

**DEL DIP. JORGE CARLOS RAMÍREZ MARÍN, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PARTIDO REVOLUCIONARIO INSTITUCIONAL, LA QUE CONTIENE PROYECTO DE DECRETO QUE CREA LA LEY GENERAL DE SALUD MENTAL.**

**INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO QUE CREA LA LEY GENERAL DE SALUD MENTAL, A CARGO DEL DIPUTADO JORGE CARLOS RAMÍREZ MARÍN DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PRI.**

---

El suscrito Diputado Jorge Carlos Ramírez Marín, integrante del Grupo Parlamentario del PRI, con fundamento en los Artículos 71 fracción II de la Constitución General de la República y 55, fracción II del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, someto a consideración del Pleno de esta Honorable Cámara de Diputados, Iniciativa con Proyecto de Decreto que crea la Ley General de Salud Mental, al tenor de la siguiente:

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

**I. Introducción.**

a) Evolución de la terapéutica de la salud mental.

Durante los años recientes, el tema de la salud mental de las personas ha cobrado mayor relevancia a partir de los avances en materia de derechos humanos que han logrado un proceso de visibilidad creciente de los diferentes aspectos que inciden para bien y para mal en la integralidad del bienestar individual.

La estadística y la investigación, así como fenómenos sociales que caracterizan a la época contemporánea han logrado que la sociedad, y las instituciones de salud, dirijan mayor atención hacia las afecciones mentales. La era de los derechos humanos, incide a su vez en que la mirada de la sociedad tienda a ser progresivamente menos prejuiciada al respecto.

Los conceptos tanto de salud mental como de enfermedad mental, en la integralidad de la salud individual, se desenvuelven en un estado permanente de dinamismo y relatividad en todas las personas, de tal manera que amerita que exista desde la responsabilidad pública una política específica que aborde las líneas de promoción de la salud y la prevención de enfermedad, así como de atención desde una nueva perspectiva caracterizada hoy día por una impronta humanista que haga prevalecer la valoración de la existencia humana en sí misma y no sólo a los criterios productivistas.

La historia de los tratamientos de las enfermedades mentales, se ha inscrito en el marco de los procesos civilizatorios de las culturas determinados a su vez por su modo de producción y las especificidades de su espacio y su tiempo; por sus procesos de representación simbólica. A los enfermos mentales, se les ha enaltecido y sacralizado a veces y otras veces se les ha estigmatizado. Se les ha santificado o satanizado. En la modernidad capitalista, para la que son “inútiles” se les ha marginado, llegando hasta el confinamiento y la crueldad. En todo caso y en todo tiempo, es su diferencia la que los ha señalado, manifiesta en una racionalidad en distintos grados incomprensible y muchas veces inmanejable para la generalidad.

Recientemente, con los avances de la ciencia, el ostracismo y la crueldad fueron sustituidos asépticamente por el suministro continuo de fármacos; de igual forma se ha tratado de la negación de la condición humana de la persona y sus potencialidades. Señalados indeleblemente como enfermos, invisibles, unas veces conducidos

artificialmente hasta la inamovilidad y otras hasta la exaltación, pero sin la información ni el discernimiento propio sobre sus necesidades.

#### b) Tendencias contemporáneas de la salud mental.

Partiendo de la noción de que la salud absoluta y la enfermedad absoluta son términos relativos y más allá de la voluntad pues los factores y contingencias que las propician son de muy diversa índole desde genéticos hasta circunstanciales; y que todas las personas estamos expuestas a padecer un mal de la mente o una tribulación del espíritu que se psicosomatiza de manera inesperada, las corrientes contemporáneas de la salud mental han convenido en referir estos males como “trastornos mentales” sustituyendo a la estigmatizada noción de enfermedad. Un lenguaje distinto que implica una actitud distinta de la medicina, la política pública y necesariamente la legislación, en la que se pone en el centro el reconocimiento de la naturaleza humana y el respeto a la dignidad que siempre le corresponde: humanismo.

Si a los trastornos mentales se les aborda ahora desde una perspectiva humanista, es por lo tanto necesario comprender a quienes los padecen con una mirada integral que abrace a sus emociones y a los procesos de su subjetividad, y en consecuencia indispensablemente y por lo tanto la necesidad de observar en todo momento a sus derechos fundamentales.

Y los derechos fundamentales además de ser la constante en todo el ciclo de la procuración de la salud, que va de la prevención hasta el tratamiento específico por medio de fármacos y métodos terapéuticos, son también los instrumentos que garantizan los vínculos relacionales de los pacientes con trastornos mentales con las instituciones de salud tanto públicas como privadas, como con sus propias esferas comunitarias y entornos sociales.

Bajo este orden de ideas, es necesario señalar tanto en la legislación como en la norma que de ella se derive, el catálogo de libertades fundamentales y derechos básicos de los cuales son sujetos quienes padecen un trastorno de esta naturaleza. Con ello se impulsarán una nueva cultura de respeto y no discriminación en la esfera pública y privada así como las obligaciones de quienes les brindan atención, sin olvidar, desde luego, la obligación que tiene el Estado de regular los servicios en la materia.

Si es verdad que la salud es “el estado de completo bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS 1946), es necesario aceptar que el concepto de salud mental va implícito en el concepto de salud y además son indisolubles.

Se entiende además que la salud integral de las personas, se considera como un factor derivado del equilibrio entre la especie humana y su medio ambiente y como una manera de vivir que armonice el desarrollo de la potencialidad individual y colectiva.

#### c) La problemática de la salud mental en México.

A pesar de los importantes avances que nuestro país ha tenido en lo que a salud mental se refiere, particularmente a partir del 2004 en que en gran parte gracias a los impulsos de organizaciones civiles se creó el Consejo Nacional de Salud Mental y se reformó la Ley General de Salud, es necesario considerar las grandes brechas por salvar: se carece de una regulación adecuada; los hospitales psiquiátricos padecen deterioro; los centros de salud y los hospitales adolecen de una adecuada política de salud mental; en las instituciones públicas todavía se suministran medicamentos que otros países han valorado descontinuar por sus efectos nocivos; y aún persisten prácticas discriminatorias y de maltrato, además de la falta de supervisión en las instituciones privadas. Es pues necesario reconocer la importancia y magnitud del fenómeno que se enfrenta, diversificar las alternativas de tratamientos y en suma, modernizar el modelo de atención.

Para salvar los escollos anteriores, deben establecerse desde el mandato de la ley, los criterios básicos para emitir diagnóstico, y regular el tratamiento y el tipo de atención.

Es necesario, exigir la certificación a las instituciones y a los profesionales de la salud psicoemocional, partiendo del reconocimiento de las bondades que los diferentes métodos y corrientes pueden aportar, pero en la idea de garantizar a la sociedad que recibirán siempre servicios profesionales y de calidad, ya sean públicos o privados y para el caso de cualquier método terapéutico, médico o psicológico por el que se haya optado.

Resulta entonces evidente que para la salud mental de las personas, es una condición garantizar la necesidad humana de la inclusión, el respeto y el derecho a hacerse escuchar y participar en su propio proceso.

## **II. Criterios de la Organización Mundial de la Salud.**

La Organización Mundial de la Salud pone énfasis en la pertinencia de que todos los países cuenten con legislación en materia de salud mental, toda vez que ésta resulta imprescindible para proteger la vulnerabilidad específica de las personas con trastornos mentales. Esta vulnerabilidad obedece en primer lugar, a que el padecimiento de una persona puede afectar sus procesos de pensamiento y decisión, su conducta y la capacidad de salvaguardar sus propios intereses. En segundo lugar, a la estigmatización, la discriminación y la marginación a que se les somete en la mayor parte de las sociedades. Esta estigmatización es causa frecuente de que no tengan acceso al tratamiento adecuado y de calidad que requieren. La marginación y la discriminación suelen desembocar en violaciones de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales tanto por parte de los prestadores de servicios de salud mental como de los otros agentes con los que se tienen que enfrentar en las diferentes esferas de su vida. (OMS 2003)

Es en el orden de las falsas creencias que se atribuye a la generalidad de las personas con trastornos mentales el ser un peligro para sí y para otros, alterándose por ello todo su sistema relacional tanto en sus entornos directos como indirectos. El riesgo de violencia o daño es en realidad relativamente pequeño y el prejuicio no debe obrar para el diseño de la legislación sobre salud mental que antes al contrario, debe velar porque no se les cierren las oportunidades ni los espacios institucionales.

