

El tratado de libre comercio y la psiquiatría. Retos, riesgos y oportunidades*

Ramón de la Fuente**

Summary

NAFTA will have important commercial, social and cultural consequences for the signatory countries, which will also affect the health area. The purpose of this work is that of examining, from a Mexican point of view, some of the effects that may be anticipated in the particular field of psychiatry and mental health. We will start by comparing the conditions and resources of the participating countries in order to examine the asymmetries prevailing among them in terms of health indicators, health systems, resources and professional practices. The possible homologation of training programs and the certification of specialists are open areas for negotiation for the purpose of reaching a mutual recognition. NAFTA offers new bases for increasing collaboration in the area of psychiatry and mental health among the participating countries.

Resumen

Se anticipa que el Tratado de Libre Comercio de Norteamérica tendrá importantes consecuencias comerciales, sociales y culturales para los países signatarios, de las que no está exento el campo de la salud. El propósito de este trabajo ha sido examinar, desde el punto de vista mexicano, algunos de los efectos que se pueden anticipar en el campo particular de la psiquiatría y la salud mental. Un punto de partida sería comparar las condiciones y los recursos con que cuentan los países participantes. Por ello, se examinan las asimetrías entre los países en términos de indicadores de salud, sistemas de salud, recursos y prácticas profesionales. Un área abierta a la negociación es la posible homologación de programas de adiestramiento, y la certificación de especialistas, con el propósito de llegar a un mutuo reconocimiento. Se concluye que el tratado ofrece bases nuevas para aumentar la colaboración en el área de la psiquiatría y de la salud mental entre los países participantes.

Introducción

El Tratado de Libre Comercio, el acuerdo de los tres países de Norteamérica de eliminar los impuestos aduanales en las fronteras en forma progresiva y permitir el libre intercambio de mercancías y servicios, ha generado en nuestro país grandes expectativas, pero también algunos temores. ¿Están estos temores

realmente justificados? ¿Qué es lo que el tratado significa para México? Algunos de nuestros intelectuales han señalado el peligro de perder nuestra identidad y aun nuestra soberanía, pero otros han hablado más convincentemente de sus virtudes y de la fuerza de las raíces de nuestra cultura.

Para México, el tratado significa un impulso poderoso al desarrollo económico. Se anticipa la afluencia de capital, avances en la industrialización, la creación de empleos, mayor productividad y, como consecuencia, un mejor nivel de vida de la gente. Es de esperarse que otros países latinoamericanos, Chile y Costa Rica para comenzar, se unirán en un futuro cercano. Siendo el cuidado de la salud una consecuencia y una causa del desarrollo, éste no permanecerá inafectado. Para empezar, en el acuerdo México adquirió el compromiso de mejorar tanto los aspectos ambientales como laborales de la salud, y ya se están tomando provisiones en la dirección correcta.

A primera vista, lo que llama la atención son las desigualdades, tanto en desarrollo como en recursos, de los países signatarios del pacto. De estas discrepancias emergen algunos de los riesgos, pero en su conjunto, el TLC suscita esperanzas y brinda oportunidades.

Examinemos algunos indicadores de disparidad que se reflejan en el campo de la salud (tabla 1).

México tiene una población de 83.3 millones de habitantes, 3 veces la población de Canadá en la quinta parte de su territorio. Su densidad es de 41.3 habitantes por kilómetro cuadrado, comparada con 27 en los Estados Unidos y sólo 3 en Canadá (1). El 70 % de la población de México es urbana y el resto es rural (2) (fig. 1).

La población de México está distribuida en una forma desigual a lo largo y a lo ancho de su territorio y la distribución de la riqueza es también asimétrica.

TABLA 1
Densidad de población

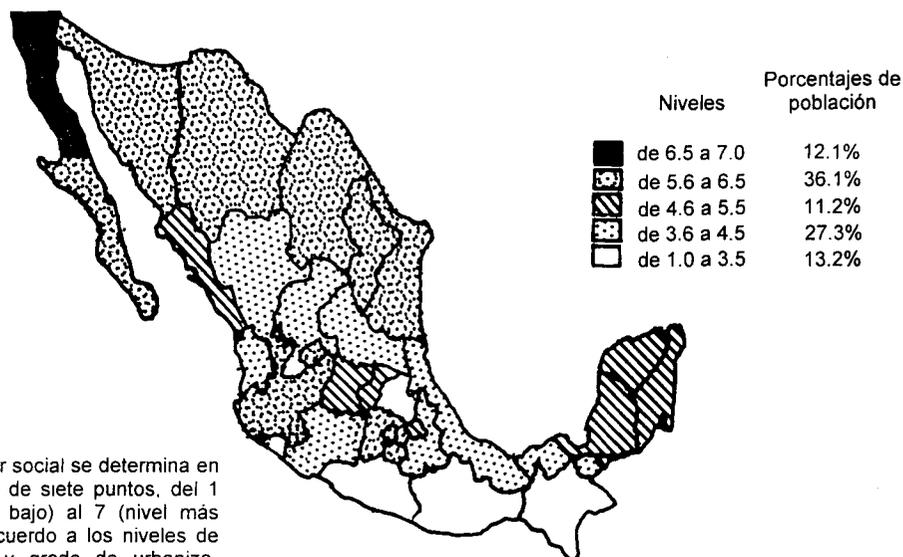
	México	Canadá	EUA
Territorio (miles de km ²)	1 958	9 976	9 373
Población*	83.3	27.3	252.7
Habitantes por km ²	41	3	27

* millones de habitantes, mediados de 1991.
Fuente: Banco Mundial, 1993.

* Conferencia especial "Simón Bolívar" leída por el autor en la 150 Reunión de la Asociación Psiquiátrica Americana. Filadelfia, mayo 21-26, 1994.

Traducida por el autor para su publicación en español.

