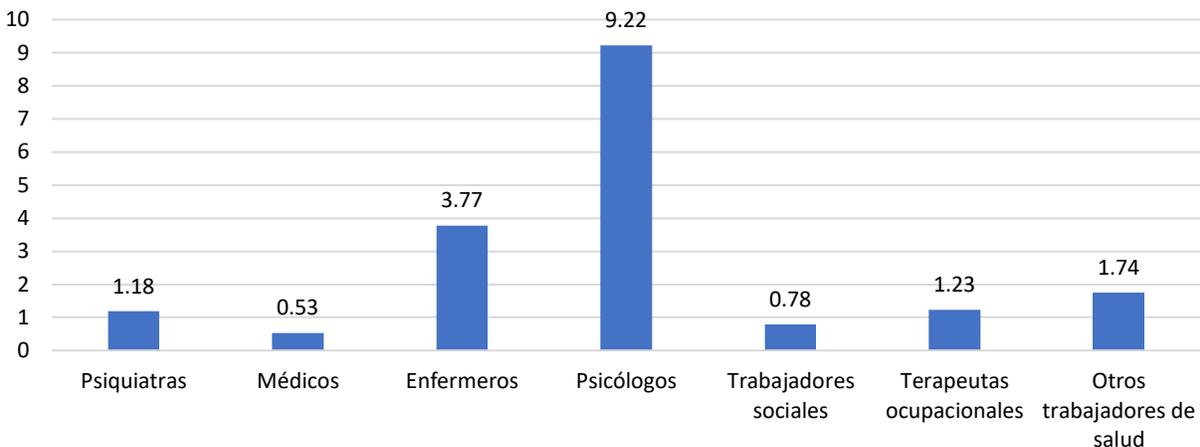
a la salud que no es médico, asistentes médicos, consejeros psicosociales profesionales y paraprofesionales).

El 62% de los psiquiatras trabajan tanto en la práctica privada y para establecimientos de salud mental con fin fines de lucro y en establecimientos de salud mental administrados por el gobierno; el 38% restante trabajan únicamente en establecimientos de gobierno. En contraste, el 80% del personal psicosocial (psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y terapeutas ocupacionales) trabajan para establecimientos de salud mental administrados por el gobierno y el 20% restante trabajan tanto para establecimientos de salud mental administrados por el gobierno y en la práctica privada.

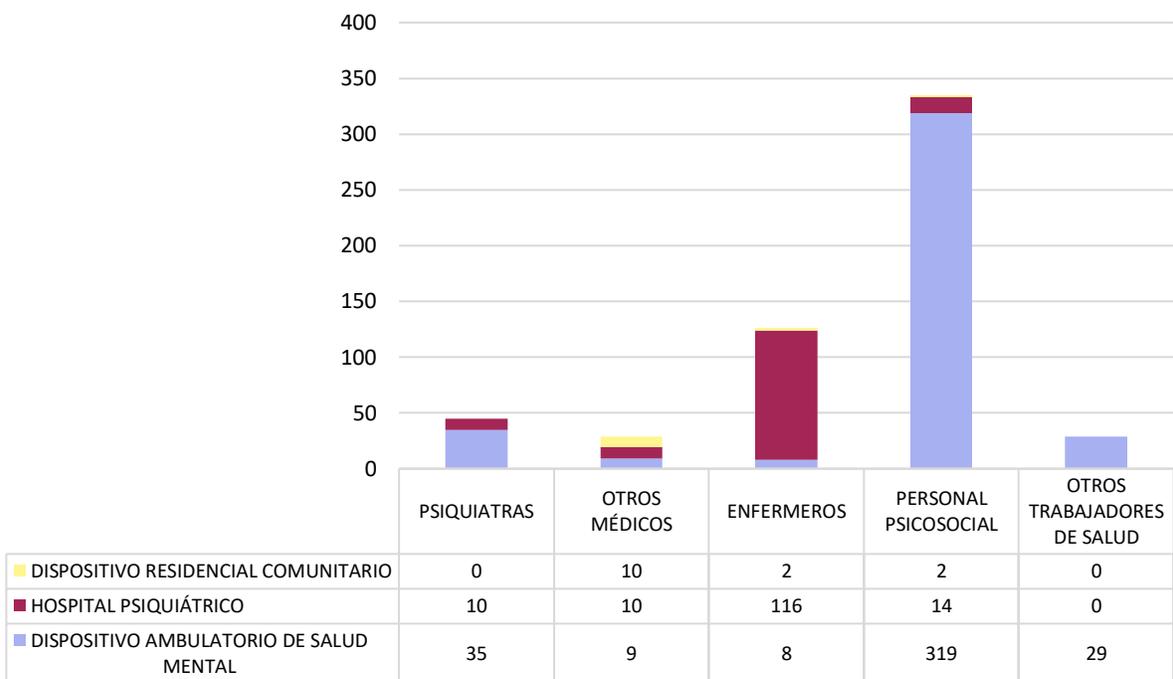
En relación con el lugar de trabajo, 35 psiquiatras trabajan en establecimientos ambulatorios, 10 en hospitales psiquiátricos; 9 médicos no especializados en salud mental trabajan en establecimientos ambulatorios y 10 en hospitales psiquiátricos. En relación con los enfermeros, 8 trabajan en establecimientos ambulatorios y 116 en hospitales psiquiátricos. Trecientos diecinueve psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales en establecimientos ambulatorios y 14 en hospitales psiquiátricos. En relación con otro personal de salud o salud mental 29 trabajan en establecimientos ambulatorios y ninguno en hospitales psiquiátricos (gráfica 4.2).

En términos de dotación de personal en establecimientos de salud mental, existen 0.07 psiquiatras por cama en hospitales psiquiátricos. Con respecto a los enfermeros, existen 0.87 enfermeros por cama en hospitales psiquiátricos. Por último, para otro personal de salud mental (por ejemplo, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, otro personal de salud o salud mental), existen 0.10 por cama en hospitales psiquiátricos (gráfica 4.3). La distribución de los recursos humanos entre áreas urbanas y rurales es desigual 1 psiquiatra en 3 y 1 enfermero en 7 trabaja en o cerca de la ciudad más grande.

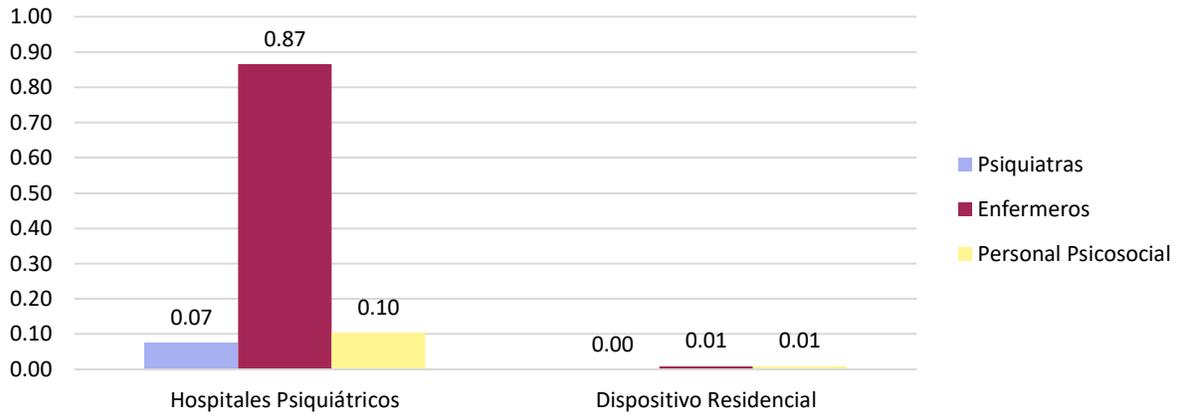
**Gráfica 4.1 - Recursos humanos en salud mental  
(tasa por cada 100,000 habitantes)**



**Gráfica 4.2 - Personal que trabaja en establecimientos de salud mental  
(número de profesionales)**



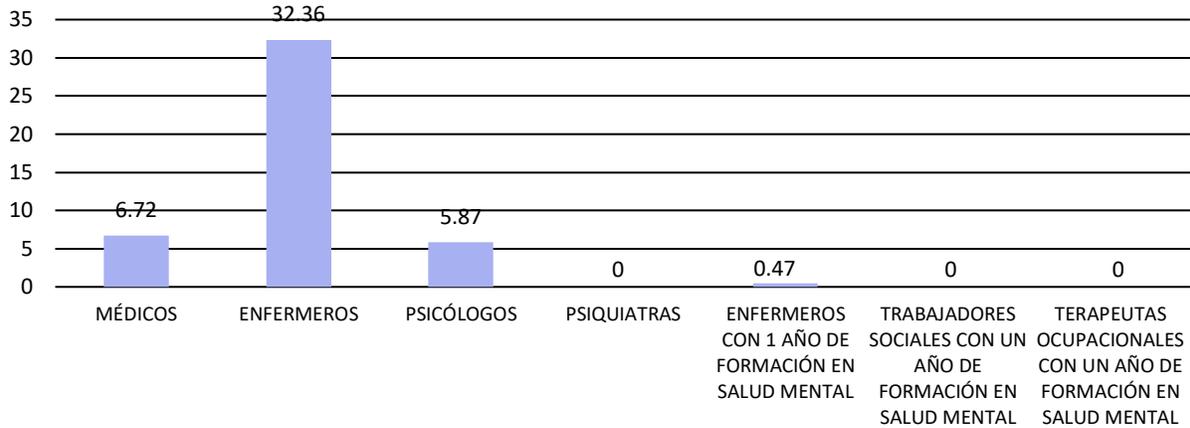
**Gráfico 4.3 - Relación entre recursos humanos y camas**



### **Capacitación de profesionales en salud mental**

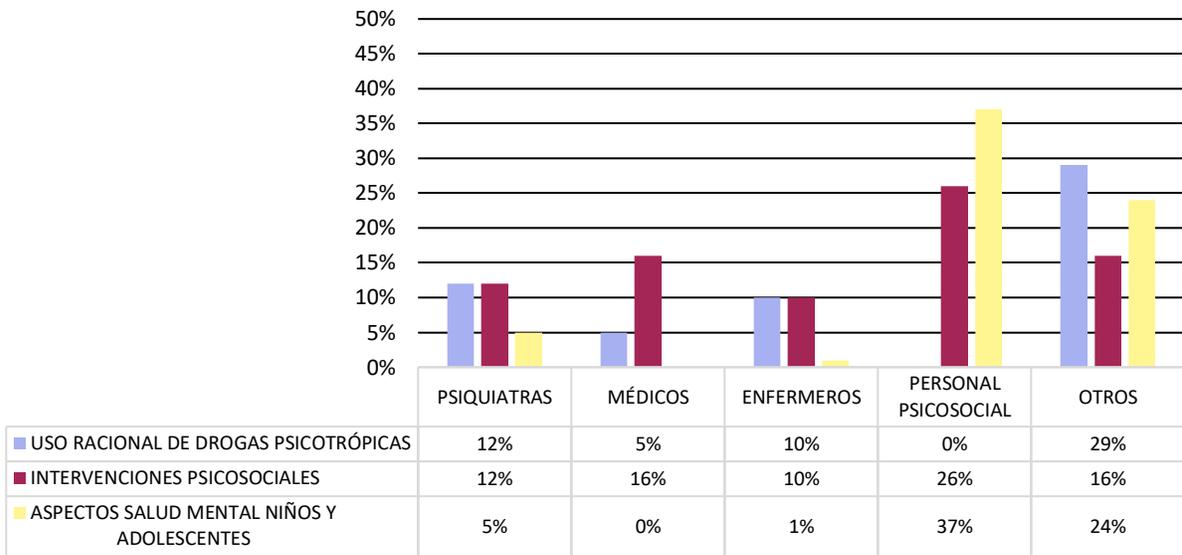
La cantidad de profesionales graduados el último año en instituciones académicas y educativas por cada 100,000 habitantes (gráfica 4.4) es el siguiente: 0 psiquiatras, 6.72 otros médicos (no especializados en psiquiatría), 32.36 enfermeros, 0.47 enfermeros con por lo menos 1 año de capacitación en atención de salud mental, 5.87 psicólogos, 0 trabajadores sociales con por lo menos 1 año de capacitación en atención de salud mental, 0 terapeutas ocupacionales con por lo menos 1 año de capacitación en atención de salud mental, 0 otro personal de salud o salud mental (incluyendo personal auxiliar, personal de atención primaria de salud que no es médico, asistentes de salud, asistentes médicos, consejeros psicosociales profesionales y paraprofesionales).

