

## **INICIATIVA QUE EXPIDE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL, A CARGO DE LA DIP. LETICIA AMPARANO GÁMEZ (PAN)**

La diputada Leticia Amparano Gámez, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional en la LXIII Legislatura, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 71, fracción II; 135 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 6, 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, somete a consideración del pleno, **la iniciativa por el que se crea la Ley Nacional de Salud Mental**, al tenor de la siguiente:

### **Exposición de Motivos**

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (México, 1917), en su Título Primero, se establecen los derechos humanos y sus garantías, que anteriormente se denominaba “Garantías Individuales”, a fin de garantizar que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos por la propia Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de aquellas garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que la Ley establece. Con ello, se incluye el principio “pro persona”, y la cláusula de “interpretación conforme”, que son la clave para lograr la máxima efectividad de los derechos humanos.

La protección de la salud y de la salud mental es un derecho humano fundamental, consagrado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud; además, la salud mental es una materia de salubridad general y las enfermedades mentales tienen un carácter prioritario de la salud pública.

Las personas con trastorno mental se encuentran en riesgo de que sean violados sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y/o culturales. Este riesgo de vulnerabilidad es aún mayor cuando la persona, según el tipo y la severidad del trastorno, presenta discapacidad mental temporal o permanente.

La protección de los derechos de las personas con trastornos mentales se basa en estándares internacionales vinculantes como la Carta Internacional de Derechos Humanos; la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, inhumanos o Degradantes; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención sobre los Derechos del Niño; la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, este último es un valioso instrumento que promueve, protege y asegura el goce pleno y en condiciones de igualdad y equidad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promueve el respeto de su dignidad inherente; tanto a las personas con discapacidades físicas, mentales, intelectuales o sensoriales. Asimismo, se cuenta con instrumentos internacionales no vinculantes, que orientan la protección específica de los derechos de las personas como los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, la Declaración de Caracas, los Principios de Brasilia y el Consenso de Panamá, que guían tanto la política como los programas y servicios de salud mental con enfoques al respeto de los derechos humanos y la atención comunitaria.

En la atención de los trastornos mentales es evidente que existe una gran brecha entre las necesidades de la población y la disponibilidad de recursos y servicios de salud mental. Esta problemática es muy compleja porque involucra aspectos médicos, sociales, culturales, entre otros. El estigma y la discriminación juegan un papel preponderante y representan la principal barrera de acceso y reto para la atención de la salud mental. Además, jurídica y operativamente ha prevalecido un modelo asilar de atención, que tiene como eje el hospital psiquiátrico, esta modalidad convencional obstaculiza alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

La psicoterapia y la farmacoterapia, además del incremento en la cobertura de los servicios de salud mental y psiquiatría en la red de servicios de salud, por si solas no siempre garantizan una eficiencia terapéutica, sino se complementan con los servicios sociales y laborales apropiados, tales como residencias asistidas, talleres protegidos, que permitan la plena reinserción social en la comunidad.

Dentro de la administración pública federal la instancia encargada de conducir la política y regular los servicios y programas de salud mental, ha sido sometida a varios cambios desde 1947 cuando fue creado el Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental, en la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, el cual ha cambiado de adscripción, denominación, estructura orgánica y atribuciones como Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación en 1959, la Dirección de Salud Mental en 1964, la Dirección General de Salud Mental en 1976, la Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social en 1983, la Coordinación de Salud Mental en 1997, y los Servicios de Salud Mental en 2000. Este último, en 2001 forma parte del Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Actualmente en el Gobierno Federal, la conducción de la política de salud mental y adicciones está a cargo del Consejo Nacional de Salud Mental y del Consejo contra las Adicciones, respectivamente; mientras que la prestación de servicios psiquiátricos está a cargo del Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz y de los Servicios de Atención Psiquiátrica a través de 6 unidades adscritas, tales como: el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y el Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, que fueron resultado de la Operación Castañeda en la década de los sesentas.

Estos constantes cambios de la administración pública de la salud mental denotan la importancia del tema, pero no han sido suficientes para integrar debidamente la salud mental y las adicciones con los servicios de salud en general.

Asimismo, desde 1984 con la expedición de la Ley General de Salud (LGS) se incluyó el Capítulo de Salud Mental, como materia de Salubridad General, el cual ha sido reformado en 2010 y en 2013, con una mayor visión de derechos humanos y con un enfoque de la atención comunitaria de la salud mental. No obstante, parecería no ser suficiente, porque desde 2010 han sido expedidas leyes estatales de Salud Mental en la Ciudad de México, y en los estados de Jalisco, Morelos, Sonora, Michoacán, y últimamente en Campeche, con el interés de garantizar los derechos y el acceso a la atención de las personas con trastornos mentales.

Actualmente, en México la regulación de la atención de las personas con trastornos mentales tiene su referencia desde el artículo 4 constitucional, que establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

La Ley General de Salud (1984), que ha presentado varias reformas parciales, establece las disposiciones sanitarias de orden público, interés social y obligatorias para la federación, las entidades federativas y los municipios, que reglamentan el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4 constitucional.

La salud mental se aborda de forma específica en el Capítulo VII, que fue reformado recientemente, el cual establece el término de “trastornos mentales y del comportamiento” de forma acorde a la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, CIE-10); se incluye el concepto de diagnóstico y tratamiento integrales; se incorporan los derechos de las personas con trastornos mentales; así como el enfoque de la atención comunitaria de salud mental, y la gradualidad en la incorporación de servicios de salud mental dentro del Sistema Nacional de Salud.

En el Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (México, 1986), expedido en 1986. Sin embargo, tal reglamento no ha sido actualizado desde su expedición, y en ese contexto no le es correspondiente a las reformas de la LGS. En el cual son considerados establecimientos para la atención médica aquellos en los que se presta atención a la salud mental de las personas. Es decir, son considerados como parte de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-025-Ssa2-2015, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica, se observa desde su título, objetivo, campo de aplicación y en gran parte de su contenido que ésta se centra en la regulación de la atención de las personas con trastornos mentales en hospitales psiquiátricos.

Como parte de los compromisos de la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad de la ONU, el estado Mexicano expidió la Ley General de Inclusión de las Personas con Discapacidad, la cual establece la obligación del Estado para promover, proteger y asegurar los derechos humanos de las personas con discapacidad, define la discapacidad y los principios de ordenamiento, además señala una serie de derechos específicos.

En la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y como parte de los compromisos de la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad de la ONU, el Estado mexicano expidió dicha ley, en la cual establece la obligación del Estado para promover, proteger y asegurar los derechos humanos de las personas con discapacidad, define la discapacidad y los principios del ordenamiento, y establece una serie de derechos específicos.

Se han registrado avances en este campo, a través del Seguro Popular se financian diversas acciones preventivas como la detección precoz de los trastornos alimentarios, trastornos depresivos, de ansiedad y adicciones. Se apoya también el tratamiento de trastornos afectivos, de ansiedad y psicóticos. El Seguro Popular contempla la atención ambulatoria en el primer nivel y en la hospitalización breve. Se cuenta ya con Unidades Especializadas de Atención en Salud Mental (UNEMES) integradas a los servicios de salud

Algunas entidades federativas están alcanzando importantes avances a partir del establecimiento de legislaciones locales.

A pesar de los avances los problemas de salud mental entre la población general han cobrado una importancia creciente, al igual que en muchos países, reconociéndose ahora como una preocupación de salud pública, ya que afectan en distinta magnitud y gravedad a los diferentes grupos sociales de acuerdo a su género, edad y nivel socioeconómico. No obstante nuestro país enfrenta serios rezagos que requieren de respuestas integrales y el establecimiento de un renovado marco de actuación que permita enfrentar de mejor manera lo que se considera son las nuevas epidemias.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de las 10 enfermedades más frecuentes y de alto costo entre la población mundial, al menos cuatro son de tipo mental: epilepsia, depresión, alcoholismo y trastorno bipolar. La depresión es la cuarta enfermedad discapacitante a nivel mundial; se estima que para el año 2020 será la segunda, y significará entre 12% y 20% de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD); la depresión representa el 36.5% del total, y el alcoholismo, el 11.3%.<sup>1</sup>

En México se ha documentado de los problemas de salud mental como causas importantes de discapacidad a partir de la adolescencia.<sup>2</sup> Las dimensiones del problema tienden a crecer de acuerdo con otros estudios, 24.7% de los adolescentes mexicanos se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental, siendo los más recurrentes los trastornos de ansiedad, déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intento suicida.<sup>3</sup> Estas cifras resultan preocupantes si se considera que la edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se encuentra en las primeras décadas de la vida, como lo refiere la Encuesta Nacional de Psiquiatría.<sup>4</sup>

Merece atención especial el suicidio, como causa de muerte prematura aumentó 1.25 veces y se movió del lugar 21 al 11 entre las causas de muerte prematura y asociadas a discapacidad.<sup>5</sup> Un estudio realizado con población mexicana encontró que la depresión y la ansiedad generan una condición de discapacidad mayor y días de trabajo perdidos comparado con algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas. Considerando la discapacidad como el deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto en el trabajo, en su vida social, en su hogar y en sus relaciones cercanas<sup>6</sup>.