** Director General del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Profesor Emérito de la Universidad Nacional Autónoma de México.



El bienestar social se determina en una escala de siete puntos, del 1 (nivel más bajo) al 7 (nivel más alto), de acuerdo a los niveles de educación y grado de urbanización.

Figura 1. Pobreza y bienestar.

La gran disparidad socioeconómica que hay en el interior del país se muestra en el mapa; 13.2 % de la población vive en la pobreza. Los estados del norte de la República tienen mejores condiciones de vida, en tanto que los estados del sureste, localizados en la cercanía de la frontera de América Central, tienen condiciones precarias de vida.

La topografía de nuestro país, y el hecho de que una parte importante de su población, 12.3 %, viva en 140 mil poblaciones de menos de 500 habitantes (2), han hecho difícil proporcionar educación y servicios de salud a esta población (tabla 2).

A partir de 1940, la población de México creció en una forma explosiva. De 20 millones de habitantes en ese año, medio siglo después alcanzó 80 millones de habitantes con una tasa de crecimiento anual de 6.5 en la década de 1970. Debe mencionarse que desde la década de los años 40, la tasa de mortalidad decreció, en tanto que las tasas de fertilidad permanecieron sin cambio. Sólo después de 1980, las tasas

de fertilidad comenzaron a disminuir (2). El crecimiento anual, en 1991, fue de 3.2 %, comparado con el 2.1 % en los Estados Unidos. Si esta tendencia continúa, para fines del siglo XX la tasa de fertilidad en México será de 1.9 % (1) (tabla 3).

En México, la expectativa de vida al nacer aumentó considerablemente: de 46.9 años en 1950 (3) a 70 en 1971; a 66.5 años en los varones y a 72.9 años en las mujeres. Es decir, alrededor de 6 a 7 años por debajo de la expectativa de vida de los Estados Unidos y Canadá (1) (tabla 4).

La mortalidad por enfermedades infecciosas y condiciones maternas y perinatales es más alta en México que en los Estados Unidos y Canadá: 3.1 y 4.3 veces más alta, respectivamente. El número de muertos por enfermedades no transmisibles es sólo ligeramente más elevado en México. Las lesiones fatales son 2 veces más frecuentes (1) (tabla 5).

TABLA 2
Fertilidad

Tasa de fertilidad	México	Canadá	EUA
1970	6.5	2.3	2.5
1991	3.2	1.9	2.1
2000	2.4	1.7	1.9

Fuente: Banco Mundial, 1993.

TABLA 3
Esperanza de vida

	México	Canadá	EUA
Esperanza de vida al nacer*	70.0	77.0	76.0
Hombres	66.5	73.4	71.2
Mujeres	72.9	79.8	78.2

* Número de años estimados para 1991
Fuente: Banco Mundial, 1993

TABLA 4
Tasas de mortalidad, principales causas*

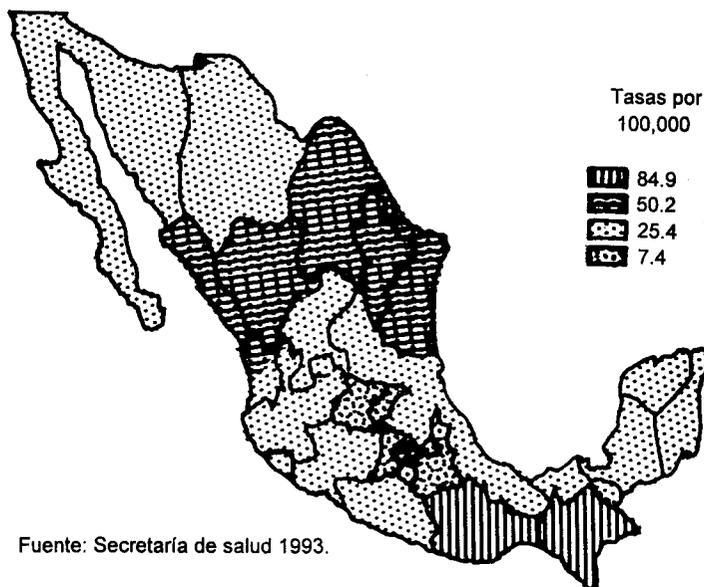
	México	Canadá	EUA
Enfermedades transmisibles y por causas perinatales	168	39	54
Enfermedades no transmisibles	490	395	447
Lesiones	102	48	58

* Muertes por 100,000 habitantes, estandarizadas por edad 1985-1990.
Fuente: Banco Mundial, 1993.

TABLA 5
Mortalidad infantil*

	México	Canadá	EUA
1970	72	19	20
1991	36	7	9

* Por 1,000 nacimientos vivos.
Fuente: Banco Mundial, 1993.



Fuente: Secretaría de salud 1993.

Figura 2. Mortalidad debida a infecciones gastrointestinales.

La tasa de mortalidad infantil decreció de 72 en 1970, a 36 en 1991, y esta tendencia continúa. Sin embargo, la mortalidad infantil es todavía aproximadamente cuatro veces mayor que en los otros dos países de América del Norte (1) (fig. 2).

El mapa muestra la distribución de la mortalidad a causa de infecciones gastrointestinales. Las variaciones en las tasas son considerables, de 84.9 por 100 mil habitantes en los estados más pobres a 7.4 en los estados con mejor calidad de vida (4).

Desde el punto de vista epidemiológico, México se encuentra en un estado de transición (5) caracterizado por problemas relacionados con la pobreza y las condiciones precarias de higiene personal y ambiental, como las enfermedades infecciosas y una creciente prevalencia de enfermedades degenerativas, tales como cardiopatías, daño vascular cerebral, cáncer, diabetes y trastornos mentales. También tenemos problemas relacionados con la exposición a sustancias tóxicas del ambiente, y problemas asociados con cambios en la familia y en el clima social, como la violencia y el abuso del alcohol y de otras sustancias (tabla 6).