**Gráfica 4.4 Profesionales graduados en salud mental  
(tasa por cada 100,000 habitantes)**



Gráfica 4.5 Muestra el porcentaje del personal de atención de salud mental con por lo menos dos días de capacitación o actualización en el uso racional de medicamentos, intervenciones psicosociales, salud mental de niños y adolescentes.

**Gráfica 4.5 - Porcentaje del personal de salud mental con 2 días de capacitación**



## **Asociaciones de usuarios y familiares**

Existen 700 usuarios o consumidores que son miembros de asociaciones tanto de usuarios como de miembros de la familia que son miembros de asociaciones de familiares. Estas asociaciones, en su mayoría, se han formado por padres de familia con hijos que presentan trastorno del espectro autista y la misma asociación busca redes de apoyo para ellos. Existe además una asociación que se dedica a impartir talleres de habilidades psicosociales a pacientes con algún trastorno psiquiátrico, así como talleres y grupos de autoayuda para sus familiares. El gobierno no proporciona apoyo económico para asociaciones de usuarios ni de familiares. Todas las asociaciones han estado involucradas en la formulación o implementación de políticas, planes o legislación sobre salud mental en los últimos dos años. Sin embargo, son pocos (1-20%) los establecimientos de salud mental que interactúan con asociaciones de usuarios y de familias.

## **SECCIÓN 5: EDUCACIÓN DEL PÚBLICO Y VÍNCULOS CON OTROS SECTORES**

### **Campañas de educación y concienciación a la población sobre salud mental**

En Chihuahua existe un organismo de coordinación para supervisar las campañas de educación y concienciación a la población sobre salud mental y trastornos mentales. En el estado, tanto organizaciones de la sociedad civil (por ejemplo, PROVIRAC, Lazos de Amor A.C.), asociaciones de profesionistas (por ejemplo el Colegio de Psicólogos del Estado), Fundaciones Privadas (Fundación del Empresariado Chihuahuense a través de las diversas OSCs que apoya), así como agencias internacionales (OPS) han promovido campañas de educación y concienciación al público en los últimos cinco años. Estas campañas han estado dirigidas a los siguientes grupos: La población, niños, adolescentes, mujeres, sobrevivientes de trauma.

Además, han habido campañas de educación y concienciación dirigidas a grupos profesionales incluyendo médicos de primer nivel (MHGap) maestros (por ejemplo el programa de detección de problemas neurológicos en población del Hospital Infantil de Especialidades de la Ciudad de Chihuahua) y otros grupos de profesionales (por ejemplo, para Licenciados en Derecho del Supremo Tribunal de Justicia del Estado).

## **Disposiciones legislativas y financieras para personas con trastornos mentales**

Existen las siguientes disposiciones legislativas y financieras para proteger y brindar apoyo a los usuarios: Las disposiciones legislativas con respecto a la prevención de la discriminación se encuentran en la Ley General de Inclusión para Personas con Discapacidad. Esta misma ley incluye en el artículo 18 las disposiciones legislativas con respecto a la puesta en marcha de programas para la obtención de viviendas dignas para personas con discapacidad mental; el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) es un organismo que actualmente cuenta con este tipo de programa. Todas estas disposiciones están implementadas. Además, la ley del Impuesto sobre la Renta (ISR) otorga estímulos fiscales a los patrones que contraten personal con discapacidad ya sea física o mental, sin embargo, no constituye en sí una obligación legal.

## **Vínculos con otros sectores**

Además del apoyo legislativo y financiero, existen colaboraciones formales con los departamentos o agencias responsables de atención primaria de la salud, VIH / SIDA, Salud Reproductiva, Salud del Niño y del Adolescente, Abuso de Sustancias, Protección del Infante, Educación, Seguridad Social, Justicia Criminal, Adulto Mayor, otros departamentos o agencias (por ejemplo, Mujeres por Ojinaga, Programa de Atención al Migrante).

En términos de apoyo a la salud del niño y adolescente, el 12% de escuelas primarias y secundarias tienen un profesional de salud mental a medio tiempo o a tiempo completo. En algunas (21% -50%) escuelas primarias y secundarias realizan actividades para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales. Estas actividades consisten en talleres impartidos por personal de la Secretaría de Salud y por la Unidad de Mediación y Convivencia-Psicología de Servicios Educativos del Estado y por parte de personal del Centro Estatal de Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia con Participación Ciudadana; ejemplos de los talleres impartidos son: Acoso Escolar y Violencia Sexual. Además de los talleres, tanto los psicólogos de la Secretaría de Salud como la Unidad de Mediación y Convivencia-Psicología canalizan a los alumnos que lo requieran al servicio de psicología ofrecido por ambas instancias. El 20% de las escuelas primarias y secundarias federales y estatales cuentan con Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación

Regular. Las unidades USAER están conformadas por equipos multidisciplinarios que incluyen licenciados en psicología y educación especial. El objetivo de USAER es atender a los alumnos con necesidades educativas especiales.

En el sistema penitenciario estatal el porcentaje de presos con psicosis es de menos del 2%, al igual que el porcentaje correspondiente para retardo mental. En relación con las actividades de salud mental en el sistema de justicia penal todos, o casi todos, los Centros de Readaptación Social tienen por lo menos un preso por mes en contacto de tratamiento con un profesional de salud mental.

Con respecto a la capacitación de miembros de la policía pocos (1% - 20%) miembros han participado en actividades educativas sobre salud mental en los últimos cinco años.<sup>1</sup> Algunos ejemplos de capacitaciones en las cuales ha participado la policía municipal son: Prevención del abuso sexual infantil, prevención de la violencia hacia la mujer, acoso escolar, violencia familiar y valores. De igual manera, son pocos (1% - 20%) los jueces y abogados que han participado en este tipo de actividades.

En términos de apoyo financiero, ninguno de los establecimientos de salud mental tienen acceso a programas de oferta de empleo externo (fuera del establecimiento de salud mental) para los usuarios que padecen trastornos mentales graves. Sin embargo, si existe en Chihuahua una bolsa de trabajo para personas con discapacidad física y mental que se maneja a través de la Dirección de Grupos Vulnerables y Prevención a la Discriminación de la Secretaría de Desarrollo Social en donde se pone en contacto a los usuarios con sus posibles empleadores.

Por último, el 1% de personas que dispusieron de beneficios de asistencia social, los recibieron debido a que padecen una discapacidad mental.

---

<sup>1</sup> No fue posible obtener información de las Direcciones de Seguridad Pública de los siguientes Municipios: El Tule, Guazapares, Huejotitán, Maguarichi, Morelos, Moris, Nonoava y Praxedis G. Guerrero.

## SECCIÓN 6: MONITOREO E INVESTIGACIÓN

En Chihuahua existe una lista formalmente definida de ítems de datos individuales que deben ser recopilados por todos los establecimientos de salud mental. Según se muestra en la tabla 6.1, la medida de la recopilación de datos es variable entre los establecimientos de salud mental.

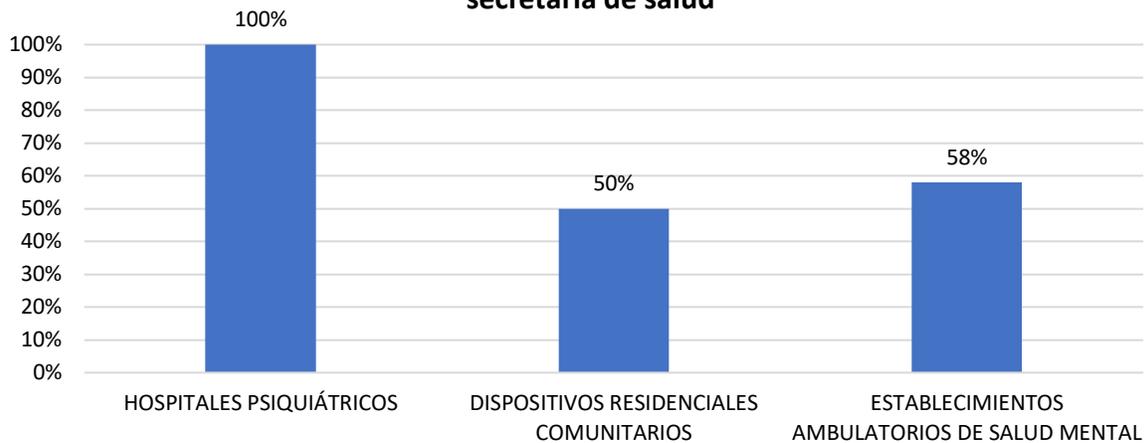
La Secretaría de Salud obtuvo datos de 100% hospitales psiquiátricos y 58% establecimientos de salud mental ambulatorios (gráfico 6.1). Basándose en estos datos se publicó un informe que incluía comentarios.

En términos de investigación, 10% de todas las publicaciones de salud en el estado fueron sobre salud mental, enfocadas en estudios epidemiológicos con muestras clínicas, epidemiológicos con muestras de la comunidad, estudios no epidemiológicos/cuestionarios de evaluación de la salud mental.

Tabla 6.1 - *Porcentaje de establecimientos de salud mental que recopilan y compilan datos según el tipo de información.*

	HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS	DISPOSITIVOS RESIDENCIALES COMUNITARIOS	ESTABLECIMIENTOS AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL
Número de camas	100%	100%	-----
Número de admisiones, de pacientes atendidos en establecimientos ambulatorios	100%	100%	83%
Número de días transcurridos o contactos en establecimientos ambulatorios	100%	100%	83%
Número de admisiones involuntarias	100%	-----	-----
Número de usuarios restringidos	100%	-----	-----
Diagnósticos	100%	50%	81%

**Gráfica 6.1 - Porcentaje de establecimientos que transmiten datos a secretaría de salud**



## **ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES**

### **Fortalezas**

1. Se cuenta con una amplia red de dispositivos de salud mental ambulatorios.
2. La política estatal en salud mental está encaminada a la ampliación de los servicios de salud mental en la comunidad, con un enfoque en la equidad de género y protección de los derechos humanos de los pacientes y los usuarios. La política incluye un componente de desarrollo de recursos humanos altamente capacitados para atender las necesidades de la población. Además, se plantea que los modelos y líneas de acción sean diseñados en base a evidencia científica.
3. Se le ha dado un adecuado seguimiento a las metas nacionales y estatales, cumpliéndose con los objetivos en cuanto a las campañas de información y talleres proporcionados a la población, en especial a aquellas en situación de vulnerabilidad y la atención a través de consultas en salud mental.
4. El sistema penitenciario cuenta con el área para internos con necesidades educativas especiales y además en todos los Centros de Readaptación Social del Estado se refiere al menos a un interno al mes a consulta de salud mental.

5. Se cuenta con medicamento psicotrópico suficiente en el 100% de los hospitales psiquiátricos y en más del 50% de los establecimientos ambulatorios de salud mental.

### **Debilidades**

1. No existe atención a la salud mental de niños y adolescentes ni en los hospitales psiquiátricos ni en los dispositivos residenciales comunitarios.
2. No se localizaron camas de psiquiatría en ningún hospital general del estado. Esta falta de camas para hospitalizaciones breves ocasiona que quienes las requieran deban ser atendidos en los hospitales psiquiátricos, ocupando camas que pudieran ser destinadas para la atención de usuarios que requieran intervenciones prolongadas.
3. El presupuesto asignado a salud mental se encuentra muy por debajo de la media nacional (2%).
4. Los dispositivos residenciales comunitarios presentan una sobrepoblación de usuarios.
5. La Secretaría de Salud no recibe información del 100% los centros de salud mental ambulatoria o de los dispositivos residenciales comunitarios.
6. Existe poca actualización en temas de salud mental entre el personal tanto de primer nivel como de salud mental.
7. No todos los centros de atención primaria de la salud cuentan con medicamento psicotrópico suficiente durante todo el año. Tampoco existen protocolos de evaluación y tratamiento de los principales trastornos de salud mental en el 100% de los centros de atención primaria de la salud.
8. Pocas escuelas primarias y secundarias cuentan con personal de salud mental y los talleres resultan insuficientes para la población.
9. No existe una legislación específica de salud mental.