La legislación sobre salud mental, por tanto, debe ir más allá de la regulación de los procedimientos institucionales para la atención, sino que debe garantizar para empezar la accesibilidad hasta los procesos de inserción social, incluyendo a la necesaria política en materia de prevención y promoción de la salud.

Según la OMS (2001) el mero hecho de que en los países exista la legislación específica en la materia, no es suficiente para garantizar el conjunto de los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales, incluso se da el caso de que la existencia de una legislación nacional sobre salud mental no garantiza necesariamente que los derechos humanos de las personas con trastornos mentales se protejan o se respeten, llegando incluso a atentar en contra de ellos desde la misma norma. Según las cifras, en el 25% de los países que aglutinan casi al 31% de la población mundial, no existe legislación sobre salud mental. Y en los que existe, el sentido y los desniveles marcan grandes diferencias entre las diversas regiones del mundo y con relación a la garantía de los derechos fundamentales. Así, un 91,7% de los países en la región europea poseen legislaciones sobre salud mental, mientras que en la región del mediterráneo oriental tan sólo un 57% disponen de ellas. En un 50% de los países, las leyes relativas a salud mental fueron aprobadas después de 1990, mientras que en el 15% la legislación sobre salud mental se remonta hasta antes de 1960, época en la que la mayoría de los tratamientos actuales no estaban disponibles.

Bajo el anterior orden de ideas, ha de considerarse entonces, que no basta con tener legislación, ni siquiera aunque sea adecuada, sino que amerita además el diseño específico de una política de salud mental que vaya precisamente en este sentido humanista que se viene señalando para garantizar los derechos fundamentales de las personas. La ley, efectivamente lo que proporciona es el marco legal que establece las condiciones básicas

para un modelo con calidad humana y técnica en cada uno de los aspectos y de las fases que la política pública debe implicar.

Siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, el aspecto vinculante entre legislación y política pública, es precisamente la observancia de los derechos humanos para la relación institucional y la interrelación social.

Estos derechos incluyen, entre otros, los de igualdad y no discriminación; el respeto a la dignidad, la intimidad y la privacidad; la garantía de la autonomía individual; el derecho a la información a la participación y a la decisión. Bajo esta orientación, la legislación sobre salud mental es entonces el instrumento que codifica estos valores y principios fundamentales que deberán traducirse en la política específica sobre salud mental.

Para la modernización del modelo de atención, es necesario considerar la importancia de la integración en la comunidad como se hace en países con legislación avanzada, que han sustituido las prácticas de confinamiento por procesos de participación en servicios a la comunidad. La tendencia es a evitar en la medida de lo posible el internamiento involuntario o procurar que sea de corta estancia y a que éste se practique sólo en casos verdaderamente excepcionales de riesgo para sí y/o para otros por el paciente y las prácticas comunitarias son coadyuvantes precisamente en este sentido. La restricción del ingreso involuntario a un período de meses y no de años como en antaño genera más estímulos para una atención comunitaria y para la rehabilitación. La legislación debe permitir a las personas con trastornos mentales, a sus familias y cuidadores jugar un papel importante en la relación de los pacientes e incidir en las decisiones del eventual internamiento. Estos allegados, podrán apelar en representación del paciente y tendrán el derecho a ser consultados acerca del plan terapéutico. La legislación puede ayudar a mantener vínculos y redes sociales que son cruciales para la integración en la comunidad. Se ha demostrado que estos vínculos influyen en los resultados: en un estudio sobre 226 pacientes de una unidad residencial en Nigeria, se observó que la interrupción de las visitas familiares a los pacientes, en familias extensas, contribuyó a que se prolongaran las estancias o incluso a que se hicieran indefinidas (Jegade y Colb, 1985).

Cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud, ha considerado que existen algunas condiciones fundamentales para la legislación sobre salud mental, las cuales se recogen en la presente iniciativa, como son:

- El principio de la alternativa menos restrictiva;
- Confidencialidad;
- Consentimiento informado;
- Ingreso Voluntario e Involuntario;
- Tratamiento voluntario e involuntario en entornos hospitalarios;
- Tratamiento involuntario en atención comunitaria;
- Mecanismo de revisión periódica;
- Competencia;
- Acreditación para los profesionales y los dispositivos de salud mental; y
- Derechos y participación de las familias y los cuidadores

### **III. Antecedentes de la atención de la salud mental en México.**

Para entender el contexto de la presente propuesta, es necesario hacer un breve recuento de los principales antecedentes en la materia existentes en nuestro país, entre los que destacan:

- Por decreto presidencial el 15 de octubre de 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, mediante la fusión del Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia, fundados en los años 1917 y 1937, respectivamente.
- En el año de 1947 dentro de la estructura orgánica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se crea el

Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental, con funciones específicas de planeación, organización y coordinación operativa de las actividades de salud mental.

- En el año de 1959 se amplía la jerarquía y funciones de esta área, modificándose y dando origen a la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, la cual desarrolla varias acciones para permitir la ampliación de servicios de atención a personas con padecimientos mentales, creando siete establecimientos hospitalarios dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; estas unidades se ubicaron en los Estados de Tabasco, México, Sonora, Oaxaca y el Distrito Federal.
- Para el año de 1964 el área de salud mental se separa de la Dirección de Neurología y se crea la Dirección de Salud Mental a la cual se le otorga el cometido principal de conducir la reforma de la asistencia psiquiátrica hospitalaria, que entonces permanecía concentrada en el Manicomio General de México, acción que derivó en el Plan “Operación Castañeda” el cual tuvo como finalidad la sustitución del antiguo manicomio por cinco unidades hospitalarias y un albergue a donde fueron trasladados los 2000 pacientes del manicomio el cual se clausuró de manera definitiva en el año de 1968. Durante el período de 1970 a 1976, la Dirección de Salud Mental se encargó de coordinar la red de hospitales especializados del país la cual se integraba por unidades distribuidas en el Distrito Federal y en algunas Entidades Federativas.
- EL 24 de octubre de 1965 se inauguró el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.
- El 9 de mayo y el 28 de septiembre de 1967 se inauguran respectivamente el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y el Hospital Psiquiátrico Campestre “Doctor Samuel Ramírez Moreno”.
- En 1976 se establece la Dirección General de Salud Mental, a cuyas funciones de coordinación operativa de servicios especializados, se sumaron las de formación de recursos humanos y de desarrollo de investigación en los campos de la salud mental y la fármaco dependencia, al adicionarse a la unidad estructural el Centro Mexicano de Estudios en Fármaco-Dependencia, del cual emerge en 1979 el Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Con el proceso de descentralización de servicios en 1983, se transfirieron los Hospitales Especializados a las entidades federativas y se establece la Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social, la cual se encargó de elaborar las normas técnicas en estas tres materias permaneciendo integrada a la Dirección General de Regulación de los Servicios, hasta el año de 1997.
- El 6 de agosto de 1997 se especifica en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud que se emitió en el Diario Oficial de la Federación, la creación del Órgano Desconcentrado por Función denominado Coordinación de Salud Mental. Entre las funciones que se le señalaban, se contemplaban la formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental, así como el de coordinar operativa y administrativamente a tres hospitales especializados y tres centros de salud mental en el Distrito Federal.
- El 22 de julio de 1998 cambia el nombre el Hospital Campestre “Doctor Samuel Ramírez Moreno” por el de Hospital Psiquiátrico “Doctor Samuel Ramírez Moreno”, de acuerdo a la licencia sanitaria número 10003428.
- En septiembre de 2000 se reestructura la Coordinación de Salud Mental, cambiando la denominación a la de Servicios de Salud Mental, con nivel jerárquico de dirección general, del cual dependen tres hospitales psiquiátricos (“Fray Bernardino Álvarez”, “Dr. Juan N. Navarro” y “Samuel Ramírez Moreno”) y cuatro centros comunitarios de salud mental (“Iztapalapa”, “Zacatenco” y “Cuauhtémoc”, así como el Centro Integral de Salud Mental) dependiendo de la entonces Subsecretaría de Coordinación Sectorial.
- El 15 de agosto de 2001 mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el Órgano Administrativo Desconcentrado de Servicios de Salud Mental se adscribe al Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- El 19 de enero de 2004 fue creado el Consejo Nacional de Salud Mental como instrumento de la Secretaría de Salud del nivel Federal para impulsar la reforma psiquiátrica iniciada en nuestro país a través del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental y para favorecer la salud mental a lo largo de la vida así como para llevar a cabo la planeación, supervisión y evaluación de los servicios de

salud mental en todo el país.