De acuerdo con el Banco Mundial (1), México tiene un ingreso per cápita de 3,030 dólares, lo cual lo sitúa en el rango de los países de ingreso medio. El ingreso per cápita de México es 7 veces más bajo que el de los Estados Unidos. En la década pasada (de 1980 a 1991) se registró un crecimiento anual negativo, pero

TABLA 6
Producto interno bruto

	México	Canadá	EUA
PIB per capita*	3,030	20,400	22,240
Promedio de crecimiento anual**	-0.05	2.0	1.7

* dólares 1991

** porcentaje 1980-91

Fuente: Banco Mundial, 1993.

desde 1993, la tendencia comenzó a ser positiva. México es un país muy heterogéneo; en algunos aspectos está a punto de ser un país desarrollado y en otros es una nación subdesarrollada, con regiones en las cuales prevalece la pobreza. Se ha dicho que tenemos lo peor de ambos mundos (tabla 7).

Las considerables diferencias en el estatus de salud entre los tres países se explica, en parte, por las variaciones en el gasto en este rubro: 6.7 veces mayor en Canadá y 90 veces mayor en los Estados Unidos (1). No hay duda de que en nuestro país debe gastarse en salud una proporción mayor del producto nacional bruto orientando ese gasto, gracias a una política de equidad, hacia un mayor peso en la atención a los sectores más pobres de la sociedad (tabla 8).

TABLA 7
Gasto en salud

	México	Canadá	EUA
Total*	7,648	51,594	690,667
per capita	89	1,945	2,763
Total	3.2	9.1	12.7
Sector público	1.6	6.8	5.6
Sector privado	1.6	2.4	7.0

* Millones de dólares, 1990

Fuente: Banco Mundial, 1993.

TABLA 8
Educación

Registro	México %	Canadá %	EUA %
Matrícula neta en			
Primaria*	98	96	99
Secundaria*	53	106	92
Preparatoria*	14	70	75
Analfabetas	13	**	**

* Porcentaje de grupo de edad en educación, 1990.

** Menos del 5%.

Fuente: Banco Mundial, 1993.

Cerca del 13 % de la población de México es analfabeta, principalmente debido a la elevada tasa de crecimiento de la población. La escuela primaria es gratuita y obligatoria, y 98 % de la población en edad de ingresar a primaria, se matricula en un porcentaje muy similar al que se observa en Canadá y en los Estados Unidos (1), aunque en México sólo completa el ciclo un poco más de la mitad (6). A la educación secundaria, también gratuita y obligatoria, ingresa el 53 %, pero a preparatoria sólo ingresa el 14 %.

En los Estados Unidos y Canadá la matrícula en los niveles de *High School* es de casi 100 %, y en el nivel de preparatoria alcanza más del 70 % (1).

En los últimos 4 años, México ha incrementado el gasto para educación en un 65 %. Los gastos educativos relacionados con el producto doméstico bruto aumentaron de 3.8 % en 1983 a 4.7 % en 1992 (7), lo cual es similar al promedio de los países de la OECD.

Un punto interesante es la correlación que hay entre la planeación familiar y la escolaridad de las mujeres mexicanas. La tasa de fertilidad de las mujeres que continúan asistiendo a la escuela después de terminar la primaria, se reduce a 1.0, mientras que la tasa de las que no tienen educación formal es de 4.9. En la escuela primaria, la relación entre los varones y las mujeres que se matriculan es ahora muy similar (8) (tabla 9).

En cuanto a los recursos para la salud, las diferencias son notables. En México, la relación médico-población es de 1:540, comparada con 1:222 en Canadá y 1:238 en los Estados Unidos. La relación enfermeras-médicos también es considerablemente más baja en México. El número de camas de hospital es 12 veces menor en nuestro país que en Canadá (1).

En los Estados Unidos prácticamente ninguna comunidad carece de un médico y una clínica, y es frecuente que tenga un hospital.

Canadá tiene un servicio de salud apropiado. La cobertura es universal y equitativa y hay libertad de selección en las demandas de servicio. Un problema es la elevación de los costos.

En México, la Ley Nacional de Salud de 1984 (9) establece que la salud mental es prioritaria. Sin embargo, la atención del gobierno se ha dirigido principalmente a otros problemas de salud considerados como más apremiantes, y a otros nuevos que han surgido últimamente. En lo que concierne a la salud mental, los recursos financieros y humanos han sido tradicionalmente insuficientes, y el viejo conflicto entre

TABLA 9
Recursos para la salud

	México	Canadá	EUA
Relación médicos/población	1:540	1:222	1:238
Relación enfermeras/médicos	0.8	4.7	2.8
Camas de hospital	1.3	16.1	5.3

Por 1,000 habitantes 1988-92
Fuente: Banco Mundial, 1993.

TABLA 10
Las causas de muerte en los varones relacionadas con las enfermedades mentales y los estilos de vida

	México 1990	Canadá 1990	EUA 1989
Accidentes y efectos adversos	71.7	44.6	52.8
Accidentes de tránsito en vehículos motorizados	26.1	19.4	26.4
Suicidio y autoagresión	3.9	20.4	19.9
Homicidio y lesiones	30.7	2.7	14.4
Otros tipos de violencia	5.9	1.5	1.9
Trastornos mentales	10.5	9.9	10.0

Tasa por 100,000 habitantes.
Fuente: WHO World Health Statistic Annual, 1992.

costo-beneficio y equidad no ha sido resuelto. Esta situación se refleja en el insuficiente presupuesto destinado al cuidado de los enfermos psiquiátricos crónicos.

En México se estima que de 22.5 % a 34 % de las personas que solicitan atención médica en los centros primarios de salud, sufren problemas psiquiátricos, principalmente los niños y, entre los adultos, la depresión y la ansiedad son los más frecuentes. Esta proporción es muy superior a los casos de enfermedades infecciosas (10,11).