### **DESAFÍOS A PARTIR DE LA EVALUACIÓN**

1. Incrementar el número de servicios de salud mental disponibles para niños y adolescentes.
2. Ofrecer mayor cantidad de y fortalecer los servicios de salud mental fuera de Ciudad Juárez y Chihuahua capital.

3. Incrementar el número de profesionales de la salud y la salud mental capacitados en temas de psiquiatría y salud mental.
4. Fortalecer los vínculos de colaboración entre Secretaría de Salud y las asociaciones de usuarios y familiares, así como con las diversas instituciones de seguridad social e implementar programas conjuntos de capacitación y actualización del personal.
5. Implementar una estrategia que permita la disponibilidad de camas de psiquiatría en hospitales generales para hospitalizaciones breves.
6. Incrementar el número de centros de atención primaria de la salud que cuenten con medicamentos psicotrópicos esenciales durante todo el año.
7. Incrementar el número de centros de atención primaria de la salud que cuenten con protocolos de evaluación y tratamiento de los principales trastornos de salud mental.
8. Incrementar la disponibilidad de servicios de salud mental en las escuelas de educación básica.
9. Establecer un sistema de recolección de información que permita a la Secretaria de Salud conocer y analizar el funcionamiento de establecimientos tales como los dispositivos residenciales comunitarios.

## **DISEMINACIÓN**

La información resultante de la presente evaluación se presentará a las autoridades de la Organización Panamericana de la Salud, la Secretaría de Salud y a los actores principales.

## Referencias

- Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo del Sector Salud (2016). *Cuadro básico y catálogo de medicamentos*.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Catálogo universal de servicios de salud* (CAUSES 2016).
- Consejo Nacional de Salud Mental. *Programa de Acción Específico Salud Mental (2013-2018)*.
- Gobierno del Estado de Chihuahua. *Plan Estatal de Desarrollo (2017-2021)*.
- Hernández A.A., & Grineski, S.E. (2012). Disrupted by violence: Children's well-being and families' economic, social, and cultural capital in Ciudad Juárez, México. *Revista Panamericana de salud pública*, núm. 31, 373-379.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Censo de población y vivienda 2010*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Encuesta intercensal*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Anuario estadístico y geográfico de Chihuahua*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). *Panorama sociodemográfico de Chihuahua 2015*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. Datos Nacionales.
- Leiner, M., Villanos, M.T., Puertas, H., Peinado, J., Ávila, C., & Dwivedi, A. (2015). The emotional and behavioral problems of children exposed to poverty and/or collective violence in communities at the Mexico-United States Border: A comparative study. *Salud Mental*, 38, 95-102.
- Ley de Ejecución de Penas y Medidas Judiciales (07 de mayo de 2011). Última reforma, *Periódico oficial del estado de Chihuahua*.
- Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos (11 de junio de 2014). Última reforma, *Periódico oficial del estado de Chihuahua*.
- Ley del Impuesto Sobre la Renta (30 de noviembre de 2016). Última reforma, *Diario Oficial de la Federación*. México.
- Ley Estatal de Atención a las Adicciones (26 de septiembre de 2012). Última reforma, *Periódico oficial del estado de Chihuahua*.
- Ley Estatal de Salud (17 de abril de 2013). Última reforma, *Periódico oficial del estado de*

*Chihuahua.*

Ley General de Inclusión para Personas con Discapacidad (30 de mayo de 2011). *Diario oficial de la federación*. México.

Ley General de Salud (27 de enero de 2017). Última reforma, *Diario oficial de la federación*, México.

Ley General para el Control del Tabaco (06 de enero de 2010). Última reforma, *Diario oficial de la federación*. México.

Ley para la Atención de las Personas con Discapacidad en el Estado de Chihuahua (08 de agosto de 2015). Última reforma, *Periódico oficial del estado de Chihuahua*.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994. *Para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica*.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. *Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*.

Organización Panamericana de la Salud. *Informe de Evaluación de los Servicios de Salud Mental, México, 2008*.

Secretaría de Salud. Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones. *Programa de Acción Específico Salud Mental y Adicciones (2016-2021)*.

Secretaría de Salud. *Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre, 2001-2006*.

Secretaría de Salud. Dirección Estatal de Planeación, Evaluación y Desarrollo. *Programa Sectorial de Salud 2011-2016*.

Secretaría de Trabajo y Previsión Social, Subsecretaría de Empleo y Productividad Laboral Chihuahua (2017). *Información Laboral*.

Servicios Educativos del Estado de Chihuahua. *Estadísticas de Inicio 2015-2016*.

# **INFORME SOBRE EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES EN EL ESTADO DE CHIHUAHUA**

(Instrumento para Localizar Servicios de Tratamiento para el Uso de Sustancias  
WHO-SAIMS. SALUD MENTAL: DEPARTAMENTO DE EVIDENCIA E INVESTIGACIÓN DE SALUD  
MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, GINEBRA)

## Resumen ejecutivo

El Instrumento para Localizar Servicios de Abuso de Sustancias (WHO-SAIMS por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud, se usó para recopilar información sobre el sistema de atención a las adicciones en el estado de Chihuahua. El objetivo de recopilar esta información es mejorar el sistema de atención a las adicciones y proporcionar una línea base para monitorear el cambio. Esto permitirá al estado de Chihuahua elaborar planes de prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones basados en información con datos de la línea base y objetivos definidos. También resultará beneficioso monitorear el progreso en la implementación de políticas de reforma al proporcionar servicios comunitarios e involucrar a los usuarios, familias y otras partes interesadas a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de las adicciones.

El estado de Chihuahua se rige por la política y metas nacionales estipuladas en el Programa de Acción Específico de Prevención y Atención Integral de las Adicciones (2013-2018). Las políticas, planes y metas nacionales en materia de adicciones están alineadas a las metas nacionales de desarrollo y del sector salud, así mismo, con las políticas en salud pública de la Organización Mundial de la Salud.

Entre las metas planteadas en el Programa de Acción Específico se encuentran: La prevención de las adicciones a través de la puesta en marcha de campañas de concientización acerca del abuso y dependencia a sustancias psicoactivas; la detección oportuna de problemática en materia de adicciones a través de la aplicación de instrumentos de tamizaje a la población de entre 12 y 17 años; acrecentar el número de unidades de primer nivel que realicen acciones de atención a las adicciones; incrementar la capacitación a los recursos humanos en materia de adicciones.

La Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones es el organismo de la Secretaría de Salud encargado de implementar, supervisar y dar seguimiento a los planes y políticas en materia de adicciones. Esta coordinación presentó en 2016 su Programa de Acción Específico Salud Mental y Adicciones (2016-2021), el cual refleja las metas nacionales en el estado.

En lo referente a legislación sobre adicciones existe la Ley Estatal de Atención a las Adicciones; además, Chihuahua es uno de los cuatro primeros estados de la república mexicana en donde se implementó el programa de Tribunales de Tratamiento de las Adicciones (TTA). El programa de los Tribunales de Tratamiento de las Adicciones pretende que quienes hayan

cometido delitos considerados no graves -bajo el influjo de alguna sustancia psicoactiva- se rehabiliten, en lugar de cumplir una condena privativa de la libertad. En materia de derechos humanos de los usuarios, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos vigila y supervisa los procedimientos en establecimientos residenciales especializados en atención de las adicciones. Los resultados de la presente evaluación muestran que más del 70% de los establecimientos residenciales especializados en atención a las adicciones realizan capacitaciones para el personal en materia de derechos humanos.

En el estado de Chihuahua, el 0.05% de los gastos en atención de salud por parte de la Secretaría de Salud están dirigidos a la atención de las adicciones. El 78% de la población tiene libre acceso (por lo menos 80%) a medicamentos psicotrópicos esenciales. Sin embargo, la lista de medicamentos esenciales no incluye medicamentos antidipsotrópicos, ni disulfiram. Todos los trastornos por consumo de sustancias en su fase aguda están cubiertos en el catálogo Universal de Servicios de Salud 2016.

En el estado existen 11 establecimientos ambulatorios de atención a las adicciones que brindaron atención a 236 usuarios por cada 100,000 habitantes de la población general. La cantidad promedio de contactos por usuario fue de 4.08. Los usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios son diagnosticados principalmente con trastornos mentales y del comportamiento por consumo de alcohol y por consumo de cannabinoides. Los centros ambulatorios son los que atienden a la mayoría de la población de menores de edad (56%).

Los 59 establecimientos especializados para el tratamiento de las adicciones localizados en el estado cuentan con un total de 74.26 camas por cada 100,000 habitantes de las cuales el 20% están reservadas solo para niños y adolescentes. Los centros residenciales especializados para el tratamiento de las adicciones, brindan servicio a 216 usuarios por cada 100,000 habitantes, siendo notorio el disminuido porcentaje de mujeres que se atienden en estos centros (8%). Los pacientes admitidos en estos establecimientos en su mayoría presentan trastornos debido al consumo de múltiples drogas o sustancias psicotrópicas, así como trastornos por el alcohol. Los tiempos de tratamiento en estos centros varían de entre tres y seis meses, sin embargo, en promedio los usuarios pasan dos meses y medio en el establecimiento.

Más del 70% de los establecimientos especializados para el tratamiento de las adicciones, están localizados en Ciudad Juárez y Chihuahua capital, por lo que se dificulta la atención a usuarios de comunidades apartadas. Este dato merece consideración si se toma en cuenta el

hallazgo de que el eje principal de atención a las adicciones está en los centros residenciales especializados de atención a las adicciones. De igual manera se hace notar que únicamente el 8% de estos establecimientos cuentan con medicamentos psicotrópicos esenciales durante todo el año y que existe una tasa muy baja de profesionistas por cama; por ejemplo, la tasa de psiquiatras por cama es de 0.008 y de enfermeros es de 0.02.

El estado cuenta con una unidad de hospitalización para el tratamiento de las adicciones con un total de veintisiete camas, de las cuales, solo seis están reservadas para niños y adolescentes. En 2016 la unidad brindó servicio a 3.23 pacientes por cada 100'000 habitantes, la mitad de quienes fueron ingresados por trastorno por consumo de opioides. Existen también dos centros diurnos de atención a las adicciones; estos centros brindan atención médica y psicológica a los usuarios, así como diversas actividades en las cuales los usuarios pueden participar durante medio o todo el día. La población atendida por los dispositivos diurnos es de 8.11 personas por cada 100'000 habitantes.

Existen en el estado 338 centros de atención primaria de salud (APS) que cuentan con un médico, así como 45 centros de APS que no cuentan con médico. Una de las metas nacionales en cuestión de adicciones es lograr mayor número de atenciones a las adicciones en unidades de primer nivel; sin embargo, los resultados del presente estudio muestran que solo algunos (21-50%) centros de atención primaria de la salud que cuentan con: Médico, protocolos de evaluación y tratamiento, disponibles para condiciones claves de trastornos por consumo de sustancias, a diferencia de aquellos centros que no cuentan con médico y que reportaron tener estos protocolos disponibles. En términos de programas de actualización, únicamente el 4% de médicos de atención primaria en salud han recibido por lo menos dos días de actualización en salud mental, en tanto que 0% de enfermeros y 0% de personal de atención primaria de la salud que no es médico, ni enfermero, ha recibido dicha actualización.

## INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas a nivel internacional, es una problemática cada vez más frecuente que ha causado grandes estragos en la población. No solo por los efectos en la salud de quien las consume, sino por la violencia que se ha visto incrementada a causa de luchas entre cárteles de las drogas y el combate al narcotráfico por parte de las autoridades. Esta violencia, genera cambios en la estabilidad económica y en el aspecto emocional de las personas que residen en poblaciones con altos índices de criminalidad y violencia, asociados al narcotráfico.