Bajo dicho modelo se promueve la reestructuración de la atención psiquiátrica a través de acciones de promoción, prevención y rehabilitación en el ámbito de la salud mental, por medio de la creación de nuevas estructuras de atención de primer nivel, hospitalización breve y reintegración social, con énfasis en los servicios basados en la comunidad; impulsa la ejecución de programas específicos de rehabilitación psicosocial en las unidades públicas prestadoras de servicios de salud mental en las entidades federativas; como, talleres de inducción laboral, salidas terapéuticas, centros básicos de abasto y programa invierno sin frío, entre otros.

#### **IV. Avances y propuestas recientes en la legislación de la salud mental en México.**

- En el 2004 se reformó la Ley General de Salud con el fin de incluir la atención de personas con padecimientos mentales a través de los servicios de salud general y especializados de atención ambulatoria y hospitalaria. Se consideró entonces el objetivo de integrar un Modelo de Atención en Salud Mental, contemplando la creación de nuevas estructuras de atención que se encamine al cierre definitivo de los hospitales psiquiátricos asilares y a garantizar el derecho de los pacientes con padecimientos mentales y de sus familiares a ser debidamente informados.
- El 13 de abril de 2010 la Cámara de Diputados aprobó reformas y adiciones a la Ley General de Salud para establecer que las autoridades competentes, deberán difundir el conocimiento y prevención de los trastornos mentales, así como los derechos de los pacientes con estos padecimientos. En el dictamen, actualmente en estudio de la Cámara de Senadores, se establecen también prevenciones sobre el derecho al consentimiento informado y el internamiento involuntario. Se modifica también el término “enfermedad mental” por el de “trastorno mental”.

#### **V. Realidad de la salud mental en México.**

En octubre del año pasado, Marco Antonio López, Director del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", dio a conocer que el 28.3% de los mexicanos padecen alguna enfermedad mental en algún momento de su vida. Los trastornos más comunes son ansiedad, consumo de sustancias y los afectivos, como la depresión.

Las estimaciones prevén que el índice de enfermos se incrementa debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población, entre otros factores.

Entre niños y adolescentes de 4 a 16 años de la Ciudad de México, se estimó que 16% puede tener algún tipo de trastorno; la mitad de ellos presentó algún síntoma, pero solamente el 25% consideró la necesidad de atención y sólo el 13%, efectivamente, buscó atención según lo reportado por la madre o el padre entrevistado.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" las causas de los trastornos mentales incluyen una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, ambientales y sociales.

Los trastornos mentales ocasionan, además de altos costos económicos, un importante impacto social, familiar, emocional y personal por el rechazo social, estigma, discriminación y falta de oportunidades de trabajo para las personas afectadas.

De acuerdo con la lectura de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) que hacen especialistas como el doctor Julio Frenk Mora, se estima que, en México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad. Cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes, son neuropsiquiátricas (esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo).

#### a) Consumo de sustancias psicoactivas.

De acuerdo con la V Encuesta Nacional de Adicciones, en México, en cifras gruesas el consumo de drogas ilegales durante el período 2002 a 2008 aumentó menos del 1%, sobre todo en la región sur y centro del país, con mayor incidencia en los hombres que en las mujeres, quienes guardan una proporción de cinco a uno; sin embargo, hay que señalar algunas particularidades sobre dicho comportamiento que revelan hechos alarmantes:

1. El consumo de drogas ilegales en la población entre 12 y 65 años aumentó de 4.6% en 2002 a 5.2% en 2008.
2. En el mismo período, el índice de crecimiento en el consumo de drogas ilegales en mujeres casi se duplicó, pasando de 1 a 1.9%.
3. El consumo de cocaína se duplicó, pasando del 1.2 al 2.4%.
4. El consumo de marihuana pasó del 3.5 al 4.2%.
5. El consumo de crack y metanfetaminas aumentó seis veces.
6. La edad de inicio del consumo de estimulantes tipo anfetamínicos concentra en menores de 25 años el 88.7% y el consumo de anfetaminas o estimulantes el 63%.
7. La proporción de personas que progresaron del uso al abuso y a la dependencia se incrementó en más del 300 % respecto de cuatro generaciones anteriores; esto es que, mientras que de las personas consumidoras de estimulantes que hoy tienen entre 54 y 68 años sólo el 8.5% progresaron hacia el abuso y la dependencia, el porcentaje de esa medición en la generación nacida entre 1984-1996, que son los jóvenes de entre 14 y 26 años, es de 27.8%.

Actualmente, el principal problema es el consumo de bebidas alcohólicas en grandes cantidades por ocasión y la dependencia que afecta a 4.2 millones de individuos. El consumo de alcohol se relaciona con 9% de las causas de mortalidad general, sobre todo por accidentes, cirrosis hepática y violencia intrafamiliar.

#### b) Depresión

La depresión severa representan 40% de total de la población con esta enfermedad, en ésta la relación hombre-mujer casi se iguala, con una proporción de 1 a 1.3.

El director del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" estima que por lo menos el 10% de las personas que sufre depresión se suicida por falta de atención médica.

Esta situación se comprende al saber que sólo el 3% de las personas que padecen depresión acude con el psiquiatra y un 6% con el médico general; y es que en México, una persona con depresión tarda hasta 10 años en acudir al médico debido a que no acepta la enfermedad o no sabe que la padece.

Según las encuestas más recientes, más de 6.6 millones de mexicanos tuvieron una idea suicida en los últimos 12 meses; 918 mil planearon suicidarse y casi 600 mil lo intentaron.

En septiembre del año pasado, en el marco del Día Internacional para Erradicar el Suicidio, el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) en colaboración con el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" (INPRF) dieron a conocer los resultados de un estudio realizado en torno al suicidio adolescente y juvenil.

En dicha presentación se dio a conocer que cerca del 1.8 por ciento del total de los fallecimientos en el mundo son suicidios y que ésta es la segunda causa de muerte a nivel mundial en jóvenes entre 15 y 24 años de edad.

En ese acto, Priscila Vera Hernández, titular del IMJUVE explicó que en México, el suicidio juvenil es la tercera causa de muerte las personas de entre 15 a 29 años de edad y que para el caso de los varones el

porcentaje es más alto entre los jóvenes entre 20 a 24 años de edad, y en las mujeres, el mayor porcentaje de suicidio se da entre los 14 y 19 años. Las entidades federativas en las que se presentan los mayores índices de suicidio son el Estado de México, el Distrito Federal, Jalisco, Guanajuato y Veracruz.

De acuerdo con Guilherme Borges, investigador en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" (INPRF), aunque la tasa mortalidad por suicidio en México es relativamente baja en el contexto internacional, a partir de las estadísticas disponibles se observa un crecimiento constante de dicha tasa: de 1970 a 2007 la tasa de mortalidad por suicidio se incrementó más de 270 %.