Es indudable que si en el futuro la salud mental llega a nuestras poblaciones rurales y marginadas, esto será por medio de los servicios generales de salud y el mejoramiento de la educación (tabla 10).

Las tasas de mortalidad de los varones, relacionadas con trastornos mentales, son muy similares en los tres países; alrededor del 10:100 mil habitantes. La prevalencia de accidentes fatales de tráfico en vehículos de motor también es similar en los 3 países, aunque hay otras clases de accidentes que son 1.35 veces más frecuentes en México. El índice de suicidios es 5 veces menor en México que en los otros dos países, en tanto que el índice de homicidios es 2 veces más alto (12) (tabla 11).

Es difícil hacer una comparación directa de la prevalencia de trastornos mentales en México y en los Estados Unidos, debido a que las metodologías estadísticas no son comparables. Sin embargo, usando los criterios del DSM-III-R, los datos extraídos de encuestas en hogares sugieren que en ambos países, la proporción de adultos con trastornos mentales severos es similar. Las estimaciones para la esquizofrenia son de 1.5 % en los Estados Unidos (13) y 1.0 % en México (14); las enfermedades maniaco-depresivas,

TABLA 11
Porcentajes de los adultos con daños cerebrales severos

	México ¹	EUA ²
Esquizofrenia	1.0	1.5
Maniaco-depresivo	0.8	1.0
Depresión mayor	1.6	1.1

1 Encuesta nacional de salud mental, IMP.
2 Zonas de captación epidemiológica, NIMH.

TABLA 12
Pacientes psiquiátricos hospitalizados

México (1991)	0.2*
Canadá (1990)	6.9*
EUA (1990)	3.4**

Tasas por 1,000 habitantes

Fuentes:
México: Secretaría de Salud, 1993
Canadá: Health Report, 1992
EUA: National Advisory Mental Health Council, 1993

* Altas hospitalarias
** Pacientes atendidos en hospitales

de 1.0 % y 0.8 %, y la depresión mayor de 1.1 % y 1.6 %, respectivamente (tabla 12).

Aunque las tasas de prevalencia son similares, las tasas de utilización de servicios son diferentes debido, principalmente, a que en México es muy pequeña la proporción de pacientes psiquiátricos que hace uso de la capacidad instalada.

En México (15), el número de altas en los hospitales psiquiátricos, en 1991, fue únicamente de 0.2 × 1,000 habitantes, comparado con 6.9 en Canadá (16) en el mismo periodo. En los Estados Unidos, la tasa de pacientes psiquiátricos tratados en hospitales fue de 3.4 × 1,000 habitantes (17) (tabla 13).

TABLA 13
Número de psiquiatras

México	1,675*	2/100,000
Canadá	2,300**	9/100,000
EUA	44,255***	17/100,000

Tasas por 100,000 habitantes

Fuentes:

* Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental, A.C., 1994

** Directorio de Asociaciones en Canadá, 1993

*** Dorwart et al, 1992

La diferencia en el número de psiquiatras es notable. En los Estados Unidos (18) hay 17 psiquiatras por 100 mil habitantes, mientras que en México hay 2 por 100 mil (19) y en Canadá 9 por 100 mil (20).

En los últimos 40 años, la Universidad Nacional Autónoma de México, y en los últimos 15, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, adiestraron a 70 % de todos los psiquiatras que ejercen la profesión en el país. En cuanto a otros profesionales de la salud mental, su número es muy bajo: 330 enfermeras psiquiátricas, 350 trabajadores sociales psiquiátricos y 340 psicólogos especialmente adiestrados para trabajar en escenarios institucionales. Esta escasez explica, en parte, las limitaciones de nuestro sistema de salud mental.

TABLA 14
Costo de la atención a los pacientes psiquiátricos hospitalizados en México promedio día-cama

Hosp. Psiquiátrico de Yucatán	23.00*
Hosp. Psiquiátrico Chamela (B.C.S.)	38.00*
Hosp. Fray Bernardino Alvarez (D.F.)	35.00*
Hosp. Dr. Juan N. Navarro (D.F.)	60.00*
Promedio de los 28 hospitales psiquiátricos	17.00*

* Dólares americanos.

Fuente: Secretaría de Salud, 1993.

TABLA 15
Prevalencia del uso ilícito de drogas entre las personas del sexo masculino

	México %	EUA %
Cualquier uso	4	37
Uso durante el año anterior	2	19
Uso durante los últimos 30 días	0.8	12

Fuentes:

México: Dirección General de Epidemiología,

Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990.

Los psiquiatras mexicanos están bien adiestrados y se han reducido en el país las diferencias en los programas de adiestramiento. La certificación de psiquiatras se inició hace 15 años y se espera certificar también a los hospitales psiquiátricos (tabla 14).

El costo diario para la atención a los pacientes en nuestros hospitales públicos es bajo: cerca de una quinta parte de lo que cuesta en los Estados Unidos. Además, las diferencias regionales son notables en nuestro país (tabla 15).

El problema del abuso de sustancias en México tiene algunos rasgos característicos. A pesar de ser un país productor de drogas y una estación de tránsito de drogas que proceden de algunas regiones de Sudamérica, las tasas son mucho más bajas que las que se observan en los Estados Unidos (21,22). Las encuestas nacionales en hogares, de ambos países, han puesto de manifiesto que las tasas de prevalencia del consumo de drogas son considerablemente más bajas en México. En nuestro país, la prevalencia del uso de cualquier droga ilícita en el lapso de vida de la población masculina fue de 4 %, en tanto que en los Estados Unidos alcanzó el 37 %.

Las diferencias en la "prevalencia de periodo" (casos activos en el año anterior) son también notables: 2 % y 19 %; y en cuanto al uso en los últimos 30 días, 0.8 % y 12 %, respectivamente. Algunos expertos temen que un contacto más estrecho con la cultura norteamericana influenciará en forma desfavorable el consumo de "drogas duras" en México (tabla 16).