Las adicciones son una problemática fuerte a nivel nacional. Por ejemplo, de acuerdo a la encuesta Nacional de Adicciones (2011), el número de personas con problema de adicción a alguna sustancia psicotrópica fue de 550'000. Un aspecto preocupante es que la edad de inicio de consumo de sustancias psicotrópicas es cada vez menor. De acuerdo a la encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Adolescentes (2014), muestra que se inicia a nivel primaria. Los resultados son preocupantes ya que el 2.3% de los menores de quinto y sexto año han probado alguna droga ilícita y el 16.9% alcohol. Específicamente en Ciudad Juárez el porcentaje de niños de primaria que han probado alguna droga es superior a la media nacional (3.4%), al igual que el consumo de tabaco en primaria -8.5% de los niños lo han consumido, siendo este porcentaje significativamente superior a la media nacional (6.5%)-. El consumo de drogas se incrementa en secundaria y preparatoria. En el estado de Chihuahua se encontró que el 19.8% de los adolescentes que cursan secundaria y preparatoria han consumido drogas ilícitas, siendo este porcentaje superior a la media nacional (17.5%). Entre los consumidores, la droga de mayor prevalencia es la marihuana, con una media nacional de 10.6%. Por esta razón resulta prioritario la implementación de acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de las adicciones sobre todo para las poblaciones vulnerables. También se hace indispensable el monitoreo de la operación de los centros que brindan atención a las personas con problemas de adicciones.

El estado de Chihuahua cuenta desde 2007 con el modelo de atención ambulatoria de los Centros de Atención Primaria a las Adicciones. Acorde con lo establecido en el Programa de Acción Específico para la Prevención y el Tratamiento Integral de las Adicciones (2013-2018), estos centros realizan campañas de prevención, tamizajes para la detección oportuna y atención especializada a los usuarios y sus familiares. Se cuenta además con 59 centros residenciales

especializados para la atención a las adicciones, una unidad de hospitalización y dos dispositivos diurnos.

## Reconocimientos

La preparación de este estudio no hubiera sido posible sin la colaboración de la Secretaría de Salud del estado de Chihuahua, la Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones, el Observatorio Ciudadano de Prevención, Seguridad y Justicia Chihuahua, de FICOSEC, el Instituto Chihuahuense de la Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Pensiones Civiles del Estado, Servicios Médicos de PEMEX, Centro de Atención Médica de Parral, el Instituto Municipal de Pensiones, así como el apoyo de los Centros de Integración Juvenil de Chihuahua y Ciudad Juárez y otros centros de rehabilitación que amablemente colaboraron con el proyecto.

Agradecemos el apoyo brindado al Dr. Ernesto Ávila Valdés, Secretario de Salud del estado de Chihuahua. A las maestras Adriana Bouchot Beltrán, Paulina Elizabeth González Orozco, Mónica Chavira, la Lic. María Guadalupe Torres Maldonado, a los psicólogos Bertha Karina Ibarra Quiñones, Elda Perea González, Adriana Iveth Muñiz Armendáriz, Fabiola Elena Soto Chávez, Mariana Vanessa Salcido Gándara, Erika Coss, Enrique Acosta Ramírez, Rebeca Lozoya Gutiérrez, Jaqueline García Castillo, Nayeli Loya Valles, Aldo Núñez Chávez, Angélica María González Sánchez, Jaqueline Aguilar Fernández, Martha Trinidad Vega Núñez, Miguel Ángel Molina Parrilla, Alma Zalena Domínguez Muñoz, Maricarmen Moriel Galván, Nancy Amador, Alejandra Jovanna Chávez Parra, Alejandra Martínez Nevárez y Cindy Paloma

El soporte técnico fue proporcionado por el equipo de Evidencia e Investigación de Salud Mental de la OMS en Ginebra.

Consultor del proyecto: Dra. Carolina Jimenez Lira.

Los datos fueron recopilados en el 2017 y están basados en el año 2016.

## Metodología

El Instrumento para Localizar Servicios de Abuso de Sustancias (WHO-SAIMS por sus siglas en inglés) consta de 4 secciones que incluyen: a) Política y legislación; b) sistemas de salud mental; c) atención a la salud mental en primer nivel; d) recursos humanos. Para obtener la información y completar el instrumento, el proceso de investigación fue el siguiente:

9. Se gestionó un acuerdo de colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud, la Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones, de la Secretaría de Salud y la Fundación Ficosec, A.C., para la realización del proyecto. Se integró un equipo técnico de 18 psicólogos adscritos a cada una de las jurisdicciones sanitarias del estado y a FICOSEC.
10. Se revisaron los diversos programas, planes, leyes nacionales y estatales de salud y atención a las adicciones.
11. Se elaboraron cuestionarios a partir del instrumento original (WHO-SAIMS) para cada tipo de establecimiento (v.g. dispositivos ambulatorios de salud mental, centros de atención primaria de la salud, centros residenciales especializados en el manejo de adicciones, centros ambulatorios de atención a las adicciones y centros diurnos).
12. Se capacitó al equipo de psicólogos en la aplicación de los cuestionarios. Cada psicólogo se encargó de recopilar los datos en las jurisdicciones o regiones a las que están adscritos.
13. Se elaboró una lista de las instituciones que se incluirían en el proyecto, se les contactó e invitó a participar vía oficio. Las instituciones participantes pertenecen a diversos sectores: (a) salud: Servicios de Salud del Estado de Chihuahua, el Instituto Chihuahuense de la Salud, IMSS, ISSSTE, Pensiones Civiles del Estado, Instituto Municipal de Pensiones, Centro de Atención Médica de Parral, DIF; (b) educación: Universidad Autónoma de Chihuahua, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Universidad de Durango Campus Chihuahua, Universidad del Valle de México Campus Chihuahua, así como de las diversas escuelas particulares de psicología, trabajo social y enfermería general; (c) organizaciones de la sociedad civil que se dedican a atender personas con problemas de adicciones.
14. Se contactó a los encargados del departamento de estadística de las instituciones de seguridad social que participaron y se les explicó personalmente la información que se requería. Se contactó a los directores de los centros residenciales especializados en el tratamiento de las adicciones, de los centros diurnos, de los centros ambulatorios de

atención a las adicciones y se les solicitó el apoyo de una persona clave que tuviera acceso a la información requerida.

15. Se mantuvo contacto estrecho con cada integrante del equipo técnico, con los encargados de los departamentos de estadística y las personas clave de cada institución para resolver cualquier duda que surgiera, así como para recolectar la información y, a medida que se generaba, se integraba la base de datos.
16. Se informó mensualmente a la Organización Panamericana de la Salud, la Secretaría de Salud y a FICOSEC sobre los avances del proyecto.

## **Resultados de la evaluación**

### **SECCIÓN 1: POLÍTICA Y MARCO LEGISLATIVO**

#### **Política, planes y legislación**

El Consejo Nacional Contra las Adicciones es el órgano a nivel nacional de la Secretaría de Salud encargado de dictar la política pública y los planes nacionales en materia de prevención, atención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones. A su vez, existen en cada una de las entidades federativas Consejos Estatales Contra las Adicciones y Consejos Municipales Contra las Adicciones que implementan y dan seguimiento a las políticas, planes y metas nacionales y estatales.

La política nacional, en materia de atención a las adicciones, se encuentra plasmada en el Programa de Acción Específico de Prevención y Atención a las Adicciones (2013-2018). Las políticas nacionales en adicciones están enfocadas a la disminución tanto del consumo como del daño causado por la dependencia a sustancias psicoactivas. Se contemplan acciones dirigidas a la prevención, el tratamiento integral, la rehabilitación de personas con problemática de adicciones enfocadas a grupos vulnerables (niños y adolescentes, adultos mayores, mujeres, personas con discapacidad, migrantes, indígenas, personas pertenecientes a las comunidades LGBT, personas recluidas en Centros de Readaptación Social). La política nacional contempla además acciones enfocadas al fortalecimiento y acreditación de centros ambulatorios y residenciales; a la capacitación y profesionalización permanente del personal involucrado en atención a las adicciones, así como al desarrollo de proyectos de investigación que sirvan como base científica de nuevos programas, modelos y líneas de acción. El Programa de Acción Específico de Prevención y Atención a las Adicciones (2013-2018) plantea las metas nacionales, establece los indicadores, el calendario para el cumplimiento de las mismas, así como la manera en que se han de implementar y monitorear los resultados.

En 2016 se integra a nivel estatal el Programa de Salud Mental de Secretaría de Salud con la Comisión Estatal de Atención a las Adicciones y se crea la Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones. Esta coordinación representa la autoridad regional que proporciona asesoría al gobierno sobre políticas, legislación de salud mental y adicciones y está involucrada en la

planificación, manejo y coordinación del servicio, así como en la supervisión y evaluación de la calidad de los servicios de salud mental y adicciones.

Los objetivos y líneas de acción estatales plasmados en el Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones (2016-2021) reflejan las políticas nacionales. La política a nivel estatal en materia de adicciones incluye los siguientes componentes: a) Desarrollo de servicios comunitarios para alcoholismo y drogadicción, b) desarrollo de un componente de adicciones y atención primaria a la salud, c) recursos humanos, d) involucramiento de usuarios y sus familias, e) defensoría y promoción, protección de los derechos humanos de los usuarios, f) equidad en el acceso a los servicios de atención a las adicciones para diversos grupos, g) financiamiento, h) mejoramiento de la calidad, i) sistema de monitoreo.

Existe actualmente una lista de medicamentos esenciales incluida en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES 2016). Estos medicamentos incluyen ansiolíticos y sustitutos de opioides, pero no disulfiram, ni medicamento antidipsotrópico. El CAUSES (2016) abarca también la atención en urgencias, hospitalización y atención en terapia intensiva para intoxicaciones agudas, uso nocivo y estado de abstinencia de sustancias psicotrópicas.

La legislación en materia de adicciones a nivel nacional está contenida en la Ley General de Salud y la Ley General para el Control del Tabaco, además de la Norma Oficial NOM-028-SSA2-2009 para la prevención y control de las adicciones. A nivel estatal, la Ley Estatal de Salud incluye en el título duodécimo, el capítulo IV dedicado a Programas para la Atención de las Adicciones. La última pieza de legislación sobre adicciones fue promulgada en 2011 con la Ley Estatal de Atención a las Adicciones. La Ley Estatal de Atención a las Adicciones enfoca el acceso al tratamiento para el abuso de sustancias, incluyendo acceso al tratamiento menos restrictivo, derechos de los usuarios, miembros de la familia y otros cuidadores, tratamiento voluntario e involuntario, acreditación de profesionales y establecimientos, asuntos sobre el cumplimiento de la ley y los sistemas judiciales para personas con trastornos por abuso de sustancias, mecanismos que supervisan admisiones involuntarias, prácticas de tratamiento y mecanismos para la implementación de las disposiciones de la legislación sobre el abuso de sustancias.

Adicionalmente, Chihuahua es uno de los cuatro estados que participaron en la implementación de los Tribunales de Atención a las Adicciones (TTA) durante el periodo 2014-2016. Estos tribunales funcionan mediante la coordinación del sistema de salud y el sistema judicial. Los TTA fueron implementados con el objetivo de procurar que quienes cometieron algún

delito tipificado como no grave, bajo los efectos de alguna sustancia, tengan la oportunidad de recibir tratamiento sin ser sancionados con la privación de la libertad. Quienes participan en estos programas son referidos a uno de los 10 Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA) para su valoración y diagnóstico; el tratamiento puede ser ambulatorio brindado en un CAPA o residencial en un centro de tratamiento especializado. Los participantes en el programa del TTA reciben atención médica, psicológica y son vinculados con grupos de autoayuda (Narcóticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos). El proceso de cada participante es supervisado semanalmente por personal tanto de la Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones como del Supremo Tribunal de Justicia del Estado. En el 2016 se incluyeron un total de siete personas.