De acuerdo con dicho estudio el suicidio se relaciona con trastornos psiquiátricos y psicológicos derivados de problemas financieros, amorosos, laborales y familiares. "Se ha observado que hay una relación entre trastornos mentales e intentos: a mayores trastornos, más riesgos. En adolescentes los trastornos más asociados son la ansiedad generalizada, la distimia (alteración del estado de ánimo caracterizada por altibajos emocionales y con tendencia a la irritación o a la depresión), los cambios abruptos de conducta y el abuso de sustancias".

El IMUJVE y el INP refirieron que en el tema de intentos de suicidio "no hay organismo que disponga de información veraz, pues no es obligatorio reportarlo, mucho menos informar sobre la ideación o los planes suicidas. Incluso los intentos suficientemente graves como para requerir atención médica de urgencia muchas veces no se reportan a las instancias oficiales y ni siquiera se asientan en los expedientes hospitalarios las causas reales de las lesiones.

Una de las estrategias básicas para evitar los intentos de suicidio -señalan, consiste en la identificación y el tratamiento de los sujetos con trastornos mentales. Debe asegurarse que en una entrevista clínica general psicológica/psiquiátrica se incluya la búsqueda de antecedentes de intento de suicidio y se explique el potencial suicida de los pacientes. El informe concluye que el hecho de que el problema se haya incrementado de manera paulatina y que los grupos más jóvenes sean de los más afectados, no presagia un futuro halagador, a menos que se tomen acciones públicas inmediatas.

## **VI. Costo social de los trastornos mentales.**

En síntesis, en México aproximadamente 25 millones de personas han padecido algún tipo de trastorno mental y la gran mayoría no son atendidos.

En nuestro país la salud mental también ha sido relegada desde el punto de vista presupuestal, a pesar de que la OMS ha recomendado dedicar por lo menos un 10% del gasto de salud a la salud mental, de acuerdo al Secretario de Salud estamos apenas por arriba del 2%.

El tratamiento de los trastornos mentales implica altos costos sociales, familiares e individuales; los tratamientos, consultas, hospitalizaciones, terapias, medicamentos y transportación a los lugares de atención, ameritarían la implementación de esquemas de colaboración desde la política pública.

## **VII. La presente iniciativa.**

Legislar en materia de salud mental es una responsabilidad a la cual esta Cámara no puede sustraerse.

La presente iniciativa pretende dar vida a la Ley General de Salud Mental, partiendo de la idea de que los estados mentales y emocionales forman parte de la salud integral de las personas: los conceptos de salud y salud mental son indisociables, dinámicos, y están ligados a las condiciones de vida, los avances científicos y a la evolución de la cultura.



Entendemos concepto de salud de manera amplia e integral, como una noción que traza una ruta de búsqueda hacia el equilibrio entre el ser humano y su medio ambiente, y otorga gran valor al desarrollo de las potencialidades humanas, como medio para el goce pleno y armonioso de sus facultades y para un bienestar colectivo.

Entendiendo que:

- 1) El Estado debe ejercer su obligación reguladora, mandatando desde la ley los mínimos indispensables que las instituciones públicas y los particulares deben de realizar a favor de los pacientes con trastornos mentales.
- 2) La configuración institucional condiciona el medio y favorece o desalienta las circunstancias que inciden en la atención de la salud, es preciso visibilizar, desde la normatividad, los derechos de las personas afectadas por trastornos mentales.
- 3) Los niveles de salud serán óptimos cuando el ambiente favorezca la capacidad de afrontar los padecimientos.

Se propone que en el cuerpo de la Ley se defina el concepto de salud mental, se establezca claramente la garantía del derecho a la salud mental para todas las personas: los enfermos y sus familiares, se establezca el derecho a la mejor atención disponible y se promueva la erradicación de prejuicios y estigmas, asentando los principios básicos y los niveles de cuidado en los servicios prestados.

Se resalta que el proyecto contempla dentro del concepto de salud mental, los trastornos mentales, las adicciones y los trastornos de la conducta, adecuando así la norma jurídica a la realidad social.

Por lo anteriormente expuesto se somete a consideración de la H. Asamblea, la presente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO QUE CREA LA LEY GENERAL DE SALUD MENTAL**, para quedar en los siguientes términos:

## **DECRETO**

**ÚNICO.-** Se crea la Ley General de Salud Mental.

### **LEY GENERAL DE SALUD MENTAL TÍTULO PRIMERO**

#### **CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES**

**Artículo 1.-** Esta Ley es de observancia general en toda la República; sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto:

- I.- Garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas;
- II.- Regular el derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental;
- III. Actualizar las necesidades de tratamiento, recuperación y rehabilitación;
- IV. Proteger a las poblaciones afectadas por trastornos mentales, trastornos de la conducta y adicciones a través de servicios de salud mental;
- V. Promover la erradicación de los prejuicios y estigmas contra las personas que padecen trastornos mentales, trastornos de la conducta y adicciones; y
- VI. Establecer los principios básicos y los niveles de cuidado en los servicios prestados.

**Artículo 2.-** Para los efectos de esta Ley, se entenderá salud mental a un estado de completo bienestar físico, mental, emocional y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, en donde el individuo es capaz de realizarse intelectual y emocionalmente, concientizarse de sus propias capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, realizar sus actividades de forma productiva y fructífera y hacer contribución a

la comunidad.

**Artículo 3.-** La prevención de las enfermedades mentales, trastornos de la conducta y adicciones tendrá carácter prioritario para el Sistema Nacional de Salud.

**Artículo 4.-** Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

**I.** El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud;

**II.** La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental;

**III.** La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes, bebidas alcohólicas y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, y

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

**Artículo 5.-** El proceso de la atención de la salud mental implica:

**I.** La atención de personas con trastornos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas, y

**II.** El registro, la organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento, rehabilitación y prevención de trastornos mentales, trastornos de la conducta y adicciones.

**Artículo 6.-** Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores de edad, los responsables de su guarda, las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, procurarán la atención inmediata aquellos que presenten alteraciones de conducta que permitan suponer la existencia de enfermedades mentales, trastornos de la conducta o adicciones.

**Artículo 7.-** Son derechos fundamentales de todas las personas que padezcan una alteración mental, alteración de la conducta y adicciones o que estén siendo atendidas por esta causa:

**I.-** Los establecidos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; la Ley General de las Personas con Discapacidad; la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación; la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, a la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres; la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores; los establecidos en esta Ley; y los establecidos en los Instrumentos y Tratados Internacionales de los que México sea Estado Parte.

**II.-** A la identidad, a la pertenencia, a su genealogía, a su historia y al reconocimiento de su personalidad jurídica.

**III.-** El respeto a la dignidad humana, singularidad, autonomía y consideración de los vínculos familiares y sociales de las personas en proceso de atención;

**IV.-** A no ser identificado ni discriminado por padecer o haber padecido algún trastorno mental, de la conducta

y/o adicciones;

V.- A la información adecuada y comprensible, inherente a su salud y al tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención;

VI.- A participar en la toma de decisiones relacionadas con su atención y tratamiento;

VII.- A la atención basada en fundamentos científicos y terapéuticos ajustados a principios éticos y sociales;

VIII.- Al tratamiento personalizado y a la atención integral en un ambiente apto con resguardo de su intimidad y privacidad;

IX.- A la ampliación de la alternativa terapéutica más conveniente y que menos limite su libertad;

X.- A la rehabilitación y la reinserción familiar y social, salvo que medie contraindicación profesional;

XI.- A tener acceso a la mejor atención disponible en materia de salud mental y adecuada a sus antecedentes culturales en todos los establecimientos hospitalarios públicos y privados del país y que abarque cualquiera de los distintos niveles de atención.

XII.- A ser atendidas, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive y cuando el tratamiento se administre en una institución especializada a ser tratadas cerca de su hogar, o del hogar de sus familiares o amigos y regresar a la comunidad lo antes posible. Para garantizar el ejercicio de este derecho y con el fin de mejorar la salud de las personas arriba mencionadas, se desarrollarán de manera permanente programas psicoeducativos a familiares y relacionados en los tres niveles de atención de manera permanente, a saber: atención ambulatoria, atención ambulatoria especializada de menor complejidad e internamiento de corta estadía, atención de servicios de alta complejidad.