A pesar de la importante carga de enfermedad que representan los trastornos mentales, los datos de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señalan que existe una baja utilización de los servicios por parte de la población que presenta este tipo de padecimientos; por ejemplo, sólo una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo recibió atención y solo una de cada diez con algún trastorno de ansiedad lo obtuvo. El tiempo que tardan los pacientes en llegar a la atención es también importante con una latencia que oscila entre 4 y 20 años según el tipo de padecimiento.<sup>7</sup>

En México uno de cada cuatro personas entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero sólo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento. El tiempo que demoran los pacientes para recibir atención en un centro de salud oscila entre 4 y 20 años según el tipo de afección, al igual que lo observado en la mayoría de los países de América Latina.<sup>8</sup>

Cuando se considera la adecuación del tratamiento se observa que solo el 50% de las personas que buscaron atención especializada en salud mental recibieron un tratamiento adecuado. Aunado a lo anterior, los servicios son proporcionados principalmente en el tercer nivel con poca representación del primer nivel de atención.<sup>9</sup>

Los recursos para la atención son limitados y se aplican solo al tratamiento en hospitales psiquiátricos. Del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es destinado a la salud mental, cifra muy inferior al 10% recomendado por la OMS. El 80% de estos recursos se utilizan para los gastos de los hospitales psiquiátricos.<sup>10</sup>

Lamentablemente la atención de los trastornos mentales no está del todo integrada en los programas de atención a la salud en general y es insuficiente el trabajo multidisciplinario. Actualmente se proporciona principalmente en los hospitales psiquiátricos, en consecuencia los costos de atención resultan elevados y de baja cobertura, mientras que la mayoría de los recursos no se destinan a los establecimientos del primer nivel de atención donde se atiende a amplios sectores de nuestra población. Solamente 30% de los servicios del primer nivel de atención cuentan con protocolos de tratamiento para problemas de salud mental.<sup>11</sup>

En los hospitales generales del sistema de salud la atención que se brinda a los trastornos mentales es escasa, lo que imposibilita la detección temprana y continua en el tratamiento oportuno. Los recursos humanos especializados en este campo (psiquiatras, psicólogos, enfermeros) que trabajan en el sector público siguen siendo reducidos. El 80% del presupuesto asignado a la atención de estos padecimientos, se ocupa en la operación de los hospitales psiquiátricos.

Los servicios disponibles se encuentran concentrados en las grandes urbes, lo cual dificulta el acceso a las poblaciones rurales e indígenas que suelen vivir en regiones distantes a estas ciudades. Existe un escaso contacto entre el sector salud y otros sectores en actividades relacionadas con la salud mental; por ejemplo, sólo 5 % de las escuelas cuentan con un psicólogo y en pocas se desarrollan actividades de promoción de la salud y prevención de trastornos mentales.

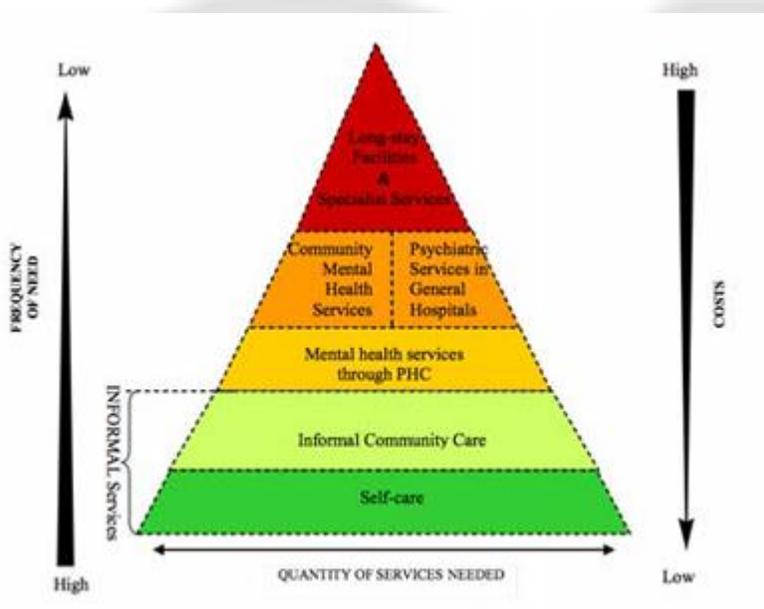
También son escasos los programas destinados a la rehabilitación de las personas con discapacidad mental, por ejemplo para que puedan contar con un trabajo remunerado y con otras prestaciones sociales y legales.

Si bien es cierto que en el país hay normas y leyes que abogan por la igualdad en el acceso a tratamientos, existen barreras geográficas y culturales que dificultan la atención a la población rural e indígena.

A pesar de la importante carga de enfermedad que representan los trastornos mentales, se carece de un sistema integrado de atención, se observa baja utilización de los servicios disponibles y limitaciones en la coordinación para su atención. Solamente 50% de las personas que buscaron atención especializada en salud mental recibieron tratamiento, además de que son insuficiente de servicios enfocados a la atención de los niños y adolescentes.

Por lo anterior resulta necesario otorgar alta prioridad a la atención de los problemas de salud mental asumiendo los retos que tenemos como país.

La OMS ha propuesto con base en el modelo de la pirámide de atención, la reorganización de los servicios de salud mental, lo que permite otorgar la continuidad de la atención e incluir a las personas en condición de vulnerabilidad y grupos emergentes con necesidades especiales.



La base de la pirámide incorpora la autoayuda y la atención primaria y comunitaria, que permiten incorporar programas preventivos como son las campañas de promoción de la salud, de lucha contra el estigma, de prevención de la violencia principal factor de riesgo para los trastornos mentales y otros programas de prevención de los trastornos por abuso de sustancias y del suicidio. Se pueden incorporar también grupos e instituciones que incluyen a los grupos de la sociedad civil, los programas de ayuda mutua y de autoayuda, el vínculo con programas de otros sectores como los de desarrollo social, educación, capacitación y reinserción laboral, vivienda, entre otros, lo que permitirá, avanzar en garantizar los derechos humanos de las personas con algún trastorno y los de sus familias.

En esta base de la pirámide estarían ubicados los programas de prevención en la escuela, en el lugar de trabajo, las normas orientadas a proteger la salud de la población y promover su bienestar (como la seguridad de las colonias, los espacios libres de humo de tabaco, la prevención de accidentes asociados con alcohol o drogas, entre muchos otros).

El segundo peldaño es la atención a la salud mental en el primer nivel que incorpora a los equipos de salud en modelos de cambio de roles<sup>12</sup>, tratamiento colaborativo<sup>13</sup> y referencia a otros niveles.

El tercer elemento son los centros de comunitarios de tratamiento especializados, con un buen sistema de referencia que avancen hacia la atención integrada, incorporando las múltiples necesidades de las personas incluyendo sus necesidades psicosociales y cada vez menos de atención de enfermedades.

El cuarto son los hospitales generales, que requerirán refuerzo de sus áreas de urgencia para atención y prevención, por ejemplo, del suicidio, servicios de desintoxicación, programas de mantenimiento (para personas con dependencia a la heroína), con programas que permitan atender los trastornos mentales y del comportamiento incluidos los derivados del uso de sustancias que de sus pacientes e incorporar camas para personas con enfermedad mental con cuadros descompensados.

El quinto incluye los hospitales psiquiátricos con sus unidades de internamiento idealmente muy pequeñas y con una amplia consulta ambulatoria. Es menester diferenciar a los de corta estancia cuyas camas no deben de reducirse en tanto no se tengan más camas en los hospitales generales, manteniendo su capacidad de atender a enfermos graves o que no responden al tratamiento. Se debe evitar construir más hospitales con el modelo actual, construir en su lugar unidades alineadas a los hospitales generales lo que permitirá atender la comorbilidades con otras enfermedades que presentan estas personas.

Los hospitales de estancia media deben reducir sus camas y tiempos de estancia y reforzar sus programas de habilitación, rehabilitación laboral y reinserción social y las unidades asilares ser sustituidas por unidades pequeñas para personas con grave deterioro, avanzar hacia la desinstitucionalización de las personas internadas en estas unidades, e integrar programas de reinserción laboral que prevengan el abandono de las personas con enfermedades graves.