El empleo de la marihuana con el fin de experimentar sus efectos, es entre 8 y 11 veces más bajo en México (21) que en los Estados Unidos (22) y Canadá

TABLA 16
Prevalencia del uso de drogas

	México %	Canadá %	Estados Unidos	
			Hispanos %	No hispanos %
Marihuana	3.0	23.2	23.5	33.5
Cocaína	0.3	3.5	7.3	12.4

Porcentajes de uso alguna vez

Fuentes:

México: Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990.

Población urbana de 12 a 65 años.

Canadá: Health and Welfare, 1992.

Población nacional de 15 años en adelante.

EUA: National Institute on Drug Abuse, 1990.

Población nacional de 12 años y más.

TABLA 17
Los casos de SIDA registrados, relacionados con el uso de drogas IV

	México %	EUA %
Usuarios de drogas IV	0.6	24.5
Usuarios de drogas IV homosexuales	1.17	5.3
Relación México/EUA del total de casos registrados		1:86

Casos registrados 1991-92
Fuente: EPI-CONASIDA México, 1993.

(23). Las tasas de consumo de cocaína también son 12 y 41 veces más bajas. Sin embargo, debe mencionarse que en nuestro país tiende a aumentar el abuso de sustancias adictivas. (tabla 17).

Un indicador de la magnitud del problema que representa el uso de drogas en ambos países, es la proporción de casos registrados de SIDA que se infectaron por usar drogas por vía intravenosa como factor único o en asociación con otros factores. En los Estados Unidos, el número total de casos registrados de SIDA es considerablemente más alto que en México, y la proporción de casos infectados por el uso de drogas por vía intravenosa, es 18.6 veces más alta (24) (tabla 18).

El alcohol etílico es la principal droga de abuso en nuestro país. Sin embargo, el consumo de alcohol *per capita* es más bajo en México que en Canadá y en los Estados Unidos (25). Una gran proporción de mexicanos, especialmente mujeres y gente joven, son abstemios o beben con poca frecuencia, en tanto que una pequeña proporción de bebedores, generalmente varones de mediana edad, ingieren grandes cantidades de alcohol en cada ocasión.

La última encuesta en hogares que se hizo en México, mostró que 78 % del alcohol disponible lo consume el 25 % de estos grandes bebedores (26) (tabla 19).

El patrón de ingestión de alcohol que hemos mencionado se relaciona con una tasa elevada de accidentes y de otros problemas que tienen que ver con el alcohol. La tabla muestra la proporción de personas con lesiones que ingresaron a los servicios de urgencia de la ciudad de México (27) y de un condado de California (28), que resultaron positivas al aplicarles el medidor de alcohol para el aliento. En ambos estudios se usaron cuestionarios y metodologías de

TABLA 18
Consumo de alcohol *per capita*

	México	Canadá	EUA
Litros de alcohol puro	2.7	8.0	8.0
Coctéles	0.9	2.7	2.7
Vino	0.4	9.7	9.2
Cerveza	35.1	82.7	90.3

Fuente: The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs.
Report No. 87, Stockholm, 1985.

TABLA 19
Accidentes relacionados con el alcohol

	México*	EUA**
Total	34	11
Hombres	41	12
Mujeres	10	8

Alcocensor positivo.

Fuente:

* Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1993.

** Alcohol Research Group, 1993.

investigación similares. Como puede verse, la proporción de personas accidentadas que habían tomado alcohol fue mayor en México.

Otras diferencias

No es necesario decir que el cuidado de la salud y los servicios de salud de los Estados Unidos, si bien no son los mejores, son excelentes en términos de los estándares mundiales.

En los Estados Unidos, los consumidores gozan de mucha protección en toda el área de la medicina, incluyendo la de la psiquiátrica. Sin embargo, se critica al sistema de salud de ese país por el abuso de tecnología, el aumento en espiral de los costos, la excesiva burocracia, el gran número de demandas legales contra los médicos a causa de sus negligencias, y el creciente deterioro de la relación médico-paciente. Además, se reconoce que la cobertura es inadecuada o inexistente para unos 40 millones de personas. Algunos críticos también consideran que en los Estados Unidos hay una comercialización excesiva de la salud y una "medicalización" de la vida cotidiana (29,30). Actualmente estamos observando con gran interés las profundas reformas del sistema de salud de los Estados Unidos respecto a sus objetivos y a su filosofía.

Hasta donde sabemos, las reformas tienen como meta lograr la cobertura universal, la posibilidad de que los usuarios puedan escoger entre varios planes de seguros, la preservación de la calidad y un costo más bajo. Esta estrategia alienta el desarrollo de la medicina de primer nivel (pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia y medicina familiar) y, por consiguiente, desalienta la formación de especialistas en favor de los médicos generales. Una de las metas específicas en el área de la salud mental, es la eliminación de las actuales regulaciones discriminatorias, tanto en el área de la psicoterapia como en la duración de la hospitalización que cubre el seguro.

En México, la situación es diferente. Los pacientes tienen poca protección legal y dependen de la competencia y la honestidad de los médicos. La llamada "medicina defensiva" es prácticamente inexistente y la mayor parte de las discrepancias entre los pacientes y los médicos se resuelve en la Secretaría de Salud y en los cuerpos colegiados, tales como la Academia Nacional de Medicina. Es de esperarse que con el TLC ocurran cambios en este patrón.

¿Por qué México es miembro del TLC?

Como se sabe, el TLC es una instancia de la tendencia universal de los países a conformar bloques comerciales y financieros. La participación de México con sus vecinos se basa en sus avances reales y en sus expectativas de modernización en términos de mercado libre. Para muchos observadores, es un hecho que México está en un proceso activo de transición económica, epidemiológica, educativa y política.