XIV.- A la protección contra la explotación económica, sexual, así como el maltrato físico, psicológico y emocional por parte de particulares y/o e instituciones públicas o privadas.

XV.- A que se trate confidencialmente la información que les concierne.

XVI.- A vivir y trabajar en la comunidad.

XVII.- Al acceso a su historial clínico. Se entiende que este derecho comprende no solo a personas internadas en una institución de salud mental, sino también a personas que han sido evaluadas o internadas en el pasado.

XVIII.- A presentar quejas conforme a los procedimientos establecidos en la normatividad vigente.

XIX.- A un recurso efectivo ante los tribunales competentes, que las ampare contra actos que violen los derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, las leyes mexicanas o el derecho internacional.

**ARTÍCULO 8.-** Las personas con trastornos mentales, trastornos de la conducta y adicciones deberán recibir, al momento de la intervención y en una forma clara y comprensible, información escrita de todos sus derechos, la manera de ejercerlos y los mecanismos para efectuar reclamos que permitan hacer efectivos estos derechos.

Mientras la persona no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos antes mencionados se comunicarán a su representante personal, si lo tiene y si procede, o a la persona o las personas que sean más capaces de representar los intereses del paciente y que deseen hacerlo.

La persona que no tenga la capacidad necesaria tiene el derecho de designar a una persona a la que se debe informar en su nombre y a una persona que represente sus intereses ante las autoridades de la institución.

**ARTÍCULO 9.-** Todos los derechos fundamentales a los que se refiere esta ley deberán exhibirse en forma visible en todos los establecimientos asistenciales, públicos y privados que presten atención médica en materia de salud mental. La omisión a este precepto importará multa al responsable del establecimiento, cuyo monto será determinado por la autoridad de aplicación y destinado a mejorar la calidad de vida de las personas internadas, especialmente de aquellas que no tienen familia.

La Secretaría de Salud elaborará las reglas para tales fines.

**ARTÍCULO 10.-** El ejercicio de los derechos fundamentales y garantías a las que se refiere la presente ley sólo podrán estar sujetos a las limitaciones previstas en la Constitución, las leyes mexicanas o los Instrumentos que sean exclusivamente necesarias para proteger la salud o la seguridad de la persona de que se trate o de otras personas, o para proteger la seguridad, el orden, la salud pública o los derechos fundamentales de terceros. Dichas limitaciones podrán ser adoptadas única y exclusivamente por un tiempo limitado a las exigencias de las distintas situaciones a las que se refiere el presente artículo.

**ARTÍCULO 11.-** El artículo anterior no permite la suspensión de los siguientes derechos y garantías: el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica, el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal, prohibición de la esclavitud y servidumbre, la libertad de conciencia y religión, la protección de la familia, el derecho a un nombre, los derechos de los menores de edad, el derecho a la nacionalidad, los derechos políticos y el derecho a las garantías judiciales indispensables para la protección de los derechos antes mencionados.

Con relación al derecho de toda persona a recibir su historial clínico, este derecho podrá estar sujeto a restricciones para impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o se ponga en peligro la seguridad de terceros. Toda información de esta clase que no se proporcione a las personas que reciban o hayan recibido atención a su salud mental, se proporcionará al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial.

**ARTÍCULO 12.-** Las disposiciones de la presente ley se aplicarán sin discriminación alguna motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, orientación sexual, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

**ARTÍCULO 13.-** La presente ley también se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión por delitos o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuadas en su contra y que, según se haya determinado o se sospeche, padezcan de alguna alteración mental o adicción, tendrán derecho a recibir atención durante su reclusión.

Cuando con base en el dictamen de una Comisión de cuatro especialistas competentes en salud mental, propuesta por la Secretaría de Salud de acuerdo a los procedimientos señalados en la Norma Oficial correspondiente, la autoridad de aplicación y las autoridades del servicio penitenciario así lo determinen, las personas arriba mencionadas podrán ser internadas en una institución de salud mental para tratar su trastorno o adicción y coordinarán las acciones pertinentes para asegurar el derecho a la salud mental de las personas que se encuentren en su jurisdicción.

**ARTÍCULO 14.-** Se tendrá especial cuidado en proteger los derechos de los menores de edad y de las personas adultas mayores, en particular aquellas que se encuentran internadas en instituciones especializadas. En ambos casos, cuando así amerite, se nombrará un representante legal que no sea un miembro de la familia.

**ARTÍCULO 15.-** La determinación de que una persona padece de alteración mental se formulará con arreglo a las normas especializadas aceptadas internacionalmente, sin que medie discriminación negativa alguna.

**ARTÍCULO 16.-** Ningún historial de tratamientos o de hospitalización bastará, por sí solo, para justificar la determinación de un trastorno mental, de la conducta o adicción. Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental ni indicará que padece un trastorno mental salvo para fines directamente relacionados con la salud mental o con las consecuencias de ésta.

## **CAPÍTULO II. CONDICIONES DE VIDA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL**

**ARTÍCULO 17.-** Toda persona que reciba atención en una institución de salud mental tendrá, el derecho a ser plenamente respetada en el ejercicio de sus derechos fundamentales y en el reconocimiento como persona ante la ley.

**ARTÍCULO 18.-** Toda persona que reciba atención a su salud mental en una institución especializada tendrá el derecho de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución; la libertad de enviar y de recibir comunicaciones privadas sin censura; libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal y, en todo momento apropiado, de otros visitantes; y libertad de acceso a los servicios postales, telefónicos y a la prensa, la radio, la televisión y la comunicación electrónica; exceptuando los casos en los que el procedimiento terapéutico específico lo restrinja, el cual deberá ser previamente consentido de manera libre e informada, por el paciente. En ningún caso podrá negarse la comunicación con otros profesionales de la salud, con un ministro del credo o religión que la persona profese o con un representante legal que la asesore en el ejercicio de sus derechos.

**ARTÍCULO 19.-** Las instituciones de salud mental deberán incluir instalaciones adecuadas para llevar a cabo actividades de recreo y esparcimiento; instalaciones educativas y para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria y la comunicación.

**ARTÍCULO 20.-** Las instituciones de salud mental deberán contar con las instalaciones y los programas correspondientes que permitan a las personas internadas emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad. Tales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación y colocación laboral que les permita mantener un empleo o función útil en la comunidad.

**ARTÍCULO 21.-** Las personas internadas en instituciones de salud mental no deberán ser sometidas a trabajos forzados. De conformidad con las necesidades de la persona y su condición y las necesidades de la institución, el paciente tendrá el derecho a elegir el trabajo que desea realizar, el cual nunca será objeto de explotación. Todo paciente, según sea el caso, tendrá el derecho a recibir remuneración por el trabajo que realice mientras se encuentre en una institución especializada, de conformidad con legislación correspondiente o el derecho a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución de salud mental perciba por su trabajo.

**ARTÍCULO 22.-** Todas las instituciones de salud mental públicas, privadas y asistenciales serán inspeccionadas regularmente por las autoridades competentes de acuerdo con la normatividad y reglamentación que para tal efecto la Secretaría de Salud establezca y con la colaboración técnica de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales vinculadas a la promoción y protección de los derechos de las personas con trastornos mentales, trastornos de la conducta y adicciones a efectos de garantizar que los derechos de los usuarios, el tratamiento y las condiciones de vida se sujeten a las disposiciones de la presente ley.

## **TÍTULO SEGUNDO**

### **CAPÍTULO I. SISTEMA DE SALUD MENTAL**

**ARTÍCULO 23.-** El Sistema de Salud Mental, será parte del Sistema Nacional de Salud, estará conformado por todos los establecimientos asistenciales, de rehabilitación, hospitalarios y de investigación públicos y privados del país que abarquen los diferentes niveles de atención que actualmente funcionan o que se implementen en un futuro.

**ARTÍCULO 24.-** Se establece para todos los establecimientos y servicios del Sistema la denominación uniforme de “Salud Mental”.