Los hospitales de día, las villas y las casas de medio camino constituyen el puente entre el hospital y el regreso a la comunidad. Los hogares protegidos y las viviendas para los enfermos, son necesarios para la desinstitucionalización.

Con base en este modelo la OMS recomienda los países:

- Limitar la responsabilidad de los hospitales psiquiátricos
- Establecer servicios de salud mental con base en la comunidad
- Integrar servicios de salud mental en los hospitales generales
- Establecer servicios de salud mental en la comunidad
- Promover el autocuidado de la salud.

El reto principal consiste en incorporar la atención de los trastornos mentales como una media integrada a atención de la salud en general, particularmente en los servicios de atención primaria y los servicios de primer nivel que deben ser el punto donde se articule la atención de la salud mental comunitaria.

Para atender este reto resulta necesario el desarrollo de cursos de actualización y/o de educación, relacionado con temas de salud mental en los programas de formación de profesionales de la salud, así como fortalecer los programas de certificación de los profesionales. Se deben aumentar los mecanismos de financiamiento de operación e inversión en salud mental, favorecer el abasto de medicamentos y fortalecer el papel de los familiares y de las organizaciones de usuarios de ayuda mutua para la atención, en estrecha coordinación con las instituciones especializadas.

Un aspecto que se considera necesario es la incorporación de los consultorios afiliados a farmacias, corresponde a un primer nivel de atención. Se trata de una sección que requiere ser tratada de manera especial<sup>14</sup>.

Un nuevo marco de atención de los problemas de salud mental debe garantizar medidas para erradicar las violaciones a los derechos humanos, así como las prácticas de tortura en usuarios y usuarias de los servicios de atención psiquiátrica.

Por todo lo anterior resulta imprescindible formular una estrategia actual, integral y coordinada que permita enfrentar el crecimiento e impacto que están teniendo de los trastornos de salud mental, para ello resulta necesario contar una visión renovada del marco legal que sustenta los esfuerzos de nuestro país en este campo.

La creación de una Ley Nacional de Salud Mental permitirá reorientar los esfuerzos para aumentar la calidad en la prestación de los servicios de salud mental, el incremento en la cobertura, la protección a los derechos humanos, el derecho a recibir tratamiento, la integración de las personas con trastornos mentales en comunidad y la promoción de la salud mental en la sociedad.

El Estado mexicano tiene la obligación de realizar acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. México suscribió la Declaración de Caracas de 1990, en la que se proponen distintas estrategias para reestructurar la atención psiquiátrica en América Latina. Su adopción significó abordar la salud mental y sus trastornos con enfoque comunal. Dicho tratado destaca la pertinencia de vigilar las legislaciones nacionales a fin de garantizar el respeto de los derechos humanos de personas con discapacidad mental, y promueve servicios comunitarios que contribuyan a que ejerzan sus garantías civiles, políticas, económicas, sociales y culturales y otras libertades fundamentales, en igualdad de condiciones que los demás.

Las políticas que adopte el Estado mexicano sobre la salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental. Para ello hay que incorporar la promoción de la salud mental a las políticas y programas no solo del sector de la salud, sino también de los sectores público y privado en aspectos como la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social, todo ello bajo un marco jurídico de carácter federal.

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.

Por lo anteriormente expuesto, se somete a consideración de esta honorable asamblea, **la presente iniciativa con proyecto de Decreto que se expide la Ley Nacional de Salud Mental**

Para quedar como sigue:

**Único. Se expide la Ley Nacional de Salud Mental.**

**Propuesta de Ley Nacional de Salud Mental**

**Título Primero**

**Capítulo I**

**Disposiciones Generales**

**Artículo 1.** El objetivo de la presente ley es el asegurar el derecho a la protección de la salud mental de la población y garantizar el pleno goce de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y adicciones, así como regular el acceso y prestación de servicios de salud mental con enfoque comunitario, y su vinculación con los servicios sociales complementarios. La presente Ley es de orden público, de interés general y de observancia en toda la República Mexicana; y tiene como objetivos:

- I. Organizar y Regular los servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos de salud mental.
- II. Proteger a la población afectada por trastornos mentales, trastornos de conducta y adicciones, favoreciendo el acceso a los servicios de salud mental;
- III. Promover la calidad en la prestación de los servicios de salud mental;
- IV. Promover los derechos humanos y la erradicación de la discriminación contra personas que padecen trastornos mentales, trastornos de conducta y adicciones; y
- V. Favorecer la integración de las personas con trastornos mentales en comunidad...

**Artículo 2.** Para los efectos de esta Ley se entenderá por:

- I. Atención de la salud mental: estrategias necesarias para proporcionar a la persona usuaria una atención integral en salud mental, a través de la promoción, prevención de riesgos, la evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento;
- II. Atención Integral de la Salud Mental. Es el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental. Comprende las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación integral.
- III. Ayuda mutua: todas aquellas medidas llevadas a cabo por personas no profesionales (es decir, no profesionales sanitarios), con el fin de movilizar los recursos necesarios para promover, mantener o restaurar la salud de los individuos y de las comunidades.
- IV. Capacidad jurídica: La capacidad y el poder de ejercer derechos y contraer obligaciones por decisión personal, es decir, sin asistencia o representación de un tercero. Presupone la capacidad de ser un potencial sujeto de derecho y obligaciones (elemento estático), y otorga la capacidad de ejercer dichos derechos y contraer obligaciones generando, modificando, o extinguiendo relaciones jurídicas (elemento dinámico).
- V. Consejo: se refiere al Consejo Nacional de Salud Mental
- VI. Desinstitucionalización: El proceso por el que se pasa de mantener a las personas que sufren unas enfermedades mentales confinadas en hospitales psiquiátricos (manicomios), a fin de darles una atención integrada en la sociedad en un ambiente comunitario.
- VII. Discapacidad: Es un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación; denota los aspectos negativos de la interacción entre una persona (aquejada por un trastorno de salud) y su entorno (factores ambientales y personales).
- VIII. Discernimiento: Se refiere específicamente a la presencia de facultades mentales para tomar decisiones o adoptar cursos de acción.

IX. Discriminación por motivos de discapacidad. Se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar, menoscabar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables

X. Familiar: Persona con parentesco por consanguinidad, afinidad o civil con la persona usuaria de los servicios de salud mental;

XI. Fomento de la salud mental: Promoción de acciones encaminadas a mejorar la salud mental y a eliminar el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental;

XII. Grupos vulnerables: Algunos grupos se enfrentan con un riesgo elevado de sufrir trastornos mentales. Esta vulnerabilidad es el resultado de factores sociales y del ambiente circundante. Suelen afrontar obstáculos parecidos en cuanto a su situación socioeconómica, los medios de apoyo social y las condiciones de vida, entre ellas:

XIII. Infraestructura: conjunto de inmuebles, instalaciones, construcciones, mobiliario y equipo, cuyo objeto sea otorgar los servicios a la población los servicios de salud mental;

XIV. Interdicción: Procedimiento mediante el cual se inhabilita o incapacita a una persona mayor de edad para ejercer o hacer valer los derechos por sí mismo

XV. El Modelo de Atención Integral de Salud: es un sistema lógico que organiza el funcionamiento de las redes de atención de salud, articulando de forma singular las relaciones entre la población y sus subpoblaciones estratificadas por riesgos, los focos de las intervenciones del sistema de atención de salud y los diferentes tipos de intervenciones sanitarias, definido en función de la visión predominante de salud, de la situación demográfica y epidemiológica y de los determinantes sociales de la salud vigentes en determinado tiempo y en determinada sociedad.

XVI. Paciente bajo custodia: persona con algún trastorno mental que requiere atención médica hospitalaria encontrándose privada de la libertad o sometida a cualquier forma de detención o prisión, el que tenga la calidad de presentado, indiciado, probable responsable, procesado o sentenciado;

XVII. Personas con Capacidad Atenuada: Persona que durante el proceso de investigación de autoría o participación en la comisión de un hecho atípico, posterior a evaluación pericial por parte de un psiquiatra, se establece que su capacidad de ejercicio se ve disminuida o alterada ya sea de forma permanente o transitoria y en áreas específicas.

XVIII. Persona con Discapacidad; Toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás;

XIX. Personas Culpables pero Mentalmente Enfermos: Persona que durante el proceso de investigación de autoría o participación en la comisión de un hecho atípico, posterior a evaluación pericial por parte de un psiquiatra, se establece que su capacidad de ejercicio no se encuentra afectada, a pesar de padecer trastorno mental, sin embargo requiere de tratamiento en caso de ser declarado culpable del hecho atípico.