### **Financiamiento de los servicios de atención a las adicciones**

El 0.05% del gasto ejercido en atención de salud por parte de la Secretaría de Salud se destinó a la atención de las adicciones. El 78% de la población tiene libre acceso (por lo menos 80%) a medicamentos psicotrópicos esenciales. Para aquellas personas que pagan por sus medicamentos, el costo de medicamentos antidipsotrópico es de \$6.57 pesos, lo cual representa el 8% del salario mínimo y de medicamentos sustitutos de opioides es de \$28.64 pesos lo cual representa el 35% del salario mínimo. Todos los trastornos por consumo de sustancias en su fase aguda están cubiertos en los planes de seguridad social.

### **Políticas sobre derechos humanos**

La Comisión Estatal de los Derechos Humanos es el organismo regional de vigilancia, autorizado para supervisar o inspeccionar periódicamente los establecimientos o dispositivos de tratamiento de abuso de sustancias, vigilar la admisión involuntaria y procedimientos para dar de alta y vigilar los procesos de investigación de reclamaciones.

Durante el 2016, el 73% de los centros residenciales especializados para el tratamiento de abuso de sustancias recibieron por lo menos una revisión o inspección para la protección de los derechos humanos de los pacientes, en tanto que el único centro de internamiento para el tratamiento de las adicciones del estado también la recibió. El 73% de los centros residenciales especializados para el tratamiento de abuso de sustancias y la unidad de internamiento para el

tratamiento de abuso de sustancias recibieron u organizaron por lo menos un día de capacitación, reunión u otro tipo de sesión de trabajo sobre protección de los derechos humanos de los pacientes en el año de la evaluación.

## **SECCIÓN 2: SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES**

### **Organización de los servicios de adicciones**

Los servicios proporcionados por la Secretaría de Salud en materia de atención a las adicciones están organizados en términos de áreas de captación o servicio. El estado cuenta con 10 Centros de Atención Primaria a las Adicciones localizados en ciudad o municipio: Juárez, Chihuahua, Cuauhtémoc, Delicias, Parral, Guadalupe y Calvo y Nuevo Casas Grandes.

Los 59 establecimientos especializados para el tratamiento de las adicciones están conformados como asociaciones civiles. El 71% de los centros se encuentran localizados en la ciudad: Juárez y Chihuahua, el resto están distribuidos en los municipios de Cuauhtémoc, Parral, Ojinaga, Delicias, Meoqui, Guachochi, Camargo, Nuevo Casas Grandes y Namiquipa.

Todos los establecimientos en el estado: Ambulatorios, dispositivos diurnos, unidades de hospitalización y residenciales, atienden tanto alcoholismo como adicciones a sustancias psicotrópicas.

### **Establecimientos ambulatorios de atención a las adicciones**

Existen 11 establecimientos ambulatorios de atención a las adicciones disponibles en el estado, ninguno de los cuales es exclusivo para niños y adolescentes. Estos establecimientos tienen la función de realizar acciones preventivas en materia de adicciones, ofreciendo talleres de información y sensibilización a la comunidad, tamizajes para la detección oportuna de problemas de adicción, acciones de tratamiento breve, así como acciones de prevención de recaídas. A través de los establecimientos ambulatorios se brindó atención a 236 usuarios por cada 100'000 habitantes de la población general. Del total de usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios, el 40% son mujeres y el 56% son niños o adolescentes. Los usuarios atendidos son diagnosticados principalmente con trastornos mentales y del comportamiento por consumo de

alcohol (24%) y con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de cannabinoides (17%). La cantidad promedio de contactos anuales por usuario es de 4.08.

El 27 % de los establecimientos ambulatorios proporcionan atención de seguimiento en la comunidad y el 20% de ellos cuentan con equipos móviles de personal de salud mental. En términos de tratamientos disponibles, todos o casi todos (81%-100%) ofrecen tratamientos psicosociales. Ninguno de los establecimientos ambulatorios de atención a las adicciones contó con, por lo menos, un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antidipsotrópicos, disulfiram, sustituto de opioides, ansiolíticos) ni en el establecimiento ni en una farmacia cercana durante todo el año.

### **Establecimientos Residenciales Especializados para el Tratamiento de las Adicciones**

Existen en el estado 59 establecimientos residenciales especializados para el tratamiento de las adicciones, para un total de 74.26 camas por cada 100,000 habitantes. El 69% de ellos están organizacionalmente integrados con establecimientos ambulatorios de atención a las adicciones. El 20% de las camas en los establecimientos especializados para el tratamiento de las adicciones están reservadas solo para niños y adolescentes. La cantidad de camas se ha incrementado en un 17% en los últimos cinco años. Los pacientes admitidos en los establecimientos especializados para el tratamiento de las adicciones pertenecen principalmente a los dos siguientes grupos de diagnósticos: Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o sustancias psicotrópicas (24%) y trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol (21%). La cantidad de pacientes atendidos en los establecimientos especializados para el tratamiento de las adicciones es de 7'685, lo cual corresponde a una tasa de 216 pacientes por cada 100'000 habitantes. El promedio de estancia en los establecimientos especializados para el tratamiento de las adicciones es de 73.74 días; el 99% de pacientes pasaron en ellos menos de un año, el 0.44%: 1-4 años y el 0.33% más de 3 años. Todos o casi todos (81-100%) los pacientes recibieron una o más intervenciones psicosociales durante el último año. Únicamente el 8% de los establecimientos especializados para el tratamiento de las adicciones tenían disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada categoría terapéutica (medicamentos antidipsotrópicos, disulfiram, sustitutos de opioides, ansiolíticos).

## **Unidad de Internamiento para el Tratamiento de las Adicciones**

Existe en el estado una unidad de internamiento para el tratamiento de las adicciones, con un total de 0.76 camas por cada 100'000 habitantes. El 22% de las camas están reservadas exclusivamente para niños y adolescentes. Los pacientes admitidos en la unidad de internamiento pertenecen principalmente a dos grupos de diagnósticos: Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de opioides (50%) y trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de cannabinoides (12%). La cantidad de pacientes atendidos en los establecimientos especializados para el tratamiento de las adicciones fue de 115, lo cual equivale a 3.23 pacientes por cada 100'000 habitantes. Del total de pacientes, el 29% son mujeres y el 4% son niños y adolescentes. La cantidad promedio de días de estancia fue de 13.07.

Por otro lado, todos o casi todos (81-100%) los pacientes en la unidad de internamiento para el tratamiento de las adicciones recibieron una o más intervenciones psicosociales durante el último año. La unidad de internamiento para el tratamiento de las adicciones no contaba con por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antidipsotrópicos, disulfiram, sustitutos de opioides, ansiolíticos).

## **Establecimientos de tratamiento diurno**

Existen dos establecimientos de tratamiento diurno en el estado, ninguno es exclusivo para niños y adolescentes y en ambos se atienden a 30.84 usuarios por cada 100'000 habitantes: El 25% mujeres y 49% niños o adolescentes. En promedio, los usuarios pasan 8.11 días en establecimientos de tratamiento diurno.

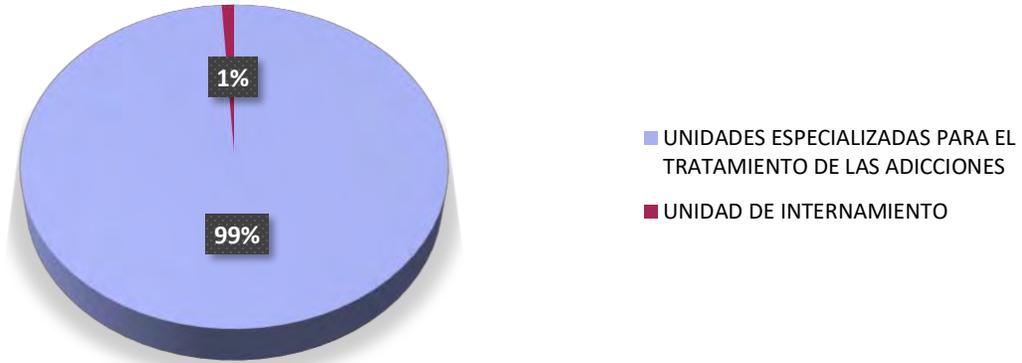
## **Derechos humanos e igualdad**

El 20% de todas las admisiones a los centros residenciales especializados para el tratamiento de las adicciones y el 100% de todas las admisiones en la unidad de internamiento para el tratamiento de las adicciones son involuntarias. El 2% de usuarios en los centros residenciales especializados para el tratamiento de las adicciones estuvieron físicamente restringidos o aislados. En la unidad de internamiento ningún paciente estuvo físicamente restringido o aislado.

El 39% las camas de atención a las adicciones en el estado están ubicadas en o cerca de la ciudad más grande. Dicha distribución de camas dificulta el acceso a los usuarios rurales.

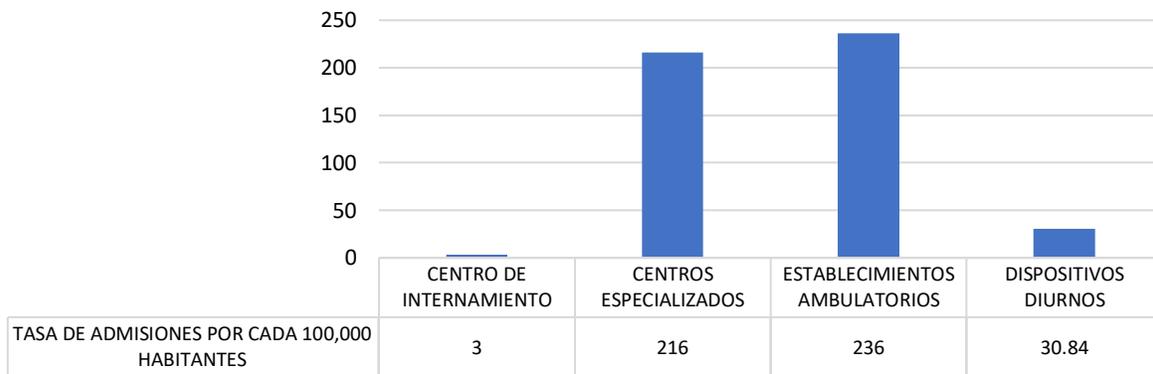
**Cuadros de resumen**

**Gráfica 2.1 Camas en establecimientos de atención a las adicciones**



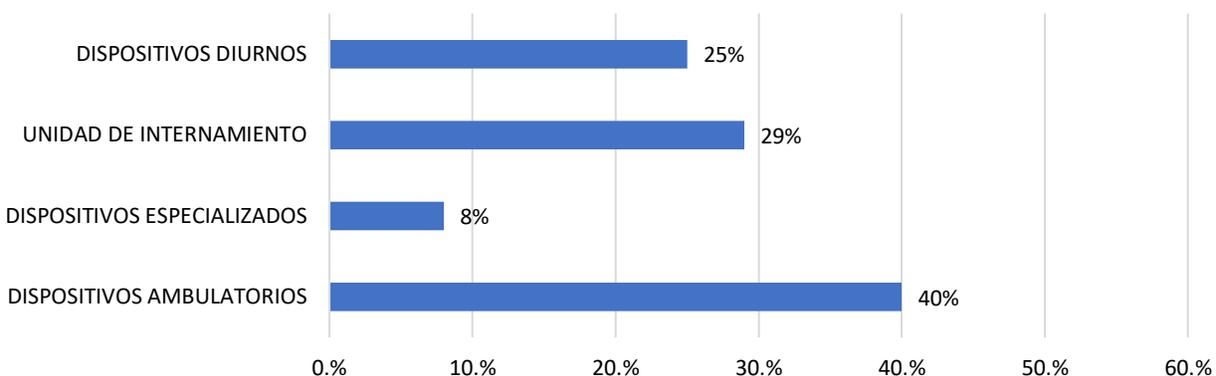
Gráfica 2.1. La mayoría de las camas para el tratamiento de las adicciones en el estado son proporcionadas por los establecimientos especializados de atención a las adicciones.