Es pertinente mencionar que de 1940 a 1982, México se transformó de país esencialmente rural a nación urbana y comercial. Hoy, a pesar de que su producto nacional es bajo, 7.3 veces más bajo que el de los Estados Unidos, el poder de adquisición de la población mexicana es comparable al de los países ricos. Esto se debe principalmente a su numerosa población (31).

El sistema mexicano de salud pública lleva las marcas de su origen heterogéneo. La Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social fueron creados hace 50 años, y unos años después, el servicio de seguridad social para los trabajadores del estado. Más tarde, en 1970, se creó otro sistema de salud financiado con fondos federales, destinado a la población no asegurada (IMSS-Coplamar, ahora IMSS-Solidaridad).

Durante el periodo de 1982 a 1988, el Sector Salud estuvo sujeto a cambios estructurales. En este tiempo, el derecho de todos los ciudadanos a la salud fue elevado a rango constitucional, y una ley general de salud deslindó las responsabilidades de los sectores público y privado en esta área. En 14 entidades federativas se descentralizaron los servicios de salud con el propósito de extender la cobertura bajo una administración unificada y aumentar la participación de las entidades federativas en el financiamiento de los servicios para la población no asegurada. En el documento a que hacemos referencia se presta considerable atención a la salud mental.

No obstante sus limitaciones, el sistema mexicano de salud tiene algunas virtudes. Por una parte, la cobertura es casi universal (95 % de la población, lo que es similar a la de los países de la Comunidad Europea), aunque sólo en el primer nivel de atención. Los servicios de salud integral resolutivos son limitados, si bien la mayor parte de las ciudades cuentan con buenos hospitales de segundo y tercer nivel. Si nuestro país ha de llegar a ser un país moderno, reducir la inequidad es un paso obligado (30).

A pesar de que en México, el gasto en salud es relativamente reducido, la cobertura, especialmente en el primer nivel, se ha incrementado mucho en los últimos 20 años. En 1970 sólo 24 % de la población estaba cubierta por la seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX), mientras que en 1990, el 60 % de la población está cubierta.

La Secretaría de Salud proporciona atención a 22 % de la población que no tiene acceso a la medicina privada ni a las clínicas o servicios de la seguridad social. Otro 10 %, que vive en las comunidades rurales más pobres, recibe atención por medio del programa federal especial IMSS-Solidaridad, pero to-

avía hay cerca de 5 millones de personas en nuestro país que no cuentan con los servicios mínimos de salud.

Es necesario encontrar los mecanismos que hagan accesibles los servicios de segundo y tercer nivel a la totalidad de la población, y disminuir las diferencias regionales con base en la cobertura y la calidad. Es claro que el que la seguridad social esté limitada a aproximadamente 60 % de la población, es una inequidad social. A la luz de la experiencia, es fundamental el papel del estado en el cuidado de la salud, y continuará siéndolo. La medicina privada sólo está disponible para una fracción reducida de la población.

¿Qué es lo que fue y lo que no fue negociado en el área de la salud en el TLC?

Fue negociada la eliminación de los requisitos de la nacionalidad y de la residencia permanente para prestar servicios profesionales (pero se mantienen los otros requisitos de cada país). Es decir, que los profesionales de los países miembros serán tratados como los nacionales. Se da paso libre al equipo médico y de investigación, y se plantea una política de puerta abierta para la entrada de personal técnico con propósitos de investigación y enseñanza, y para el establecimiento de clínicas y hospitales (32,33).

No se negociaron los servicios de salud pública, los sistemas de seguridad social ni las regulaciones sanitarias. La homologación de los requerimientos para la práctica profesional en el campo de la salud, y el reconocimiento recíproco de especialistas certificados, se mencionan en el tratado como una posibilidad abierta para el futuro mediante un proceso que requerirá de negociaciones con la participación de los cuerpos colegiados.

Es interesante mencionar que en algunas ciudades de la frontera norte, 31 % de los clientes de los médicos mexicanos son residentes de los Estados Unidos (34). Esto se debe a que "la atención es más barata y los pacientes confían en sus médicos". Por otro lado, miles de mexicanos buscan los servicios privados de los prestigiados centros médicos norteamericanos. Es posible que este intercambio aumente en el futuro.

¿Qué cambios favorables en relación con la salud pueden anticiparse en nuestro país como consecuencia del TLC? Por una parte, esperamos que mejore la calidad de los servicios y aumente la demanda aun cuando su costo sea mayor. También se espera que el tratado estimule la transferencia de tecnología, la certificación de individuos y servicios, que mejoren los programas de adiestramiento y que, en su conjunto, se le de una mejor atención a los problemas de salud.

Algunos riesgos

El TLC plantea algunos riesgos que ya han sido examinados en México por las corporaciones médicas. Uno de estos riesgos sería caer en soluciones que son una ciega imitación de lo que hacen nuestros nuevos socios más ricos y desarrollados. Nuestra opi-

nión es que las soluciones han de ser diseñadas dentro del marco de nuestra cultura, de nuestras circunstancias y de nuestros recursos financieros y humanos. Daré algunos ejemplos: en México, el papel de la familia en el cuidado de los ancianos y de los pacientes mentales tiene mucho más importancia que el de la comunidad. De hecho, en gran parte carecemos de tradición en cuanto a la participación de la comunidad en programas de salud y educación.

Muchos colegas americanos están de acuerdo en que la reforma del cuidado de la salud, en los Estados Unidos, requiere de un aumento de la medicina en la atención primaria y de que se reduzca el número de especialistas. Este no es el caso de nuestro país, en donde, si bien es necesario estimular la medicina de primer nivel, necesitamos también, y de manera urgente, entrenar especialistas en las áreas de la patología y la psiquiatría.