XX. Personas Inimputables: Persona que durante el proceso de investigación de autoría o participación en la comisión de un hecho atípico, posterior a evaluación pericial por parte de un psiquiatra, se establece que su capacidad de ejercicio se encuentra alterada ya sea de forma permanente o transitoria y requiere de tratamiento para que esta circunstancia se corrija y pueda participar en su proceso.

XXI. Persona usuaria: toda persona que recibe el beneficio de cualquier programa o campaña de promoción de salud mental, de prevención o manejo de trastornos mentales, encaminadas a la preservación de su salud mental y calidad de vida, y

XXII. Personal de salud: profesionales, especialistas, técnicos, auxiliares y demás trabajadores que laboran en la prestación de los servicios de salud;

XXIII. Prevención primaria: La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tiene por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.

XXIV. Primer nivel de atención: Atención otorgada por los Servicios de Salud Pública y cualquier otra institución de Gobierno, que preste algún servicio de salud a la población en general;

XXV. Promoción de la Salud Mental. Es una estrategia concreta, concebida como la suma de las acciones de los distintos sectores de la población, las autoridades sanitarias y los prestadores de servicios de salud encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud mental individual y colectiva.

XXVI. Psicocirugía: Se entiende como psicocirugía a cualquier técnica o procedimiento quirúrgico y/o electrodos intracerebrales mediante el cual una o varias lesiones son creadas en el cerebro de una persona en una o en varias intervenciones, con el propósito de alterar los pensamientos, emociones o la conducta de una persona. La conducta de una persona no incluye conducta manifestada como parte de una epilepsia convulsiva generalizada, epilepsia no convulsiva, epilepsia parcial compleja o simple, conducta secundaria a disritmia y/o paroxismo cerebral; o conducta manifestada como resultado de un trastorno en ganglios basales.

XXVII. Psicoterapia: Conjunto de métodos y recursos utilizados para el tratamiento psicológico de las personas, mediante los cuales interacciona la persona usuaria y el psicólogo con el propósito de promover la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integridad de la identidad psicológica, el bienestar de las personas y el mejoramiento de su calidad de vida;

XXVIII. Recuperación: Desde el punto de vista de los enfermos mentales, por recuperación se entiende la aparición o reaparición de la esperanza, la aceptación de las capacidades y discapacidades propias, el despliegue de una vida activa, la autonomía personal, la identidad social, la asignación de un significado y una finalidad a la vida, y un sentido positivo de sí mismo. Recuperación es no es sinónimo de curación. Aquella está vinculada con situaciones internas de las personas que se consideran en recuperación;

XXIX. Rehabilitación: Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un nivel que permita compensar la pérdida de una función, así como proporcionarle una mejor integración social.

XXX. Salud mental: El estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

XXXI. Segundo nivel de atención: atención hospitalaria y ambulatoria otorgada por las unidades médicas dependientes de la Secretaría;

XXXII. Tercer nivel de atención: Atención hospitalaria y ambulatoria otorgada por las Unidad.

Trastorno mental: Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Para los efectos de esta Ley se consideran aquellos que están definidos en el capítulo V “Trastornos mentales y del comportamiento” de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, (CIE 10);

XXXIV. Tratamiento: Diseño, planeación, instrumentación y conducción de estrategias médicas, farmacológicas y psicológicas encaminadas a restaurar, mejorar o mantener la calidad de vida de la persona que presenta algún trastorno mental;

**Artículo 3.** Las instituciones públicas, privadas y de carácter social relacionadas con la prevención y tratamiento de los trastornos mentales, sin importar la figura jurídica en la que estén constituidas, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente Ley.

**Artículo 4.** La promoción y la prevención de la salud mental; la detección oportuna, el tratamiento, la rehabilitación y el control de los trastornos mentales; tendrán carácter prioritario dentro de las políticas de salud.

**Artículo 5.** La atención de los trastornos mentales y adicciones comprende:

I. La atención de personas con trastornos mentales y adicciones, la evaluación diagnóstica y tratamientos integrales, y la rehabilitación psiquiátrica de las personas con enfermedades mentales crónicas, deficientes mentales, que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas;

II. La organización, operación y supervisión de establecimientos dedicados al estudio, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales y adicciones,

III. La reintegración de la persona con trastornos mentales y adicciones a su familia y comunidad, mediante la creación de programas sociales y asistenciales como residencias y talleres protegidos, en coordinación y a través de otros sectores como educación, trabajo, vivienda y

IV. La vigilancia epidemiológica.

## **Título Segundo**

### **Sobre la organización del sistema de atención de problemas de salud mental**

#### **Capítulo 1. Consejos de salud mental**

**Artículo 6.** Corresponde a las autoridades de salud, impulsar las actividades para la planeación, coordinación, desarrollo y supervisión de los programas específicos en materia de salud mental.

**Artículo 7.** La Secretaría de Salud establecerá un modelo integrado de atención de los trastornos mentales, en el que participen todos los establecimientos especializados en prevención, tratamiento, rehabilitación de trastornos mentales; incluyendo a los centros académicos y de investigación, tanto públicos como privados, así como todos aquellos que realicen labores en los diferentes niveles de atención, que actualmente funcionan o que se implementen en un futuro.

**Artículo 8.** Para la promoción y prevención de la salud mental y tratamiento de los trastornos mentales, la Secretaría de Salud, los gobiernos de las entidades federativas, establecerán los mecanismos de coordinación, a través del Consejo Nacional de Salud Mental que tendrá las siguientes facultades:

- I. Proponer al Secretario de Salud la política y estrategia nacionales, los programas en materia, así como conducir y coordinar su instrumentación, cuando éstos hayan sido aprobados por el Secretario;
- II. Realizar el análisis de situación de salud, para evaluar el impacto de la política pública de salud mental, mejorar el diseño e implementación de programas y estrategias en la materia
- III. Proponer a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal los programas, políticas y estrategias transversales a adoptar en materia de salud mental e impulsar su implementación
- IV. Fungir como enlace de la Administración Pública Federal con las instancias que las entidades federativas establezcan como responsables de los programas en materia de salud mental;
- V. Coadyuvar en el seguimiento y evaluación del cumplimiento de los acuerdos y convenios internacionales ratificados por México en las materias relacionadas con su objeto;
- VI. Proponer la celebración de acuerdos y convenios internacionales relacionados con la salud mental, y
- VII. Promover mecanismos para la coordinación, concertación, cooperación y participación, de los sectores público, tanto federal como local, social y privado, así como de organizaciones nacionales e internacionales y, en general, de la comunidad, en las acciones en materia de salud mental;
- VIII. Gestionar, ante las instancias competentes recursos para apoyar las acciones de los programas en materia de salud mental;
- IX. Impulsar la incorporación de intervenciones relacionadas con la prevención y tratamiento de adicciones en el Catálogo Universal de Servicios de Salud del Sistema de Protección Social en Salud;
- X. Vigilar que se cuente con sistemas de vigilancia epidemiológica en materia de salud mental y apoyar el desarrollo de investigaciones en este campo.
- XI. Las demás que le asigne el Secretario de Salud.

**Artículo 9.** El Consejo Nacional de Salud Mental estará integrado por las y los titulares de las siguientes Secretarías e instituciones de la Administración Pública Federal y representantes de los sectores académicos y sociales:

- I. Secretaría de Salud, quien lo Presidirá;
- II. Servicios de Atención Psiquiátrica;

- III. Secretaría de Desarrollo Social, que asumirá la Vicepresidencia;
- IV. *Secretaría de Educación;*
- V. *Secretaría del Trabajo y Previsión Social;*
- VI. *Sistema Nacional para la Integración de la Familia;*
- VII. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz;
- VIII. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suarez;
- IX. Instituto Nacional de Salud Pública;
- X. Comisión Nacional de Arbitraje Médico;
- XI. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;
- XII. Instituto Mexicano del Seguro Social;
- XIII. Dos representantes de organizaciones académicas especializadas y
- XIV. Dos representantes rotatorios de las entidades federativas y
- XV. Dos representantes de organizaciones de la sociedad civil.

Los titulares asistirán a las reuniones del Consejo y podrán nombrar a un suplente, quien deberá tener como cargo mínimo un nivel inmediato inferior al del titular.

Se invitará a formar parte del Consejo de manera permanente, de la Universidad Nacional Autónoma de México, así como de otras organizaciones académicas que tengan amplia y reconocida experiencia en el tema.