**Gráfica 2.2 - Admisiones a centros para el tratamiento de las adicciones (tasa por cada 100,000 habitantes)**



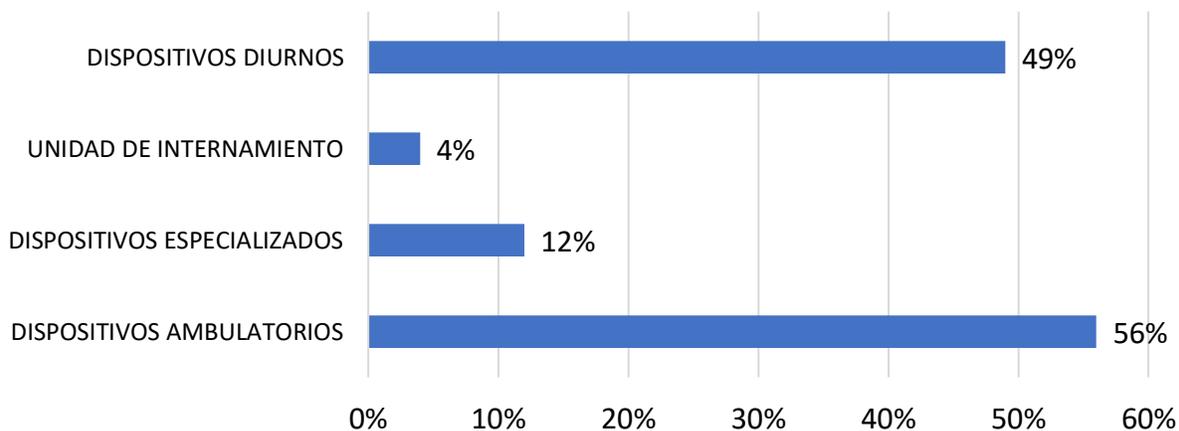
Gráfica 2.2. La mayoría de los usuarios son atendidos en establecimientos ambulatorios y los centros residenciales especializados de atención a las adicciones, en tanto que la tasa de usuarios ‘atendidos en los dispositivos diurnos y en la unidad de internamiento es menor.

**Gráfica 2.3 - Porcentaje de usuarios del sexo femenino atendidos en unidades de atención a las adicciones**



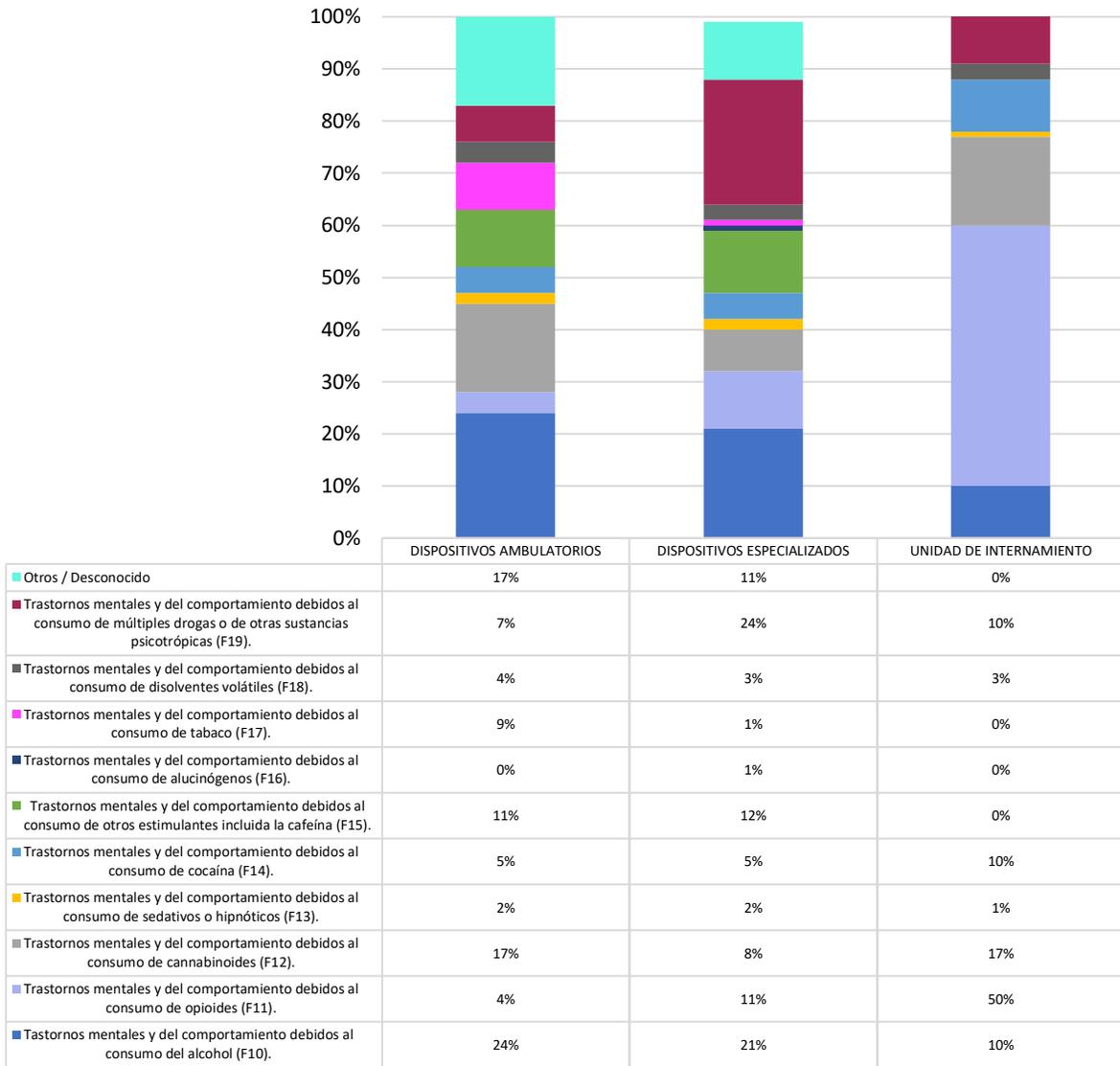
*Gráfica 2.3.* La proporción de usuarios de sexo femenino es más alta en los dispositivos ambulatorios de atención a las adicciones y más baja en los establecimientos especializados para el tratamiento de las adicciones.

**Gráfica 2.4 - Porcentaje de niños y adolescentes atendidos en unidades de atención a las adicciones**



*Gráfica 2.4.* Los centros que mayor porcentaje de usuarios atienden son niños y/o adolescentes en los establecimientos ambulatorios y dispositivos diurnos. Los establecimientos especializados y la unidad de internamiento, atienden a un porcentaje más bajo de menores de edad.

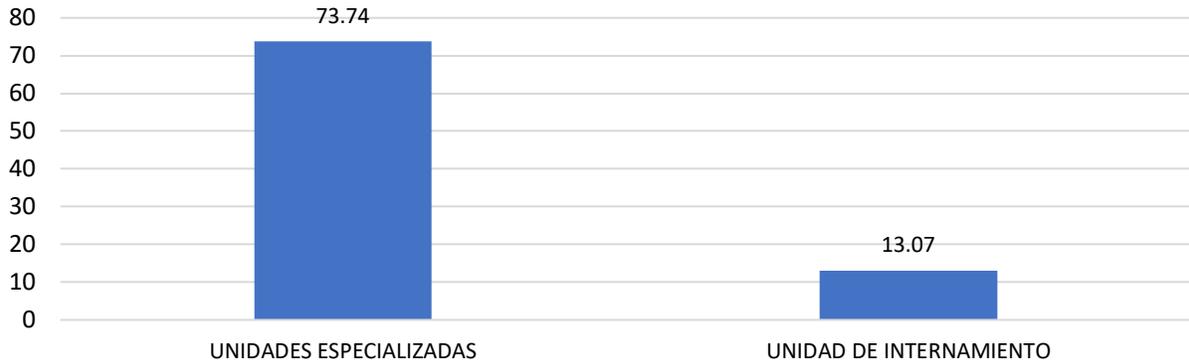
**Gráfica 2.5 - Porcentaje de usuarios atendidos en centros de atención a las adicciones según el diagnóstico**



Gráfica 2.5 La distribución de los diagnósticos varía de acuerdo con el establecimiento: En los establecimientos ambulatorios los trastornos por consumo de alcohol y cannabinoides son más prevalentes; en las unidades para pacientes internos los diagnósticos de trastornos por consumo de múltiples drogas y alcohol son los más frecuentes; en la unidad de internamiento, el 50% son atendidos por consumo de opioides.

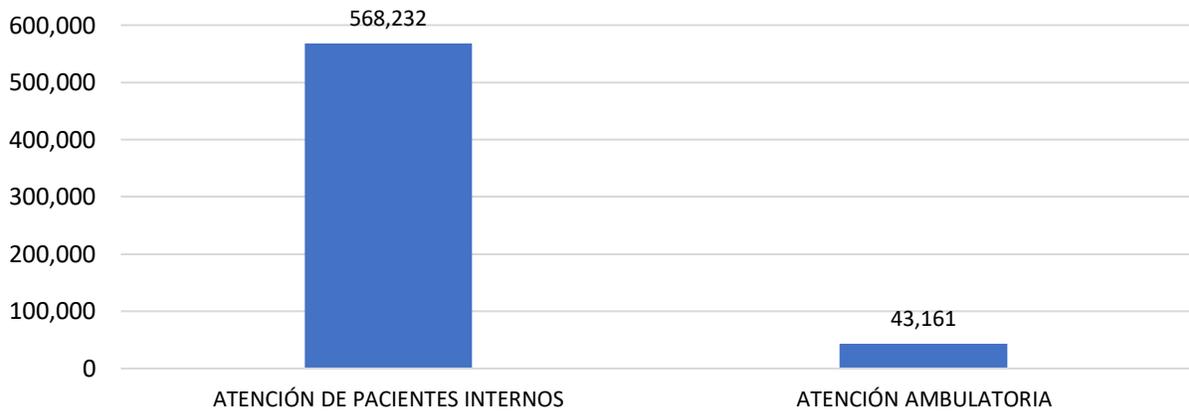
**Nota:** “Otros” se refiere a familiares de pacientes que recibieron atención en los centros ambulatorios. En los dispositivos especializados se desconocía el diagnóstico del 11% de los pacientes.

**Gráfica 2.6 Tiempo de estadía en unidades de larga estancia (días por año)**



*Gráfica 2.6.* El período de estadía más largo para los usuarios se da en los establecimientos especializados para el tratamiento de las adicciones, ya que se pretende que los usuarios completen un proceso de rehabilitación que varía entre 3 y 6 meses, en comparación con la unidad de internamiento que es de hospitalización breve.

**Gráfica 2.7 - Relación entre contactos y días de estancia**



*Gráfica 2.7.* La relación entre los contactos de atención ambulatoria o diurna y días de estadía en todos los establecimientos para pacientes internos (establecimientos especializados para el tratamiento de las adicciones y la unidad de internamiento) es un indicador de la medida de la atención comunitaria: En Chihuahua, la relación es de 13:1.

### **SECCIÓN 3: ATENCIÓN A LAS ADICCIONES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

#### **Capacitación en atención de adicciones para el personal de atención primaria**

A nivel licenciatura, el 0.25% de la formación para médicos está dedicado a trastornos por consumo de sustancias, en comparación con el 1% enfermeros y 3% del personal de atención de la salud primaria que no es médico ni enfermero (trabajadores sociales). En términos de programas de actualización el 4% de médicos de atención primaria en salud ha recibido por lo menos dos días de actualización en aspectos de adicciones, en tanto que el 0% de enfermeros y de personal de atención primaria de la salud que no es médico ni enfermero que ha recibido dicha actualización.

#### **Trastornos por consumo de sustancias en la atención primaria de salud**

En el estado existen 338 centros de atención primaria de salud (APS) que cuentan con un médico y alrededor de 45 centros de APS que no cuentan con un médico. Entre los que cuentan con médico, algunos (21-50%) tienen protocolos de evaluación y tratamiento disponibles para condiciones claves de trastornos por consumo de sustancias, en comparación con ninguno disponible en centros de atención primaria de salud que no cuentan con un médico.