**ARTÍCULO 25.-** La atención de salud mental se organizará y desarrollará conforme a los principios derivados de la presente Ley, Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social y Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, con enfoque de Redes, cuyo objetivo sea garantizar la oportunidad, la suficiencia y la normalización en todo el ciclo de atención a la salud mental.

**ARTÍCULO 26.-** La Red Nacional de Salud Mental estará articulada dentro de los servicios del Sistema Nacional de Salud en base a lo señalado en el Reglamento de las Redes Públicas de Salud Mental.

**ARTÍCULO 27.-** La estructura de la Red Nacional de Salud Mental dispondrá de tres niveles de atención:

- a) Primer Nivel, que comprende las modalidades de atención ambulatoria; centrado en la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, de la conducta y adicciones; en acciones tanto de vigilancia como en el seguimiento a usuarios cubriendo emergencias y atención domiciliaria.
- b) Segundo Nivel, comprende acciones y servicios de atención ambulatoria especializada de menor complejidad y aquellas que requieren internamiento de corta estadía para atender a los pacientes referidos desde el primer nivel.
- c) Tercer Nivel, es el último nivel de referencia de la Red Nacional de Salud Mental y comprende todas las acciones y servicios de alta complejidad e internamiento.

**ARTÍCULO 28.-** La Red Nacional de Salud Mental, ejecutará acciones en relación a las siguientes características específicas:

- a) Prioridad en las acciones y servicios de carácter ambulatorio destinados a la promoción, asistencia, rehabilitación y reinserción social en Salud Mental, garantizando la proximidad geográfica de los servicios a la población.
- b) Internación de corto plazo en los hospitales.
- c) Coordinación interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial de las acciones y servicios.
- d) Participación de la comunidad en la promoción, prevención y rehabilitación de la salud mental.
- e) Proyección de equipos interdisciplinarios de salud mental hacia la comunidad.

**ARTÍCULO 29.-** La Red Nacional de Salud Mental deberá crear en cada hospital de nivel especializado de menor complejidad, una Unidad de Intervención en Crisis, un servicio de hospital de día e incluir servicios de

atención a infantes niños y adolescentes y de gerontología. Estos servicios deberán ofrecerse con el concurso de los recursos humanos especializados existentes y en forma Inter o transdisciplinaria.

De no existir recursos humanos, dispondrá la designación y capacitación de los mismos.

**ARTÍCULO 30.-** La Secretaría de Salud deberá disponer de lo necesario para que se establezcan programas permanentes especiales de atención a los problemas de relevante importancia o que hasta la actualidad recibían una atención deficiente, de acuerdo a la Norma Oficial en la materia, entre los que se encuentran:

- a) Atención Infantil: se establecerán unidades de intervención en crisis y atención a los problemas que presenten los niños, cuya diferencia específica será determinada en la Norma Oficial Mexicana correspondiente.
- b) Atención Juvenil: establecimientos especializados para esa población.
- c) Atención Geriátrica: Enfocada a los problemas psicogeriátricos se realizará desde cada uno de los recursos extra hospitalarios y hospitalarios de la Red Nacional de Salud Mental.
- d) Dependencias de sustancias y otros trastornos adictivos.
- e) Trastornos de la conducta
- f) Servicios de atención a víctimas de violencia.
- g) Otros que por su importancia requieran de atención.

## **CAPÍTULO II. ASISTENCIA Y REHABILITACIÓN**

**ARTÍCULO 31.-** Toda persona que padezca algún trastorno mental, trastorno de la conducta o adicción, tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendida y tratada con arreglo a las mismas normas aplicables a las demás personas con enfermedades físicas.

**ARTÍCULO 32.-** Cuando una persona se encuentre recibiendo tratamiento en una institución de salud mental, se la protegerá de cualquier daño, incluido el suministro injustificado de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otras acciones que causen ansiedad mental, molestias físicas o emocionales.

**ARTÍCULO 33.-** Toda persona tendrá derecho a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador existente que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan escrito e individual, definido para la persona afectada por el trastorno, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado. Dicho tratamiento estará destinado a preservar y estimular su independencia y desarrollo personal.

**ARTÍCULO 34.-** La atención en salud mental se dispensará siempre con arreglo a las normas éticas de los profesionales de salud mental, en particular las normas aceptadas internacionalmente, como los “Principios de Ética Médica Aplicables a La Función Del Personal de Salud, Especialmente los Médicos, En La Protección De Personas Presas Y Detenidas Contra La Tortura Y Otros Tratos O Penas Cruelles, Inhumanos O Degradantes”, aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas terapéuticas.

**ARTÍCULO 35.-** Las instituciones especializadas en salud mental dispondrán de recursos suficientes, al igual que cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, de:

- a. Personal de salud (médicos/as especialistas en psiquiatría, medicina interna, anestesia, de acuerdo a las necesidades; psicólogos/as) y otros profesionales calificados en número suficiente
- b. Instalaciones adecuadas para proporcionar al paciente la privacidad necesaria y un programa de terapia apropiada y activa;
- c. Equipo de diagnóstico y terapéutico para los pacientes,
- d. Atención profesional adecuada; y
- e. Tratamiento adecuado, regular y completo, incluido el suministro de medicamentos y psicoterapia.

**ARTÍCULO 36.-** Para la atención a los problemas de salud mental se priorizarán los servicios en la comunidad, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización breve y parcial, así como la atención a domicilio, de tal forma que se reduzca al máximo posible la necesidad de hospitalización. Las hospitalizaciones, cuando se requieran, se realizarán en las unidades de salud mental que para tales efectos establezca la Secretaría de Salud.

**ARTÍCULO 37.-** La medicación y técnicas psicoterapéuticas que sean suministradas a cualquier persona que padezca un trastorno mental responderán a las necesidades fundamentales de su salud y sólo se administrarán con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros. Los profesionales de salud mental administrarán medicamentos de eficacia dentro de los disponibles.

**ARTÍCULO 38.-** La estructura de atención ambulatoria se instrumentará mediante una red asistencial, que comprenda niveles de diferente complejidad que estará conformada por:

- a. Unidades de Atención Primaria.
- b. Centros Comunitarios de Salud Mental.
- c. Unidades Hospitalarias de Salud Mental.
- d. Hospital de Día.
- e. Hospital de Noche.
- f. Asistencia en régimen familiar.
- g. Consultorios externos.
- h. Dispositivos de atención e internación domiciliaria respetando la especificidad en salud mental.
- i. Equipos de salud mental en salas de guardia de hospitales generales agudos, hospitales de enfermedades infecciosas y hospitales generales de pediatría.
- j. Hogares y familias sustitutas.
- k. Granjas Terapéuticas.
- l. Casas de Pre-alta.
- m. Talleres protegidos.
- n. Casas de medio camino y residencias localizadas en la comunidad.
- o. Servicios de Atención a Niños/as y Adolescentes.
- p. Cualquier otro recurso, método o medio que se desarrolle en un futuro y que cumpla con las normas de rehabilitación y acreditación para este tipo de servicio.

Las Unidades de Atención Primaria y Unidades Hospitalarias de Salud Mental y los Centros Comunitarios de Salud Mental son los elementos asistenciales de carácter básico en la Red de Nacional de Salud Mental y están integradas por profesionales pertenecientes a las disciplinas médicas, psicológicas, psicoterapéuticas, de enfermería y de trabajo social; realizando actividades tanto ambulatorias como de hospitalización, asegurando la continuidad de los cuidados de los pacientes con trastornos mentales y/o conductuales.



Las actividades que desarrollan los Centros Comunitarios de Salud Mental comprenderán:

- a. El apoyo y asesorar a los equipos de atención primaria de su área de influencia.
- b. Atender a las o los pacientes que les sean remitidos.
- c. Dar cobertura a los servicios de emergencia, así como a la atención de pacientes o grupos en crisis durante el período que se determine.
- d. Prestar asistencia en la comunidad.
- e. Desarrollar los programas y actividades orientados hacia la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y/o conductuales.
- f. Cooperar en la reinserción social y desinstitucionalización de las o los pacientes ingresados en el hospital psiquiátrico.
- g. Desarrollar actividades de formación e investigación con el objeto de favorecer la calificación profesional y promover la mejora de la calidad asistencial.