**Artículo 10.** El Consejo Nacional de Salud Mental contará con el apoyo de un área administrativa, integrada a la estructura de la Secretaría de Salud y tendrá las siguientes atribuciones:

- I. Dar seguimiento a los acuerdos adoptados en las sesiones del Consejo y a las actividades que desarrollen los grupos de trabajo;
- II. Coadyuvar con las unidades administrativas competentes en la promoción de las acciones de prevención, consulta externa, hospitalización, rehabilitación y reintegración social de las personas con problemas de salud mental;
- III. Fomentar acciones de sensibilización entre la población acerca de la salud mental y promover la participación de la sociedad en las acciones para la prevención de problemas de salud mental, así como en la rehabilitación y la reintegración social de las personas con problemas de este tipo;
- IV. Integrar un diagnóstico situacional basado en el análisis de los factores de riesgo y protección, así como de los determinantes sociales;

V. Desarrollar actividades educativas, socioculturales y recreativas que fomenten la salud mental, en coordinación con otras instituciones y los organismos de la sociedad;

VI. Promover la conformación de redes o sistemas estatales para el tratamiento de trastornos mentales que incluya el desarrollo de intervenciones en el primer nivel y segundo nivel de atención;

VII. El impulso de actividades de capacitación y actualización de los equipos de salud y

VIII. Aquellas que le sean encargadas por el Consejo y/o las instancias jerárquicas superiores en la estructura administrativa.

**Artículo 11.** Las entidades federativas, a través de los Servicios Estatales de Salud, establecerán y promoverán la consolidación de los Consejos Estatales de Salud Mental como órganos estatales de coordinación y supervisión de los servicios de salud mental, mismos que serán los responsables de elaborar los programas estatales de atención de la salud mental.

## **Capítulo 2. Acceso a los servicios de salud mental**

**Artículo 12.** La aplicación de los recursos disponibles para la atención en materia de salud mental, deberán planificarse conforme a las necesidades con criterios de equidad poblacional y geográfica, evitando las disparidades y las duplicidades.

**Artículo 13.** Las instituciones del Sistema Nacional de Salud deberán de ofrecer el acceso de la población a los servicios de atención de salud mental, de acuerdo a los siguientes lineamientos:

I. Con un enfoque de derechos humanos, y con perspectiva de género y equidad, poniendo énfasis en la prevención, detección temprana y promoción de la salud mental, incluyendo acciones enfocadas a la prevención de adicciones.

II. Con acciones para prevenir y reducir dentro de sus instituciones el estigma y discriminación de los pacientes con trastornos mentales y adicciones. .

III. Con acciones para la promoción y prevención de los trastornos mentales, especialmente a los grupos en situación vulnerable como los niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores, indígenas y personas en situación de pobreza.

IV. Con la atención primaria a la salud como el eje sobre el que se estructure un Modelo Comunitario de Atención a la Salud Mental

V. Con atención integral, continua e interdisciplinaria de los trastornos mentales y adicciones, trastornos debidos al uso de sustancias psicotrópicas y otras comorbilidades.

VI. Con acceso a las diversas intervenciones terapéuticas como psicofármacos, psicoterapia y rehabilitación psicosocial, a fin de lograr la reinserción social.

Las instituciones del Sistema Nacional de Salud deberán brindar gradualmente las intervenciones prioritarias de salud mental que determine la Secretaría de Salud, en igualdad de circunstancias de acceso a las intervenciones de salud general.

**Artículo 14.** Los programas en materia de salud mental deberán privilegiar la atención comunitaria de trastornos mentales y reducir los ingresos involuntarios a las instituciones especializadas de salud mental, para evitar las internaciones de largo plazo.

### **Capítulo 3. Red de servicios de atención en materia de salud mental**

**Artículo 15.** Las entidades federativas, a través de los Consejos Estatales de Salud Mental, conforme al Modelo de Atención Integral de la Salud (MAI), promoverán la conformación de Redes Integrales de Servicios de Salud en materia de salud mental, basada en la atención primaria de la salud, aprovechando la infraestructura existente y en coordinación con las instituciones públicas, privadas, sociales y de ayuda mutua. Las Redes Integradas de Servicios de Salud en materia de salud Mental, deberá centrarse en la persona, la familia y la comunidad/territorio, considerando las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona a lo largo de todo su curso de vida.

Los servicios de salud mental incorporarán los enfoques interculturales y de género en el cuidado de la salud.

**Artículo 16.** Las redes integrales de atención de la salud mental se deberán organizar y operar de acuerdo a lo siguiente:

- I. Centros de salud o equivalentes, con programas de promoción, detección, orientación, tratamiento oportuno y referencia, en coordinación con organizaciones sociales y grupos de ayuda mutua.
- II. Centros Comunitarios de Salud Mental, Unidades de Especialidades Médicas de Salud Mental, Centros Integrales de Salud Mental y Centros de Atención Primaria de Adicciones, o equivalentes, con servicios ambulatorios especializados en psiquiatría y psicología para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales y adicciones.
- III. Hospitales Generales y Hospitales Regionales de Alta Especialidad y equivalentes, con acciones de estadía hospitalaria breve, hospital de día en la que se le ofrezca a las personas la atención en momentos de crisis y agudización de los trastornos mentales y comorbilidad.
- IV. Hospitales Psiquiátricos, con acciones de atención especializada a personas con trastornos mentales graves y severos, así como la docencia e investigación.

**Artículo 17.** Para la atención a los trastornos mentales se priorizarán los servicios en la comunidad, potenciando los esfuerzos en el primer nivel de atención, la atención ambulatoria, y los sistemas de hospitalización breve y parcial, de tal forma que se reduzca al máximo posible la necesidad de hospitalización. (Enfatizar la red en primer nivel conforme modelo OMS diferenciarlo del siguiente artículo, comentario 16)

**Artículo 18.** La atención en salud mental para personas con trastornos mentales debe ser provista por servicios de atención primaria, para lo cual se favorecerá el establecimiento de intervenciones específicas de detección, orientación y consejería, a través del equipo psicosocial.

**Artículo 19.** Las instituciones del Sistema Nacional de Salud que prestan servicios de salud mental, en especial las destinadas al internamiento de las personas con trastornos mentales y adicciones, deberán cumplir con:

- I. Las condiciones generales de diseño, construcción y habilitación, que garanticen una adecuada higiene, iluminación, ventilación, bienestar, privacidad y seguridad del paciente.
- II. Las instalaciones y equipo médico y administrativo apropiados para el desarrollo de sus funciones.

III. Los recursos humanos suficientes en cantidad, calidad y cualidad, de acuerdo con los indicadores que establezca la Secretaría de Salud.

IV. Los recursos e insumos para una adecuada atención de salud mental y psiquiátrica.

V. Los recursos e insumos básicos para atender las comorbilidades no psiquiátricas más frecuentes y en su caso, cuando esta comorbilidad sea de mayor gravedad o urgencia que la psiquiátrica contar con los mecanismos de consulta de enlace y referencia oportuna a otra unidad médica.

VI. Los instrumentos administrativos y legales correspondientes.

VII. Las instalaciones destinadas al cuidado intensivo de las personas que presentan conductas perturbadoras o agresivas, que permita tanto la protección del paciente como el funcionamiento regular de los otros servicios.

VIII. La infraestructura y habilitación necesaria cuando se atiendan personas con trastornos mentales, que presenten algún tipo de discapacidad física o sensorial.

IX. Los dormitorios necesarios para el internamiento de personas, de preferencia en instalaciones semicerradas para un máximo de 6 personas por dormitorio, que asegure la privacidad y seguridad.

X. Las instalaciones de comedor para personas con trastornos mentales.

XI. Las instalaciones de servicios sanitarios para personas suficientes de acuerdo al número de camas censables, que permitan la privacidad y seguridad de los pacientes.

XII. Las áreas destinadas a recreación y esparcimiento deberán considerar tanto para las áreas abiertas y cerradas con dimensiones adecuadas para el desplazamiento o permanencia de las personas, así como equipos de entretenimiento y descanso.

Los equipos de comunicación telefónica y el acceso a medios de comunicación masiva como radio, televisión y prensa escrita que permitan a la persona mantener el grado de ubicación en su entorno ambiental social y cultural.

**Artículo 20.** 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, a efectos de garantizar que los derechos, el tratamiento y las condiciones de vida de los usuarios se sujeten a las disposiciones de la presente ley.

**Artículo 21.** Los organismos responsables de la coordinación de esfuerzo en materia de salud mental en las entidades federativas promoverán la participación de organismos académicos, organizaciones de pacientes, grupos de ayuda mutua, organizaciones de carácter asistencial, organismos privados y gremiales en las actividades de promoción de la salud mental y de la prevención, tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales.