Ninguno de los centros de atención primaria de salud realiza en promedio, por lo menos, una referencia a un profesional de adicciones. Con respecto a la interacción profesional entre el personal de atención primaria de salud y otros proveedores de atención de salud, pocos (1-20%) de los médicos de atención primaria han interactuado con un profesional de las adicciones por lo menos una vez durante el último año; pocos (1-20%) de centros de APS que cuentan con un médico han tenido interacción con un médico complementario o alternativo o tradicional, de la misma manera pocos (1-20%) de centros de APS que no cuentan con médico.

## **Prescripción en la atención primaria de salud**

A los médicos de atención primaria se les permite prescribir medicamentos psicotrópicos (medicamentos de la fracción I; Ley General de Salud), con la restricción que deben solicitar un recetario para medicamentos controlados expedido por las Comisiones Federales y Estatales para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS y COESPRIS). A los licenciados en enfermería se les permite prescribir pero con restricciones; por ejemplo, únicamente pueden realizarlo en caso de emergencia y cuando no se encuentre un médico presente los siguientes medicamentos: Ácido valpróico, carbamezepina, fenitoína, valproato de magnesio (DOF 08/03/2017). No está permitido que ningún otro profesional de la salud prescriba medicamentos.

Con respecto a la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos, la mayoría de centros de APS que cuentan con un médico (51-80%) reportaron contar con por lo menos un medicamento psicotrópico de cada categoría terapéutica (ansiolíticos, sustitutos de opioides, disulfiram y medicamento antidipsotrópico), en comparación con 0% de los centros de APS que no cuentan con un médico.

## **SECCIÓN 4: RECURSOS HUMANOS**

### **Cantidad de recursos humanos en atención de salud mental**

La cantidad total de recursos humanos que trabajan en establecimientos de atención a las adicciones o práctica privada por cada 100'000 habitantes es de 11.47. El desglose, de acuerdo con la profesión, es el siguiente: 0.67 Psiquiatras, 1.69 otros médicos (no especializados en psiquiatría), 1.32 enfermeros, 3.37 psicólogos, 1.04 trabajadores sociales, 1.77 terapeutas ocupacionales, 1.60 otro profesional de la salud o la salud mental, incluyendo personal auxiliar, personal de atención primaria de salud que no es médico, asistentes de salud, asistentes médicos, consejeros psicosociales profesionales y paraprofesionales (gráfica 4.1).

El porcentaje de psiquiatras que trabajan solamente para establecimientos de atención a las adicciones administrados por el gobierno es de 2.8%, en tanto que el 97% trabajan en la práctica privada o en OSCs y para establecimientos de atención a las adicciones administrados por el gobierno. El 20% de psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y terapeutas ocupacionales, trabajan solamente para establecimientos de salud mental administrados por el gobierno, el 34%

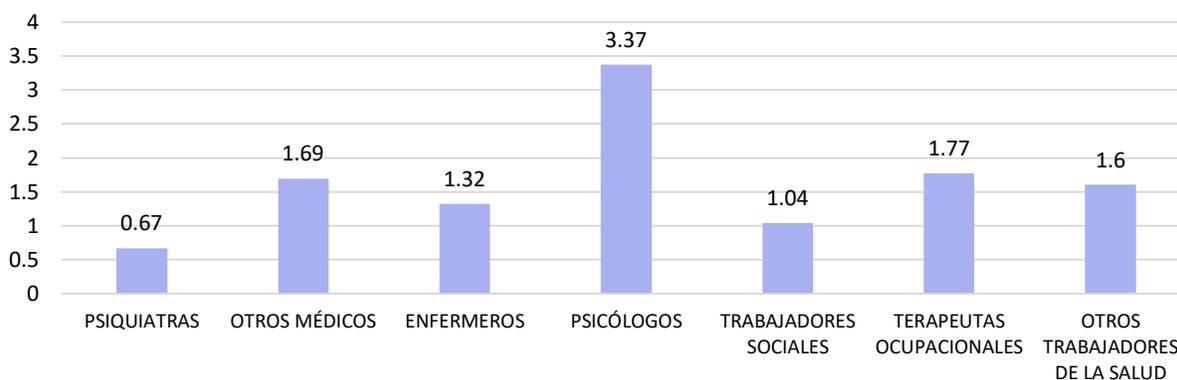
labora únicamente en establecimientos de atención a las adicciones con fines de lucro/práctica privada, en tanto que el 46%, presta sus servicios para ambos sectores.

En relación con el lugar de trabajo, 2 psiquiatras trabajan en establecimientos ambulatorios y 0 en la unidad de internamiento para el tratamiento de adicciones, en tanto que 22 en centros residenciales especializados en tratamiento de las adicciones. Seis médicos no especialistas en psiquiatría trabajan en establecimientos ambulatorios, 2 en la unidad de internamiento y 45 en establecimientos residenciales especializados en el tratamiento de las adicciones. En relación con los enfermeros, ninguno trabaja en establecimientos ambulatorios y 4 trabajan en la unidad de internamiento, mientras que 42, en centros residenciales especializados para el tratamiento de las adicciones. Cincuenta y uno psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales en establecimientos ambulatorios, 5 en la unidad de internamiento y 142 en los centros residenciales especializados en el tratamiento de las adicciones. En relación con otro personal de salud o salud mental 8 trabajan en establecimientos ambulatorios, 0 la unidad de internamiento y 34 en centros residenciales especializados en el tratamiento de las adicciones.

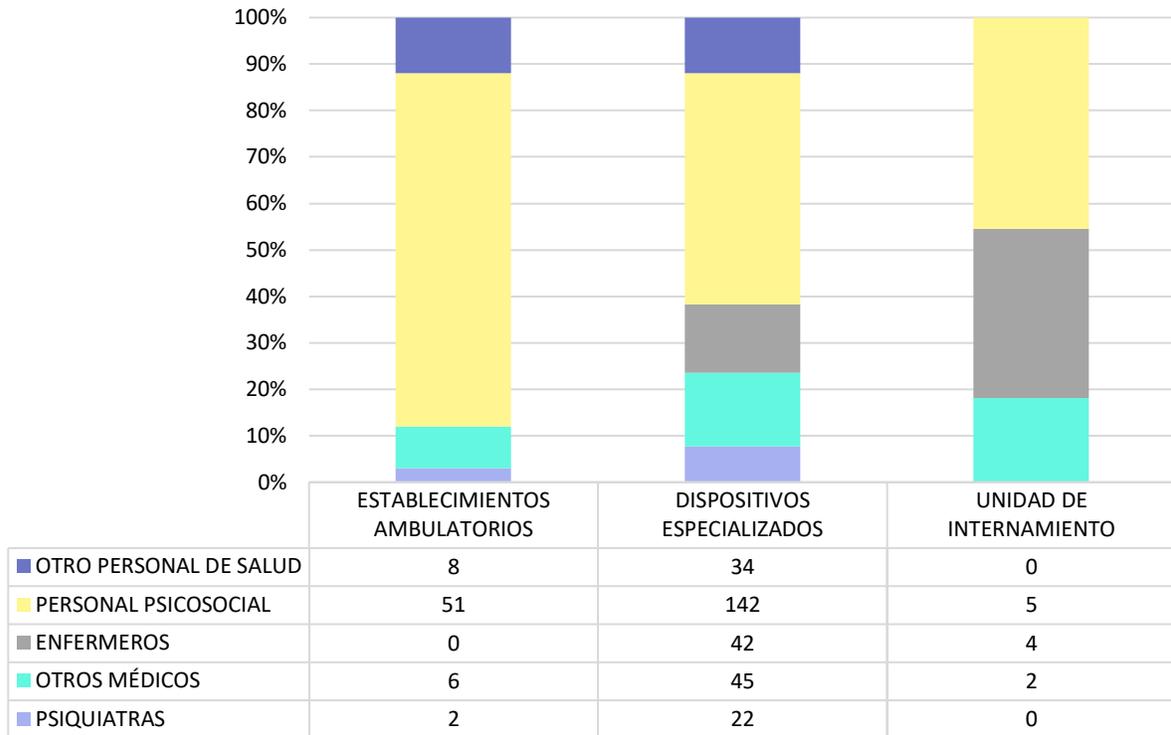
En términos de dotación de personal en establecimientos de atención a las adicciones (gráfica 4.2), existen 0.008 psiquiatras por cama en centros residenciales especializados en el tratamiento de las adicciones y 0.02 enfermeros por cama en centros residenciales especializados para el tratamiento de las adicciones. Por último, para otro personal de salud mental (por ejemplo, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, otro personal de salud o salud mental), existen 0.05 por cama.

La distribución de los recursos humanos entre áreas urbanas y rurales es desigual, 1 psiquiatra en 3 y, 1 enfermero en 5 trabaja en o cerca de la ciudad más grande.

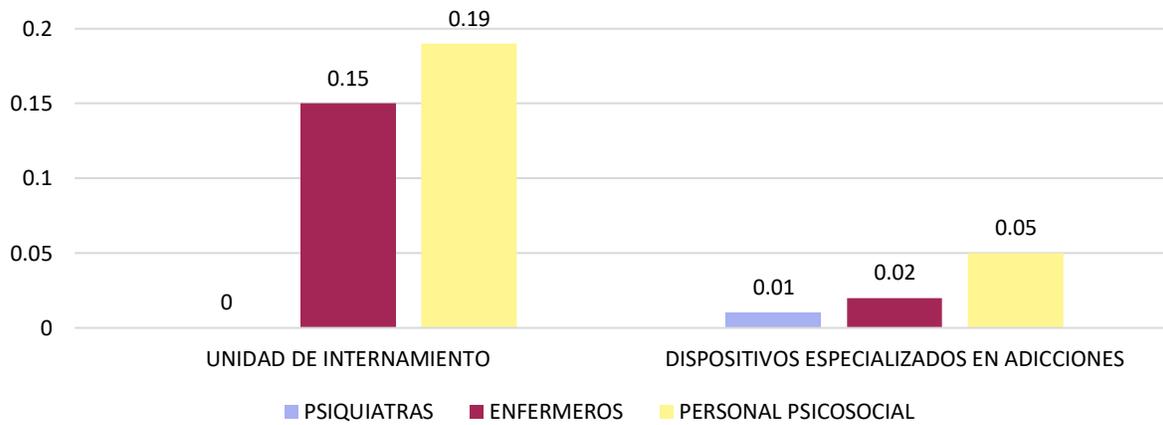
**Gráfico 4.1 - Recursos humanos en atención a las adicciones  
(tasa por cada 100,000 habitantes)**



**Gráfica 4.2 - Personal que trabaja en establecimientos de atención a las adicciones (porcentaje en la gráfica, número en la tabla)**



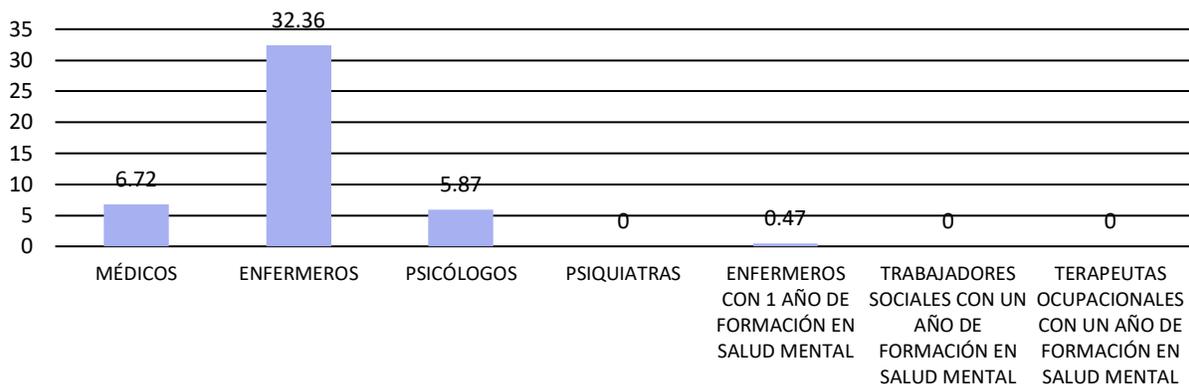
**Gráfica 4.3 - Relación entre recursos humanos y camas**