Otra preocupación que tenemos es la posible pérdida de los recursos humanos que emigrarían a los otros dos países de Norteamérica debido a que aquí no pueden satisfacer sus demandas en el campo y allá percibirían mejores salarios. Un ejemplo que debe tenerse presente es el caso de Pakistán, un país con 85 millones de habitantes, en donde 600 de sus 800 psiquiatras trabajan en otros países de habla inglesa.

Hace 50 años, el gobierno mexicano creó algunas instituciones de excelencia en las áreas de la medicina, que experimentaban entonces un rápido crecimiento. Así nació el subsistema de los Institutos Nacionales de Salud: Cardiología, Enfermedades de la Nutrición, Cancerología, Enfermedades Respiratorias, etc. Los 10 Institutos Nacionales de Salud han desempeñado un papel importante en el mejoramiento de la calidad médica y de la investigación científica en las áreas de su competencia.

La creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría tuvo que esperar hasta 1980. Las funciones asignadas al Instituto son: llevar a cabo investigaciones científicas en el área de la psiquiatría y la salud mental, adiestrar personal para todos los niveles y proporcionar asesoría técnica a otras instituciones tanto oficiales como privadas. Desde su creación, el Instituto ha estado estrechamente vinculado con la Universidad Nacional y es centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud. Siendo la única institución de investigación psiquiátrica en el país, ha contribuido a situar a la psiquiatría en el mismo nivel de otras especialidades médicas. Otra de las funciones esenciales del Instituto es adiestrar profesionales: psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y enfermeras psiquiátricas.

Debido a la recesión financiera en que se encuentra sumido el país, durante la última década, algunos de los 28 hospitales psiquiátricos con que cuenta se han deteriorado. Nadie de quienes pertenecen a nuestra profesión negaría que en México, como en otros países, las condiciones de algunos hospitales psiquiátricos son insatisfactorias, particularmente las de aquellos que tienen a su cargo a los pacientes crónicos. Estas condiciones se deben a la escasez de recursos financieros y a que otros problemas de salud pública se han considerado como más urgentes. Sin embargo,

los psiquiatras sabemos la injusticia que esto implica y estamos haciendo nuestra parte para mejorar la situación.

¿Cuál es la posición de las organizaciones psiquiátricas de México en relación con los problemas que plantea el cuidado de los enfermos psiquiátricos?

Las recomendaciones de una comisión de expertos para el bienestar de los enfermos mentales, nombrada por las principales instituciones de salud del país, propusieron los lineamientos de un programa que fue expresado en los términos siguientes:

- Ampliar las alternativas para el tratamiento de los enfermos por medio de la apertura de servicios de psiquiatría en los hospitales generales y en los centros de salud.
- Mejorar los servicios para el manejo y seguimiento de los pacientes externados, mediante programas de hospitalización parcial: de día, de noche, de fin de semana, etc.
- Mejorar los programas de rehabilitación con el apoyo de personal especializado, poniendo el mayor énfasis en la participación de las familias.
- Remodelar las unidades asistenciales para pacientes psiquiátricos, que lo requieren.
- Aumentar el personal técnico y administrativo en todos los niveles, en respuesta a las necesidades que se determinen.
- Construir y operar hospitales psiquiátricos modernos en las regiones del país que carecen de estos servicios.
- Extender los programas de educación en el área de la salud mental como un instrumento central de la prevención.
- Reforzar los programas de adiestramiento para el personal en todos los niveles, incluyendo a todos los empleados que tengan contacto directo con los pacientes.
- Crear consejos estatales de salud mental en aquellas entidades que carezcan de ellos.
- Crear comités de ética y vigilancia, accesibles a los pacientes y a sus familias, en todos los hospitales psiquiátricos.
- Supervisar periódicamente las unidades psiquiátricas, tanto públicas como privadas.
- Actualizar las normas y las regulaciones en este campo.
- Se sugiere desarrollar servicios intermedios para los pacientes crónicos que carecen de familiares y de otras personas que se ocupen de ellos.

Las siguientes organizaciones psiquiátricas: Asociación Psiquiátrica Mexicana, Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica, Consejo Mexicano de Psiquiatría y Federación de Sociedades Pro-Salud Mental, no han sido en ningún momento indiferentes a los derechos humanos de los enfermos mentales, tanto agudos como crónicos. Por su recomendación, en un capítulo de la Ley Federal de Salud de 1984 se le atribuyó a la salud mental un carácter prioritario. En 1987 fueron

promulgadas normas técnicas dirigidas a proteger los derechos de los enfermos mentales, complementadas, posteriormente, por un conjunto de principios y regulaciones basadas en las normas y disposiciones internacionales. Estos documentos son operantes en las instituciones públicas y privadas para enfermos mentales. A lo anterior hay que agregar la creación de comités de ética y vigilancia en cada uno de los hospitales psiquiátricos. El aumento de 80 % en el presupuesto, en los últimos 4 años, ha permitido avanzar a lo largo de las líneas señaladas, si bien las propias autoridades reconocen que aún hay un largo camino por recorrer.

Tanto en nuestro país como en muchos otros países, en el área de la salud mental "las necesidades siempre exceden a las disponibilidades". Sin embargo, con base en los controles establecidos, no puede negarse que los psiquiatras mexicanos respetamos los derechos humanos de los pacientes y apoyamos los principios de justicia y equidad en las políticas de salud pública. El problema principal es la pobreza. Nadie duda que es urgente hacer más por los más pobres y vulnerables, incluyendo a los pacientes crónicos psiquiátricos y neurológicos.

Venturosamente, hoy en día la salud mental es un tema que causa gran preocupación en todos los países civilizados. En México, el desafío es extender la cobertura, mejorar la calidad de los servicios y

proporcionar a los pacientes alternativas para su tratamiento. Para el cumplimiento de esta tarea, reconocemos la ayuda de grupos no gubernamentales de buena fe.