### **Título Tercero**

#### **De las actividades de fomento de la salud mental y prevención de trastornos mentales**

**Artículo 22.** La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales será una de las prioridades en los planes y programas de salud y para su desarrollo se deberán considerar en los planes y programas, políticas preventivas que se sustenten su efectividad en evidencias científicas.

Para realizar estas tareas los Consejo Estatales de Salud Mental promoverán acciones interinstitucionales con enfoque horizontal, en estrecha coordinación con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, del sistema educativo, de seguridad y justicia y de desarrollo social, en estrecha coordinación con los sectores representativos de la sociedad y organismos privados interesados en el tema.

**Artículo 23.** Las políticas de prevención, junto con la promoción de la salud mental, deben estar orientadas por las necesidades de la población y cubrir diferentes entornos. Estas políticas deberán incluir, entre otras, acciones tales como:

- I. La promoción de un inicio saludable en la vida a través de servicios de apoyo para las familias; y conforme a lo estipulado por la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad.
- II. Intervenciones selectivas con familias en riesgo y acciones para promover las capacidades de crianza positiva entre los padres de familia y de afrontamiento de la desintegración familiar;
- III. En las escuelas el desarrollo de programas de habilidades para la vida, de convivencia y educación en valores, así como intervenciones tempranas en las escuelas para un promover un desarrollo saludable de los educandos;
- IV. Políticas preventivas en ámbitos laborales para prevenir el estrés laboral en coordinación con las autoridades laborales;
- V. Programas de prevención del delito, la violencia, el maltrato y/o el abuso sexual, entre otros que estimulen los valores de convivencia y el bienestar común;
- VI. Servicios de atención infantil y sistemas de apoyo accesibles en la comunidad;
- VII. Programas de apoyo a las personas de la tercera edad y en situación de exclusión social especialmente para las poblaciones en alto riesgo; y
- VIII. Campañas preventivas en medios de comunicación,
- IX. Entre otras.

Para el desarrollo de los programas de prevención se deberán tener en cuenta los factores de riesgo y de protección individuales y relacionados con la familia, tanto biológicos, emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o relacionados con el contexto familia. Además de los determinantes sociales de la salud mental.

## **Título Cuarto**

### **Derechos humanos y salud mental**

#### **Capítulo 1. Derechos de las personas con trastornos mentales**

**Artículo 24.** Se reconocen como libertades fundamentales y derechos humanos a toda persona con trastornos mentales y adicciones, los siguientes:

- I. Derecho a gozar del más alto nivel de salud, sin discriminación por motivo del trastorno mental, mediante programas y servicios médicos otorgados a través de todos los niveles de atención, incluyendo atención en hospitales generales, y servicios de tercer nivel, de la red general de salud.

- II. Derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales;
- III. Derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental y acorde con sus antecedentes culturales, lo que incluye el trato sin discriminación y con respeto a la dignidad de la persona;
- IV. Derecho a la confidencialidad de la información personal, médico psiquiátrico de su enfermedad y tratamiento contenido en el expediente clínico. Salvo en las excepciones que se determinen en las disposiciones legales aplicables.
- V. Derecho a contar con un representante que cuide en todo momento sus intereses. Para esto, la autoridad judicial deberá cuidar que no exista conflicto de intereses por parte del representante;
- VI. Derecho al acceso libre y gratuito a la información contenida en el expediente clínico. Este derecho podrá ser 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 al paciente, se proporcionará al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se proporcione al paciente cualquier parte de la información, el paciente o su defensor, si lo hubiere, será informado de la decisión y de las razones en que se funda, y la decisión estará sujeta a revisión judicial.
- VII. Derecho a que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente y modificado llegado el caso;
- VIII. Derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación con el tratamiento o internamiento. Esto sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente;
- IX. Derecho a que le sean impuestas únicamente las restricciones necesarias para garantizar su protección y la de terceros. En todo caso, se deberá procurar que el internamiento sea lo menos restrictivo posible y a que el tratamiento a recibir sea lo menos nocivo.
- X. Derecho a no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona.
- XI. Derecho a la protección contra tratos crueles, inhumanos o degradantes y en su caso, el derecho a denunciar por sí o a través de su representante legal cualquier abuso que se cometa en su contra.
- XII. Derecho a un ambiente seguro, higiénico y humano dentro de las instituciones de salud mental, que garantice en su caso, las condiciones adecuadas de alimentación, vestido, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
- XIII. Derecho a un ambiente y condiciones de vida en las instituciones de salud mental, lo más similares posible a las condiciones de la vida normal de las personas de esa edad, incluyendo instalaciones que respeten la vida privada y la intimidad, en un espacio libre de intromisiones ilegítimas
- XIV. Derecho a una vida privada e intimidad, que permita el pleno desarrollo de la personalidad y un espacio libre de intromisiones ilegítimas a la vida privada, la familia, el domicilio y la correspondencia por parte del estado y la comunidad.
- XV. Derecho a elegir el trabajo que desea realizar y a no ser sometido a trabajos forzosos o inadecuadamente remunerados dentro de las instituciones de salud mental.

XVI. Derecho a participar en actividades educativas, capacitación vocacional, actividades de recreo, esparcimiento y culturales, así como el derecho a la libertad de religión y creencias.

XVII. Derecho a ser informado al inicio de su atención, tanto ambulatoria como hospitalaria sobre sus derechos, de forma y lenguaje que comprenda.

XVIII. Derecho a ser tratado y atendido en su comunidad o lo más cerca posible al lugar en donde habiten sus familiares o amigos.

XIX. Derecho a tratamiento en salud mental si se le ha aplicado una medida de seguridad y fuera declarado como, inimputable, con capacidad atenuada o culpable pero mentalmente enfermo.

XX. Derecho a participar en la actualización de la legislación y en la determinación de políticas de salud mental, así como a participar activamente en la planeación y operación de servicios de salud mental y psiquiatría.

Estos derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, representan los deberes de las instituciones que prestan servicios de salud mental y psiquiatría.

**Artículo 25.** Las autoridades de salud impulsaran campañas informativas para evitar la discriminación de las personas con trastornos mentales y sus familiares y promover una mejor comprensión de estos padecimientos para facilitar la inclusión de personas con problemas de salud mental.

**Artículo 26.** 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 internacionales indispensables 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.

**Artículo 27.** Las disposiciones de la presente ley se aplicarán sin discriminación alguna motivada por el género, origen étnico o nacional, la condición social, la edad, las capacidades diferentes, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, la 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 28.** La presente ley también se aplicará a las personas con trastornos mentales, del comportamiento y adicciones, que se encuentran cumpliendo medidas de seguridad y fueron declarados como culpables pero mentalmente enfermos o bien han sido declarados como inimputables y se encuentran en medida cautelar o medida de seguridad.

**Artículo 29.** Se tendrá especial cuidado en proteger los derechos de los menores de edad, adolescentes, mujeres embarazadas y adultos mayores que padezcan trastornos mentales. En estos casos, cuando sea necesario y a falta de un representante legal, se nombrará uno que no sea un miembro de la familia.

## **Capítulo 2. Derechos de las familias y otras personas a cargo del cuidado de las personas con trastornos mentales y adicciones**

**Artículo 30.** En consideración a que las familias e individuos a cargo del cuidado de las personas con trastornos mentales y adicciones asumen responsabilidades como el alojamiento, vestido, alimentación, apoyo en el tratamiento, y ayuda en la reinserción, se reconocen los derechos de las familias y otros cuidadores a cargo siguientes:

- I. Derecho al acceso a la información necesaria sobre la enfermedad y tratamiento, con el objeto de orientar el cuidado adecuadamente a su familiar con trastorno mental y adicciones.
- II. Derecho a recibir cursos de psicoeducación sobre la enfermedad y el tratamiento de su familiar, posterior, al establecimiento del diagnóstico de algún trastorno mental y adicciones.
- III. Derecho a ser involucrado en la formulación e implementación del tratamiento de su familiar.
- IV. Derecho a mantener contacto y comunicación con su familiar cuando este internado, siempre y cuando este contacto no se contraproducente para la salud del paciente.
- V. Derecho a apelar ante el responsable médico o ante la autoridad judicial, sobre las decisiones del internamiento y tratamiento involuntarios a favor y beneficio de su familiar.
- VI. Derecho a solicitar el egreso de su familiar.
- VII. Derecho a participar en la actualización de la legislación y determinación de las políticas y programas de salud mental.

### **Capítulo 3. Consentimiento informado**

**Artículo 31.** Todo tratamiento e internamiento a pacientes con trastornos mentales y adicciones deberá administrarse previo consentimiento informado, salvo en las excepciones previstas de procedimientos involuntarios u obligatorios.