**ARTÍCULO 41.-** Los Centros Comunitarios de Salud Mental actuarán a nivel municipal, estatal, regional y federal o en base a necesidades y según se establezca en el Plan Nacional de Salud Mental que elaborará el Poder Ejecutivo a través de la Secretaría de Salud.

**ARTÍCULO 42.-** Los hospitales de día y de noche, consultorios externos, dispositivos de atención e internación domiciliaria, hogares de familias sustitutas, talleres protegidos, granjas terapéuticas, entre otros; son estructuras intermedias que permitirán a los equipos de salud mental el ejercicio de tratamientos continuados, obviando, con ello, el desarraigo y la desconexión con el medio familiar y social del enfermo, evitando a la vez ingresos innecesarios en los centros de hospitalización.

**ARTÍCULO 43.-** Las Unidades de Salud Mental de los hospitales tendrán como funciones específicas:

- a. Evaluación y Diagnóstico.
- b. El tratamiento farmacológico y terapéutico.
- c. La psiquiatría de enlace del hospital.
- d. La psicología de la salud.
- e. La atención a las emergencias psiquiátricas.
- f. La psicoterapia.
- g. Las docentes y de investigación.

### **TÍTULO TERCERO**

#### **CAPÍTULO ÚNICO. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

**ARTICULO 44.-** No se administrará ningún tratamiento a una persona que padece un trastorno mental, trastorno de la conducta o adicción sin su consentimiento informado, salvo en los casos previstos en la presente ley.

**ARTICULO 45.-** Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente por el paciente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar a la persona afectada información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que ésta entienda, acerca de:

- a. El diagnóstico y su evaluación;
- b. El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto;
- c. Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles;
- d. Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.

**ARTICULO 46.-** La persona afectada por un trastorno mental, trastorno de la conducta o adicción, podrá solicitar que durante el procedimiento seguido para que dé su consentimiento estén presentes una o más personas de su elección.

**ARTICULO 47.-** La persona que sufre algún trastorno mental, trastorno de la conducta o adicción, tiene derecho a negarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo, salvo en los casos previstos en esta Ley. Se deberán explicar a la persona afectada las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir un tratamiento. En caso de que la persona así desee hacerlo, se le explicará que el tratamiento no se puede administrar sin su consentimiento informado.

**ARTICULO 48.-** La disposición del artículo 42 no se aplicará cuando el paciente tenga un representante personal facultado por ley para dar su consentimiento respecto del tratamiento de la persona que sufre un trastorno mental, trastorno de la conducta o adicción; no obstante, salvo en los casos previstos en el presente capítulo, se podrá aplicar un tratamiento a esta persona sin su consentimiento informado cuando, después que se le haya proporcionado la información correspondiente, el representante personal dé su consentimiento en nombre de la persona afectada, en los términos del reglamento que para el caso emita la Secretaría de Salud.

**ARTICULO 49.-** Sin detrimento de lo dispuesto en los artículos 42, 43 y 44, también se podrá aplicar un tratamiento a cualquier persona sin su consentimiento informado si un profesional de salud mental calificado, autorizado por ley y por la autoridad de aplicación o su representante, determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente a sí mismo o a otras personas. Ese tratamiento no se aplicará más allá del periodo que sea estrictamente necesario para alcanzar ese propósito.

En ningún caso se aplicarán como tratamientos involucrados esterilizaciones, psicocirugías u otros tratamientos irreversibles o ensayos clínicos/experimentales a ninguna persona con trastornos de salud mental.

**ARTICULO 50.-** Cuando se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado de la persona, se hará no obstante todo lo necesario por informar a ésta acerca de la naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento idóneo y por lograr que el paciente participe en cuanto sea posible en la aplicación del plan de tratamiento.

**ARTICULO 51.-** Todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico de la persona afectada por un trastorno mental y se indicará si dicho tratamiento es voluntario o involuntario.

**ARTICULO 52.-** No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria, salvo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del periodo estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos, carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular del personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.

**ARTÍCULO 53.-** La persona que padece un trastorno mental no podrá ser sometida a una operación quirúrgica o a un procedimiento médico mayor, salvo en aquellos casos en los que concurran todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. Que la persona afectada dé su consentimiento informado;
- b. Que dicho procedimiento sea autorizado por la legislación nacional; y
- c. Que sea el tratamiento que más conviene a las necesidades de salud de la persona.

Si la persona no estuviere en condiciones de dar su consentimiento, dicha operación o procedimiento será pospuesta hasta que la persona recupere su capacidad y pueda dar dicho consentimiento. En aquellos casos en los que dicha operación o procedimiento deba practicarse inmediatamente y no pueda ser pospuesta hasta que la persona recupere su capacidad, sólo se autorizará después de practicarse un examen por un profesional autorizado previamente por la Secretaría de Salud.

**ARTICULO 54.-** No se someterá nunca a tratamiento psiquirúrgico u otros tratamientos irreversibles o que modifican la integridad física, psíquica o emocional de la persona a pacientes involuntarios. Dichos tratamientos sólo podrán practicarse cuando concurren todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. Cuando la legislación nacional lo permita;
- b. Cuando la persona haya dado su consentimiento informado; y
- c. Cuando el órgano de revisión al que se refiere la presente ley compruebe que existe consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente.

**ARTICULO 55.-** No se someterá a ensayos clínicos ni a tratamientos experimentales a ninguna persona sin su consentimiento informado del que deje constancia firmada o su equivalente debidamente registrada.

**ARTICULO 56.-** En los casos previstos en la presente ley, en donde no haya consentimiento informado, la persona que padece un trastorno mental, trastorno de la conducta o adicción, o su representante personal o cualquier persona natural o jurídica interesada tendrán derecho a apelar ante el órgano de revisión, cualquier decisión con relación al tratamiento que dicha persona haya recibido.

## **TÍTULO CUARTO**

### **CAPÍTULO I. RÉGIMEN DE INTERNAMIENTO**

**ARTICULO 57.-** El internamiento es una instancia del tratamiento que se decide cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios. Cuando ésta deba llevarse a cabo es prioritaria la pronta recuperación y resocialización de la persona. Se procurará la creación y funcionamiento de dispositivos para el tratamiento anterior y posterior a la internación que favorezcan el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de la persona internada, con sus familiares y allegados, y/o con el entorno laboral y social, garantizando su atención integral. De proceder al internamiento, éste deberá llevarse a cabo en el servicio pertinente de los hospitales más cercanos al domicilio de la persona internada.

**ARTICULO 58.-** El acceso a una institución de salud mental se administrará de la misma forma que el acceso a cualquier institución por cualquier otra enfermedad, salvo las excepciones señaladas en la presente Ley

**ARTÍCULO 59.-** Las internaciones se clasifican en:

- a) Voluntaria, si la persona consiente a la indicación profesional o la solicita a instancia propia o por su representante legal.
- b) Involuntaria, cuando es ordenada a criterio del equipo profesional ante situación de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros.
- c) Por orden judicial.

**ARTICULO 60.-** Toda persona que haya sido admitida voluntariamente tendrá derecho a abandonar la institución de salud mental en cualquier momento a menos que se cumplan los recaudos para su mantenimiento como paciente involuntario en la forma prevista en la presente ley. El paciente deberá ser informado de dicho derecho.

**ARTÍCULO 61.-** Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución de salud

mental o ser retenida como paciente involuntario en una institución de salud mental a la que ya hubiera sido admitida voluntariamente cuando un médico calificado y autorizado por ley, a esos efectos determine y certifique por escrito, de conformidad con la presente ley, que esa persona padece una alteración mental y considere que existe alguna de las siguientes condiciones:

a) Que debido a esa alteración mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; o

b) Que, en el caso de una persona cuyo trastorno mental, trastorno de la conducta o adicción sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite el paciente en una institución de salud mental de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva. En este caso, se debe consultar a un segundo profesional de salud mental, independiente del primero y la admisión o la retención involuntaria no tendrán lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello.