Algunos comentarios finales

El TLC aumentará las oportunidades de reforzar y ampliar la colaboración entre los países signatarios en el campo de la psiquiatría y la salud mental. Una posibilidad, es el intercambio de estudiantes y profesores. Otra, es la homologación de los programas de adiestramiento para los especialistas y la certificación del personal. Otra más, es participar en investigaciones en áreas de interés común. Es conveniente mencionar que durante los últimos 15 años ha habido una colaboración fructífera entre el Instituto Mexicano de Psiquiatría y otras instituciones de México, Estados Unidos y Canadá. Ha llegado el tiempo de que esta colaboración adquiera una estructura más sólida. Un primer paso sería establecer contactos oficiales con las instituciones y grupos que tienen capacidad e interés en participar: universidades, institutos de investigación, hospitales psiquiátricos, etc. El lenguaje no debe ser un obstáculo, sino un camino abierto para comprender las diferencias culturales.

REFERENCIAS

1. WORLD BANK: *World Development Report: Investing In Health, World Development Indicators*. Oxford University Press, 1993.
2. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA: *VI, IX, X y XI Censos Generales de Población y Vivienda*. México, 1940-1990.
3. CONSEJO NACIONAL DE POBLACION: *México Demográfico*, Breviario. México, 1988.
4. SECRETARIA DE SALUD: *Atlas de Salud*. México, 1993.
5. SECRETARIA DE SALUD: *Estadísticas Vitales*. México, 1922-1990.
6. SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA/DGPPP: *Indicadores Educativos*. México, 1993.
7. SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA: *Compendio Estadístico del Gasto Educativo*. México, 1993.
8. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA: *La Mujer en México*, XI Censo de Población y Vivienda. México, 1990.
9. SECRETARIA DE SALUD: *Ley General de Salud*. México, 1984.
10. PADILLA P, MAS C, EZBAN M, MEDINA-MORA, M E, PELAEZ O: Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a consulta general de un centro de salud. *Salud Mental*, 7(3):72-78, 1984.
11. MEDINA-MORA M E, PADILLA P, MAS C, EZBAN M, CARAVEO J, CAMPILLO C, CORONA J: Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de practica médica general. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*, 31:53-61, 1985.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *World Health Statistics Annual* 1992. Ginebra, 1993.
13. NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH: Unpublished data 1992, in health care reform for american with severe mental illnesses: Report of the National Advisory Mental Health Council. *Am J Psychiatry*, 150:1447-1465, 1993.
14. CARAVEO J, MEDINA-MORA M E, RASCON M L, VILLATORO J, LOPEZ E K, JUAREZ F, GOMEZ M, MARTINEZ N A: Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una Encuesta Nacional de Hogares. *Anales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 5:22-42, 1994.
15. SECRETARIA DE SALUD, SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Daños a la salud. *Bol Información Estadística*. México, 2(12), 1992.
16. RILEY R: Mental disorders 1989-90. Canadian Centre for Health Information, Statistics Canada, Ottawa. *Health Reports*, 4(2):201-203, 1992.
17. NATIONAL ADVISORY MENTAL HEALTH COUNCIL: Health care reform for american with severe mental illnesses: Report of the National Health Council. *Am J Psychiatry*, 150:1447-1465, 1993.
18. DORWART R A, CHARTOCK L R, DIAL T: A national study of psychiatrists professional activities. *Am J Psychiatry*, 149:1499-1505, 1992.
19. Federación Mexicana de Sociedades Pro-Salud Mental, A.C. México, 1994.
20. FRASER L, LAND B: *Directory of Associations*. Ontario, Canadá: Micromedia Limited, 1993.
21. SECRETARIA DE SALUD: Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría: *Encuesta Nacional de Adicciones*. México, 1989.
22. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE: *Overview of the 1990. National Household Survey on Drug Abuse*. Washington, 1990.
23. HEALTH AND WELFARE CANADA: Alcohol and other drug use by Canadians: A national alcohol and other drugs survey 1989. *Technical Report Minister of Supply and Services*. Canadá, 1992.
24. SECRETARIA DE SALUD EPI-CONASIDA: *Boletín Mensual SIDA/ETS*. México, septiembre, 1993.
25. The Swedish Council for information on alcohol and other drugs: *Report 87*. Estocolmo, 1985.
26. MEDINA-MORA M E, MARIÑO M C: *Epidemiología del Abuso de Alcohol y Drogas, en Medicina Interna*. De la Fuente JR (ed). Fondo de Cultura Económica. México, (en prensa).

27. ROISOVSKY H, LOPEZ J L, NARVAES A, VILLATORO J: Alcohol related problems in emergency rooms in Mexico City. *Int J Addict*, 1990.
28. STEPHENS C J, PARES A, RODEO J, ROISOVSKY H: Validity of self reported alcohol consumption in the emergency room: data from the United States, México and Spain. *J Stud Alcohol*, 53(3):203, 1992.
29. JINICH H: La miseria de la opulencia. *Gac Med Méx*, 1992.
30. SOBERON G, MARTINEZ G: Miradas periódicas a los sistemas de salud. *Rev Fac Med UNAM*, 37(1):38-44, 1994.
31. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CORPORATION AND DEVELOPMENT: Review of national science and technology policy: México, Part II: Examiners Report. Mexico, 1994.
32. SECOFI: Tratado de Libre Comercio de América del Norte. *Texto Oficial*. Mexico, 1993.
33. MARTINEZ-PALOMO A: El Tratado de Libre Comercio y los Servicios Médicos: Elementos para el Análisis y la Negociación. *Academia Nacional de Medicina*. Mexico, 1992.
34. ZAVALETA T, CORAY G, RUBINSTEIN C: Health needs assessment survey for Brownsville, Texas: AUS/México border community case atudy 1983-1985. Quoted by Warner and Reed. Health care across the border. The University of Texas at Austin, 1993.