El paciente es quien ostenta el derecho a consentir o denegar el permiso para cualquier tratamiento o internamiento, por lo que deberá presumirse que todos los pacientes tienen capacidad de discernir y deberán agotarse los esfuerzos para permitir que una persona acepte voluntariamente el tratamiento o el internamiento, antes de adoptar procedimientos involuntarios.

**Artículo 32.** Para hacer valido el consentimiento informado se deberá satisfacer los criterios siguientes:

- I. La persona que otorga su consentimiento debe tener capacidad para hacerlo, la capacidad se presume a menos que se demuestre lo contrario.
- II. El consentimiento debe ser obtenido libremente, sin amenazas ni inducciones. En este proceso deberán estar presentes al menos un familiar o persona de la elección del paciente.
- III. La información relevante debe proporcionarse de manera apropiada y adecuada, sobre el propósito, método, duración estimada y beneficios esperados del tratamiento propuesto.
- IV. Deben discutirse amplia y adecuadamente con el paciente los posibles dolores o molestias, y los riesgos del tratamiento propuesto.
- V. Deben ofrecerse alternativas, si éstas existieran, de acuerdo con las buenas prácticas clínicas. Deben discutirse y ofrecerse al paciente formas alternativas de tratamiento, especialmente aquellas que sean menos intrusivas.
- VI. La información debe proporcionarse en un lenguaje y de manera que resulten comprensibles para el paciente.

VII. El paciente puede negarse a recibir tratamiento y el internamiento, o de abandonarlo, salvo excepción dispuesta en este instrumento.

VIII. Deben explicar al paciente las consecuencias de una negativa a recibir tratamiento, que pueden incluir el egreso en caso de atención hospitalaria.

IX. El consentimiento debe ser documentado en la historia médica del paciente.

**Artículo 33.** El consentimiento informado sustitutorio solo se podrá otorgar cuando el paciente carezca de capacidad necesaria de discernir para otorgarlo o el paciente se encuentre en el supuesto de incapacidad legal. En el caso anterior, se deberá recabar la mayor evidencia posible para la determinación de falta de discernimiento en el paciente. Podrán otorgar el consentimiento informado sustitutorio el familiar, responsable legal o tutor del paciente, con apego a las disposiciones sanitarias y civiles aplicables. Así como la autoridad sanitaria o judicial. El paciente cuando mejore sus condiciones podrá apelar el tratamiento o internamiento involuntario otorgado de forma sustitutoria.

El consentimiento informado obtenido o sostenido con coerción o dolo, deberá notificarse a la autoridad sanitaria y judicial competente para su investigación y en su caso, aplicación de la sanción correspondiente.

No será necesario el consentimiento informado cuando se trate del internamiento obligatorio.

**Artículo 34.** Las personas con trastornos mentales y adicciones que estén en supuestos de restricciones a la personalidad jurídica, de forma transitoria o permanente, como minoría de edad, falta de discernimiento, incapacidad mental o intelectual, no deben ser sujetos para menoscabar la dignidad de la persona, ni atentar contra el ejercicio de sus derechos humanos, y en estos casos, deberán aplicarse las disposiciones civiles federales, a fin de garantizar que cuenten con un representante legal o tutor y un curador.

**Artículo 35.** El paciente que no protesta es aquel que por su estatus de salud mental, no está en condiciones de otorgar su consentimiento informado, ya sea para el tratamiento y/o internamiento, ni lo rechaza y a su vez, tampoco ni representa un riesgo para la seguridad de él mismo o de terceros. Generalmente el tratamiento y/o internamiento es solicitado por un familiar o el tutor, y suele ser mal clasificado como paciente voluntario.

Los derechos del paciente que no protesta deben ser protegidos como el de paciente involuntario y cumplir con los procedimientos de tratamiento o internamiento involuntarios.

El paciente que no protesta en cuanto recupere su discernimiento para ejercer su autodeterminación, puede objetar o apelar su tratamiento o internamiento y debe modificarse su estatus como paciente voluntario.

## **Título Quinto**

### **La atención de los trastornos mentales y adicciones**

#### **Capítulo 1. Sobre la determinación del diagnóstico de trastorno mental**

**Artículo 36.** La determinación del diagnóstico de un trastorno mental y adicción, se formulará con arreglo a las normas médicas aceptadas internacionalmente. Ninguna persona será forzada a someterse a examen médico con el objeto de determinar si padece o no un trastorno mental y adicción, a no ser que este sea determinado por los supuestos del tratamiento e internamiento involuntario u obligatorio. En ningún caso, este diagnóstico deberá fundarse en:

I. La condición política, económica o social, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.

II. Los conflictos o demandas familiares, laborales, o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales, políticos o religiosos dominantes en la comunidad de la persona.

III. La preferencia o identidad sexual.

IV. La existencia de antecedentes personales de tratamiento y de hospitalización por enfermedad mental, no bastarán por si solo para justificar dicho diagnóstico.

El diagnóstico de un trastorno mental, preferentemente, deberá ser establecido por un equipo interdisciplinario de profesionistas con formación, capacitación y experiencia en salud mental, de acuerdo a lo establecido en el Título Cuarto de Recursos Humanos para los Servicios de Salud de la Ley General de Salud, y en el Artículo 129 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y en las demás disposiciones aplicables.

**Artículo 37.** El equipo interdisciplinario deberá estar integrado por profesionales y técnicos de las áreas de medicina con especialidad en psiquiatría o afines, psicología clínica, enfermería, trabajo social, rehabilitación, terapia y otras disciplinas vinculadas en la atención de los trastornos mentales y adicciones.

Cualquier de los profesionales con grado y posgrado del equipo interdisciplinario están en igualdad de condiciones para ocupar cargos de dirección, coordinación y gestión de servicios e instituciones de salud mental, cuando cumplan el perfil profesional correspondiente, la capacidad y experiencia necesaria.

## **Capítulo 2. Sobre el tratamiento a pacientes.**

**Artículo 38.** Los pacientes con trastornos mentales deberán recibir la atención médica lo menos restrictivo posible, que corresponda a sus necesidades individuales de salud, así como proteger la seguridad e integridad del paciente y en su caso, de terceros.

**Artículo 39.** El tratamiento deberá ser indicado por profesional médico psiquiatra acreditado como tal, el equipo interdisciplinario y en su caso, por médico general capacitado. El tratamiento preferentemente será voluntario, deberá contar con el consentimiento informado correspondiente, basado en un plan terapéutico individualizado, comentado con el paciente, y sujeto a revisión periódica.

**Artículo 40.** La atención a la salud mental y psiquiátrica deberá estar apegada al conocimiento y tecnología médica actualizada, en cumplimiento a las disposiciones legales sanitarias y otras aplicables, con arreglo a las normas éticas de los profesionales de salud mental y a los derechos humanos de los pacientes con trastornos mentales y adicciones. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y tecnología psiquiátrica, en perjuicio o maleficencia hacia el paciente, siempre se buscará el mayor beneficio y el menor riesgo posible y previsible.

**Artículo 41.** El tratamiento farmacológico siempre responderá a las necesidades de salud del paciente, y solo se le administrarán con fines terapéuticos o de diagnóstico, y nunca como una forma de castigo, ensañamiento o para conveniencia de terceros. Sólo los profesionales médicos psiquiatras del equipo interdisciplinario o de otra especialidad médica afín o médico general capacitado, podrán prescribir medicamentos psicotrópicos, y estos deberán ser aquellos de probada eficacia, seguridad y asequibilidad, y con arreglo a las disposiciones sanitarias en materia de medicamentos. El profesional responsable de atender al paciente tendrá la obligación de registrar el tratamiento en el expediente clínico del paciente. Estos aspectos, también serán aplicables a otras formas diagnósticas y de rehabilitación.

**Artículo 42.** La atención médica psiquiátrica y de salud mental de pacientes voluntarios tendrá paridad con la atención médica general de otros padecimientos no psiquiátricos.

**Artículo 43.** El tratamiento podrá ser voluntario, pero por excepción será involuntario mediante el consentimiento informado sustitutorio, o en su caso, obligatorio cuando sea ordenado por la autoridad sanitaria o judicial correspondiente. El tratamiento voluntario implica la negativa o rechazo del paciente

### **Capítulo 3. Sobre el internamiento de pacientes.**

**Artículo 44.** El internamiento es considerado como un recurso de carácter restrictivo, por lo que sólo podrá llevarse a efecto cuando este aporte mayores beneficios que otras opciones terapéuticas ambulatorias en el entorno familiar, comunitario o social. En todo caso, se deberá promover el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, responsables legales o tutor, salvo en aquellas excepciones que por razones médicas debidamente fundadas determine el equipo interdisciplinario responsable de la atención del paciente, que no sea adecuado.