**ARTICULO 62.-** De conformidad con lo establecido en esta Ley, el internamiento de cualquier persona con trastorno mental, trastorno de la conducta o adicción en una institución de salud mental, también podría tener lugar cuando ésta sea solicitada a la dirección de una institución o un servicio de salud mental por medio de:

- a) Una orden judicial;
- b) A pedido de los familiares;
- c) A pedido del representante legal; o
- d) A pedido del propio interesado.

La solicitud a la que se refiere este artículo deberá contener los datos personales de la persona afectada y demás datos filiatorios y de sus familiares. La internación a la que se refiere este artículo exclusivamente procederá si se dan las condiciones señaladas en esta Ley y estará fundamentada en el dictamen de un personal especializado calificado y autorizado para esos efectos por el responsable de la institución especializada a la cual se haya hecho la solicitud.

**ARTICULO 63.-** Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se harán por un periodo breve, reduciéndose al mínimo tiempo posible, con fines de observación y tratamiento preliminar, mientras el órgano de revisión considere la admisión o retención. El tratamiento preliminar y evaluación se llevará a cabo por un equipo interdisciplinario de salud mental, indicándose el diagnóstico y pronóstico provisional de evolución del padecimiento. Los motivos para la admisión o retención, plazo estimado de internamiento y plan de tratamiento se comunicarán sin demora a la persona y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán también dentro de las 72 horas de emitido el dictamen y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, al representante legal (si procediere) y, salvo que la persona afectada se oponga a ello, a sus familiares.

**ARTICULO 64.-** Una institución de salud mental sólo podrá admitir pacientes involuntarios cuando haya sido facultada a ese efecto por la autoridad de aplicación.

**ARTICULO 65.-** Toda disposición de internamiento, sea voluntaria, involuntaria o judicial, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- I. Evaluación y diagnóstico de las condiciones del asistido.
- II. Datos acerca de su identidad y su entorno social.
- III. Motivos que justifican su internamiento.
- IV. Orden del juez, para el caso de internamientos judiciales.

V. Autorización del representante legal cuando corresponda.

**ARTICULO 66.-** Al momento del internamiento deberá llevarse a cabo un informe social que determine el grado de contención que pudiere brindar su grupo familiar. En el mismo deberá constar, fehacientemente, la obligatoriedad de sus familiares o responsables a no abandonar al internado y recibirlo cuando cese la necesidad de internamiento. En caso de incumplimiento de las obligaciones establecidas en el informe arriba mencionado, la autoridad de aplicación estará facultada para proceder de oficio ante los órganos judiciales pertinentes. Sin perjuicio de los procesos judiciales iniciados, la autoridad de aplicación podrá también recurrir ante Ministerio Público cuando los familiares de la persona que haya sido internada no cumplan con las obligaciones a las que se refiere el presente artículo.

**ARTICULO 67.-** El órgano de revisión será un órgano independiente e imparcial que al formular sus decisiones contará con la asistencia de profesionales independientes quienes asesorarán a dicho órgano. La autoridad de aplicación se encargará de coordinar la organización y funcionamiento de dicho órgano y éste estará integrado específicamente por:

- I. Un médico especializado en psiquiatría, de práctica independiente propuesto por la Secretaría de Salud.
- II. Un psicólogo o psicóloga especializado en Psicología Clínica, de práctica independiente, propuesto por la Secretaría de Salud Pública.
- III. Un abogado o abogada con experiencia en derecho procesal y derechos de las personas con problemas de salud mental, propuesto por la Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- IV. Un o una representante de las Organizaciones No-Gubernamentales en el área de protección y promoción de derechos humanos, propuesto por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- V. Un médico familiar o internista independiente propuesto por la Secretaría de Salud.

La comisión del órgano de revisión para poder sesionar estará compuesta por un mínimo de tres y un máximo de cinco integrantes de acuerdo a la complejidad de la afección.

**ARTICULO 68.-** El examen inicial por parte del órgano de revisión, conforme a lo estipulado en esta ley, referente a la decisión de admitir o retener a una persona como paciente involuntario se llevará a cabo dentro de los 20 días de adoptarse la decisión de internar a la persona. El órgano de revisión examinará periódicamente los casos de pacientes involuntarios cada 90 días.

**ARTICULO 69.-** Con base en el derecho que tiene toda persona a las garantías que otorga esta Ley, toda persona internada involuntariamente tendrá derecho a solicitar en cualquier momento al órgano de revisión que se le dé de alta o que se le considere como paciente voluntario. En cada examen, el Órgano de Revisión determinará si se siguen cumpliendo los requisitos para la admisión involuntaria enunciados en esta Ley y, en caso contrario, el paciente será dado de alta, constanding en su expediente el ingreso involuntario.

**ARTICULO 70.-** Si en cualquier momento el profesional de salud mental responsable del caso, determina que ya no se cumplen las condiciones para retener a una persona involuntariamente, ordenará que se dé de alta a esa persona como paciente involuntario, constanding en su expediente el ingreso involuntario.

**ARTICULO 71.-** La persona afectada o su representante personal o cualquier persona interesada tendrán derecho a apelar ante la autoridad judicial la decisión del órgano de revisión de admitir al paciente o de retenerlo en una institución de salud mental.

**ARTICULO 72.-** El director del establecimiento de salud mental público, privado o asistencial, que admitiera en forma expresa o tácita el internamiento de una persona sin cumplir con las disposiciones establecidas por esta Ley, o resultare culpable de una internación por no cumplir con dichas disposiciones o por no poner el hecho en conocimiento del órgano de revisión mandatado en esta Ley o en conocimiento de la autoridad

judicial competente, podrá ser considerado incurso en el delito de la privación ilegal de la libertad, sin perjuicio de la tramitación de las actuaciones del caso.

## **CAPÍTULO II. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL**

**ARTICULO 73.-** Las instituciones y organizaciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas deberán disponer de los recursos necesarios para brindar Atención primaria de salud mental a la población bajo su responsabilidad.

**ARTICULO 74.-** A los efectos de la presente Ley, se entiende por Atención Primaria de la Salud Mental, a la estrategia de salud basada en procedimientos de baja complejidad y alta efectividad, que se brinda a las personas, grupos o comunidades con el propósito de evitar el desencadenamiento de la alteración mental y la desestabilización de las personas que padezcan trastornos de la conducta o adicciones; asistir y orientar a las personas con este tipo de padecimientos y procurar la rehabilitación y reinserción familiar, laboral, cultural y social de los pacientes, luego de superada la crisis o alcanzada la cronicidad.

### **TRANSITORIOS.-**

**PRIMERO.-** La presente Ley entrará en vigor al siguiente día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDO.-** El Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Salud establecerá las Normas Oficiales Mexicanas necesarias que permitan el cabal cumplimiento de la presente Ley.

**TERCERO.-** El Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Salud establecerá la Normas Oficial Mexicanas para que se preste atención a quienes se encuentran en reclusorios o en otras instituciones no especializadas en salud mental, que padezcan trastornos mentales, trastornos de la conducta o adicciones.

**CUARTO.-** El Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Salud establecerá los mecanismos de coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas y otras, según corresponda, en un plazo no mayor a 365 naturales a partir de la entrada en vigor de esta Ley.

**QUINTO.-** El Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Salud, tendrá un plazo no mayor a 365 naturales a partir de la entrada en vigor de la presente Ley para expedir los Reglamentos y Normas Oficiales, necesarios a efecto dar cumplimiento a lo establecido en el este ordenamiento.

**SEXTO.-** El Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Salud, tendrá un plazo de 545 días naturales para contar con el registro de las instituciones asistenciales, públicas y privadas que presten servicios en los diferentes niveles de atención en materia de salud mental.

**SÉPTIMO.-** Queda sin efecto cualquier norma que se oponga al presente ordenamiento una vez que cobre vigencia.

Dado en el Palacio Legislativo de San Lázaro a 4 de agosto de 2010.