## **Capacitación de profesionales en salud mental**

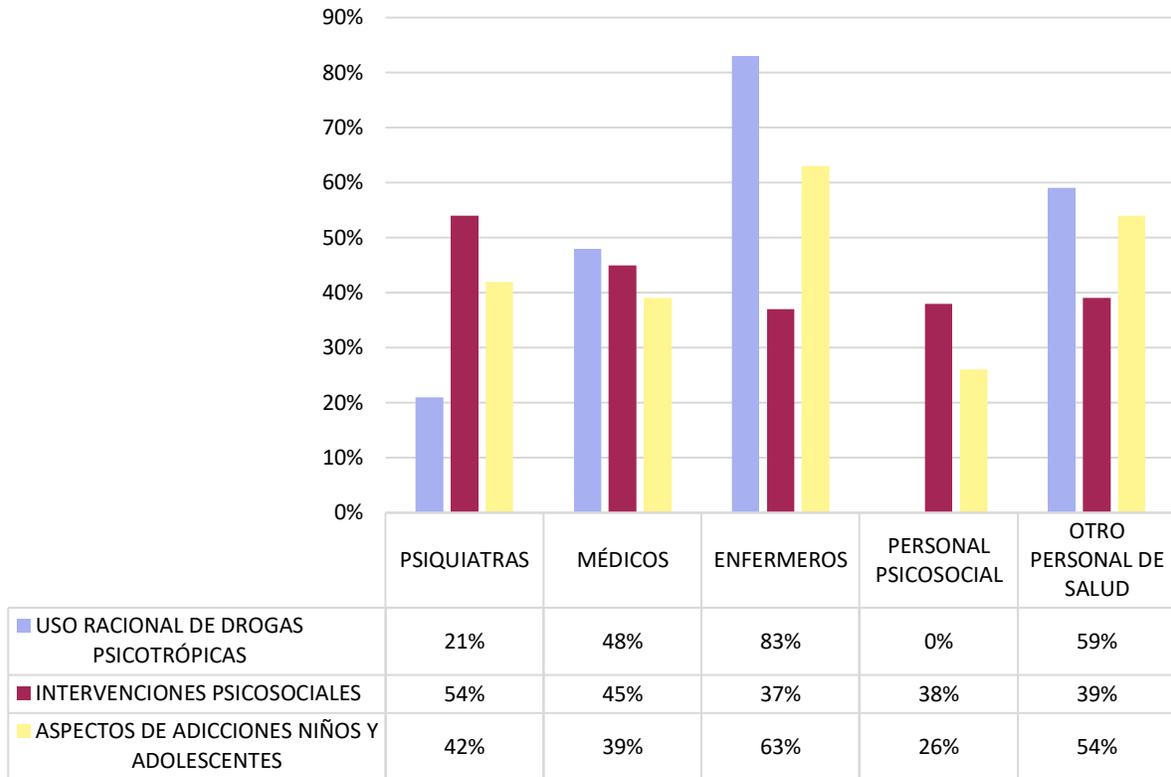
En el último año no se han formado en el estado profesionistas con entrenamiento en adicciones. La cantidad de profesionales graduados el último año en instituciones académicas y educativas por cada 100,000 habitantes es el siguiente: 0 psiquiatras, 6.72 otros médicos (no especializados en psiquiatría), 32.36 enfermeros, 0.47 enfermeros, 5.87 psicólogos, 0 trabajadores sociales con formación en trastornos por consumo de sustancias, 0 terapeutas ocupacionales con formación en trastornos por consumo de sustancias, 0 otro personal de salud o salud mental con formación en trastornos por consumo de sustancias (incluyendo personal auxiliar, personal de atención primaria de salud que no es médico, asistentes de salud, asistentes médicos, consejeros psicosociales profesionales y paraprofesionales).

**Gráfica 4.3 Profesionales graduados en salud mental  
(tasa por cada 100,000 habitantes)**



La siguiente gráfica muestra el porcentaje del personal de atención de salud mental con por lo menos dos días de capacitación o actualización en el uso racional de medicamentos, intervenciones psicosociales, salud mental de niños o adolescentes.

**Gráfica 4.4 - Personal de atención a las adicciones con 2 días de capacitación**



Personal psicosocial = psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

### **Asociaciones de usuarios y familiares**

Existen 1835 usuarios o consumidores que son miembros de asociaciones de usuarios. El gobierno no proporciona apoyo económico para asociaciones de usuarios ni de familiares.

Por política interna, las asociaciones tanto de usuarios como de familia no han estado involucradas en la formulación o implementación de políticas, planes o legislación sobre adicciones en los últimos dos años. La mayoría (51-80%) de los establecimientos de atención a las adicciones interactúan tanto con asociaciones de usuario como familia.

## **ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES**

### **Fortalezas**

1. Se cuenta con una red de dispositivos de atención ambulatoria localizados en puntos estratégicos del estado. Esto permite el acceso a personas en comunidades apartadas de las grandes ciudades a las campañas y acciones de prevención y detección oportuna de y atención ambulatoria a la problemática de adicciones.
2. Los dispositivos diurnos y los de atención ambulatoria brindan atención a un amplio porcentaje de menores de edad.
3. El CAUSES (2016) incluye servicios de atención en urgencias, hospitalización y terapia intensiva de todos los trastornos por consumo de sustancias.
4. Más del 50% de los centros residenciales especializados de atención a las adicciones están organizados e integrados con los centros ambulatorios de atención a las adicciones.
5. Se cuenta con una Ley Estatal de Atención a las Adicciones y con el programa de los Tribunales de Tratamiento de las Adicciones (TTA).

### **Debilidades**

1. La mayoría (71%) de los centros residenciales especializados para el tratamiento de las adicciones están localizados en las dos ciudades más grandes del estado, lo cual dificulta el acceso a tratamiento residencial para personas en comunidades apartadas.
2. No todos los centros de atención especializada en el tratamiento de las adicciones cuentan con bases de datos actualizadas sobre los diagnósticos y/o días de estancia de los usuarios en el centro.
3. Existen pocas camas de atención a las adicciones exclusivas para menores de edad.
4. No se cuenta con medicamentos psicotrópicos esenciales en el 92% de los establecimientos especializados para el tratamiento de las adicciones.
5. El costo de los medicamentos sustitutos de opioides es elevado, obtener una dosis diaria implica un gasto de más del 30% de un salario mínimo.
6. Se cuenta con pocos recursos humanos en atención a las adicciones en establecimientos de atención a las adicciones que no son administrados por el gobierno.

7. La capacitación en materia de adicciones para personal de primer nivel es muy poca (4% de los médicos y 0% enfermeros y 0% de otros trabajadores de salud).
8. Ninguno de los centros de atención primaria de salud realiza en promedio por lo menos una referencia a un profesional de adicciones.
9. No existen protocolos de evaluación y tratamiento de las condiciones clave de trastornos por consumo de sustancias en ningún centro de atención primaria de la salud que no cuenten con un médico.

### **Desafíos a partir de la evaluación**

1. Solicitar por parte de la Secretaría de Salud información más detallada sobre los aspectos clínicos de los usuarios a los centros residenciales especializados en el tratamiento de las adicciones.
2. Asegurar que los centros residenciales especializados en atención a las adicciones cuenten con el recurso humano suficiente y debidamente capacitado para atender a la población interna.
3. Supervisar que los centros residenciales especializados en adicciones cuenten con el medicamento psicotrópico necesario, ya que únicamente el 8% de estos centros reportaron contar con estos medicamentos durante todo el año.
4. Incrementar el número de camas de tratamiento especializado de las adicciones disponibles para menores de edad.
5. Lograr una mayor vinculación entre los centros de atención primaria de la salud y los profesionales, así como entre centros ambulatorios y especializados del tratamiento de las adicciones, para dar seguimiento a los pacientes que se dan de alta, ya que la probabilidad de recaídas es elevada cuando no se cuenta con una red de apoyo (Robertson Bazzi, Syvertsen, Rolón, Martínez, Rangel, Vera, Amaro, Ulibarri, Hernandez, & Strathdee, 2016).
6. Lograr mayor acceso a tratamientos de rehabilitación especializados para usuarios en comunidades apartadas.
7. Incrementar el número de personal de primer nivel de atención a la salud capacitado en diversos aspectos de adicciones.

8. Incrementar el número de centros de atención primaria de la salud que tengan disponibles protocolos de evaluación y tratamiento de condiciones clave de trastornos por consumo de sustancias.

## Referencias

- Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo del Sector Salud (2016). *Cuadro básico y catálogo de medicamentos*.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES 2016)*.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (2014). *Tribunales para el tratamiento de las adicciones en México y su prospectiva*. Documento disponible en: [www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3134](http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3134)
- Consejo Nacional Contra las Adicciones. *Programa de Acción Específico Prevención y Atención Integral de las Adicciones (2013-2018)*.
- Gobierno del Estado de Chihuahua. *Plan Estatal de Desarrollo (2017-2021)*.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2015). *Encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes 2014: Reporte de tabaco*. Villatoro-Velázquez JA, Bustos Gamiño, M., Oliva Robles, N., Fregoso Ito, D., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora ME. México DF, México: INPRFM.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2015). *Encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes 2014: Reporte de drogas*. Villatoro-Velázquez JA, Oliva Robles, N., Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora ME. México DF, México: INPRFM.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2015). *Encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes 2014: Reporte de Alcohol*. Villatoro-Velázquez JA, Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, Oliva Robles, N., M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora ME. México DF, México: INPRFM.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud (2012). *Encuesta nacional de adicciones 2011: Reporte de drogas*. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México:

INPRFM.

Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos (11 de junio de 2014). Última reforma, *Periódico oficial del estado de Chihuahua*.

Ley Estatal de Atención a las Adicciones (26 de septiembre de 2012). Última reforma, *Periódico oficial del estado de Chihuahua*.

Ley Estatal de Salud (17 de abril de 2013). Última reforma, *Periódico oficial del estado de Chihuahua*.

Ley General de Salud (27 de enero de 2017). Última reforma, *Diario oficial de la federación*. México.

Ley General para el Control del Tabaco (06 de enero de 2010). Última reforma, *Diario oficial de la federación*. México.

Ley para la Atención de las Personas con Discapacidad en el estado de Chihuahua (08 de agosto de 2015). Última reforma, *Periódico oficial del estado, Chihuahua*.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994. *Prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica*.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. *Prevención, tratamiento y control de las adicciones*.

O'Connor, K., Vizcaino, M., & Benavides N.A. (2014). Mental health outcomes of Mexico's drug war in Ciudad Juárez: A pilot study among university students. *Traumatology 1*, 24-31. DOI 10.1177/1534765613496647.

Organización Panamericana de la Salud (2008). *Informe de evaluación de los servicios de salud mental*, México.

Secretaría de Salud. Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones. *Programa de acción específico salud mental y adicciones (2016-2021)*.

Robertson Bazzi, A., Syvertsen J.L., Rolón, M.L., Martínez, G., Rangel, G., Vera, A., Amaro, H., Ulibarri, M.D., Hernández, D. O., & Strathdee, S.A. (2015) Social and structural challenges to drug cessation among couples in northern Mexico: Implications for drug treatment in underserved communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 26-33. DOI 10.1016/j.jsat.2015.08.007.

Secretaría de Salud (2007). *Modelo de Atención UNEME-CAPA Centros de Atención Primaria en Adicciones "Nueva vida."*

***Informes sobre el sistema de salud mental y de atención  
a las adicciones en el estado de Chihuahua***, edición 2017,  
es una publicación en línea de la Organización Panamericana de la salud,  
la Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones, de la Secretaría de Salud Chihuahua y de la  
Fundación Ficosec, A.C., ubicada esta en la calle 21 núm. 2501, Colonia Santo Niño,  
C.P. 31200, en Chihuahua Chihuahua, México.

[www.Ficosec.org](http://www.Ficosec.org)