**Artículo 45.** El internamiento debe ser lo más breve posible, de acuerdo a los criterios clínicos interdisciplinarios, de preferencia en servicios de psiquiatría en hospitales generales o de alta especialidad. El internamiento deberá ser indicado por equipo interdisciplinario calificado y en instituciones debidamente autorizadas para tal caso. Tanto el ingreso como la evolución y las intervenciones administradas deberán registrarse a diario en el expediente clínico.

Por ningún motivo el internamiento puede ser indicado o prolongado para resolver problemas familiares, sociales, laborales o de vivienda y cuidado del paciente.

**Artículo 46.** El internamiento podrá ser voluntario, involuntario u obligatorio. Las instituciones que prestan servicios de salud mental y psiquiatría deberán privilegiar el internamiento voluntario sobre el involuntario.

### **Capítulo 4. Sobre el internamiento voluntario, involuntario y obligatorio**

**Artículo 47.** Los internamientos pueden ser:

- I. Voluntarios: Si la persona consiente a la indicación de un profesional en salud mental o la solicita a instancia propia o por su representante legal;
- II. Involuntario: Cuando es ordenado a criterio del equipo profesional en salud mental ante situación de riesgo para sí o para terceros; y
- III. Obligatorio: Cuando es ordenado por una autoridad sanitaria o judicial.

Comentario. De acuerdo al comentario del artículo 61 se sugiere cambiar por:

**Artículo 48.** Para el internamiento voluntario del paciente se requerirá:

- I. La indicación del equipo interdisciplinario basada en la evidencia clínica de un trastorno mental y adicciones grave que requiera tratamiento hospitalario y en el propósito terapéutico deseado.
- II. El consentimiento informado escrito del paciente.
- III. La información a los familiares del motivo del internamiento y los derechos del paciente.
- IV. El informar a los pacientes voluntarios que la institución de salud mental puede ejercer su autoridad de impedir su egreso si se reúnen las condiciones para el ingreso involuntario.

V. El registro del internamiento en el expediente clínico del paciente.

El derecho al internamiento voluntario implica el derecho a rechazar el internamiento, siempre y cuando el paciente tenga el discernimiento suficiente.

Se requerirá de la opinión concordante de un médico psiquiatra acreditado, para poder hacer una extensión cada 30 días naturales del periodo de internamiento voluntario, hasta un máximo de 180 días naturales.

En aquellos pacientes que requieran periodos de internamiento mayores a 180 días, deberá de ser resuelta por un Comité de Protección de los Derechos Humanos en Salud Mental (sugerencia).

**Artículo 49.** El internamiento involuntario deberá de ser por excepción, podrá realizarse cuando el paciente presente un trastorno mental y adicciones severo, que de acuerdo a la intervención del equipo interdisciplinario, la condición del paciente represente un peligro grave o inmediato para sí mismos o para terceros. Para el internamiento involuntario solo podrá realizarse cuando el paciente se niega al internamiento voluntario y se cumplan los criterios siguientes:

I. Existe la evidencia clínica de algún trastorno mental y adicciones graves, urgentes o severas, y que el paciente no cuente con la capacidad de discernimiento.

II. Exista un riesgo de daño inmediato o inminente contra el propio paciente o contra terceros, y/o de deterioro de la condición del paciente si no se le proporciona tratamiento de forma hospitalario.

III. Exista un propósito terapéutico deseado claro.

IV. Se cuente con las condiciones y recursos necesarios para el internamiento en la institución de salud.

V. El procedimiento para el internamiento involuntario deberá incluir:

VI. La existencia de una solicitud de ingreso de parte de un familiar interesado, representante legal o tutor del paciente. Deberá quedar por escrito dentro del expediente el nombre del responsable del paciente.

VII. El paciente deberá ser valorado por un profesional de salud mental acreditado del equipo interdisciplinario, quien debe certificar que se reúnen los criterios de internamiento involuntario. Dicha valuación tiene una vigencia de 72 horas, donde el estatus de involuntario deberá ser reevaluado por un médico psiquiatra, si la crisis del paciente continúa y éste persiste en no otorgar su consentimiento, se continuará con el estatus de involuntario, hasta una nueva valoración 30 días posteriores. Todos los periodos deberán quedar consignados en el expediente clínico.

VIII. La acreditación y autorización de la institución de salud para admitir pacientes involuntarios.

IX. La información inmediata del familiar, representante legal o tutor del paciente, acerca de los motivos del internamiento y de los derechos del paciente.

X. La obtención del consentimiento informado sustitutorio correspondiente.

XI. La notificación a la autoridad judicial competente, en un plazo no mayor a 24 horas del internamiento.

**Artículo 50.** En caso de extrema urgencia o cuando se trate de un paciente que no se conoce su identidad ni tiene familiares presentes, se podrá indicar el internamiento involuntario por dos profesionales del equipo interdisciplinario, y con la autorización de la máxima autoridad médica de la institución de salud, que en su caso puede incluir el jefe del servicio, y no podrá exceder de 15 días naturales. En cuanto mejoren las condiciones del paciente, deberá ser informado de su situación y en su caso, obtener su consentimiento informado voluntario.

En cualquier momento, el familiar, representante legal o tutor del paciente podrá apelar la decisión del internamiento involuntario ante un órgano de revisión o autoridad competente.

**Artículo 51.** Los casos de internamiento involuntario podrán ser analizados de forma periódica por un órgano de revisión.

**Artículo 52.** El internamiento involuntario deberá de suspenderse en cuanto los pacientes dejen de reunir los criterios de internamiento involuntario, y a partir de ese momento deberá considerarse como internamiento voluntario. Dicha situación deberá ser registrada en el expediente clínico del paciente.

**Artículo 53.** El internamiento obligatorio se refiere al que determine la autoridad sanitaria o la autoridad judicial. El internamiento obligatorio podrá ser administrativo, cuando sea determinado por la autoridad sanitaria, a solicitud de la familia, autoridad policial o judicial, o por médico psiquiatra acreditado responsable del paciente, o algún miembro de la comunidad, con el fin de proteger a una persona aparentemente con enfermedad mental y cuya conducta ponga en riesgo su integridad o la de terceros, o bien por alteración del orden público.

El internamiento obligatorio administrativo deberá ser reevaluada cada 5 días con la opinión de otro médico psiquiatra acreditado, que no forme parte del equipo interdisciplinario responsable del paciente, para informar a la autoridad sanitaria sobre la situación del paciente.

El internamiento obligatorio judicial es aquel que es determinado por la autoridad judicial competente, basado en dictamen médico-pericial de la situación del paciente, que recomiende el internamiento. El equipo interdisciplinario deberá informar a la autoridad judicial cada 10 días la evolución del paciente o cuando este haya alcanzado el propósito terapéutico buscado con el internamiento.

**Artículo 54.** Los motivos del egreso del paciente podrán ser por:

- I. Curación, mejoría de la condición original del paciente o el cumplimiento de los objetivos de la hospitalización.
- II. Traslado a otra institución médica.
- III. Solicitud del paciente, con excepción de los casos de ingresos involuntarios u obligatorios.
- IV. Solicitud del familiar, representante legal o tutor del paciente.
- V. Abandono del servicio de hospitalización sin autorización médica, en cuyo caso, deberá notificarse a la autoridad judicial de los hechos.
- VI. Disposición de la autoridad sanitaria o judicial competente.
- VII. Defunción.

## Capítulo 5. Sobre las medidas excepcionales de contención y los tratamientos especiales

**Artículo 66.** El aislamiento y las restricciones físicas son medidas de contención y sólo deben aplicarse como casos excepcionales, como último recurso terapéutico frente a situaciones de violencia inmanejable, junto a la pérdida de juicio o sentido de realidad, a la falta de conciencia real de la persona acerca de su estado, y por consiguiente siempre que se persiga proteger la salud y la integridad del propio enfermo y de quienes lo atienden y rodean, de acuerdo con el criterio del médico responsable, a fin de impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. El paciente bajo este tipo de medida quedará al cuidado y vigilancia de personal calificado, en todo momento.

El aislamiento y las restricciones físicas nunca deben indicarse como medios de castigo o para la convivencia del personal. El tiempo de aplicación de las medidas de aislamiento y restricciones físicas no podrá exceder de 72 horas y deberá ser autorizada por el equipo interdisciplinario. La autoridad sanitaria deberá expedir los lineamientos sobre la contención en psiquiatría.

Para la aplicación de estas medidas de contención se deberá contar con el personal profesional y técnico capacitado y con la infraestructura necesaria. Asimismo, se deberá minimizar el empleo de las medidas de contención.

Las razones y duración de la aplicación de estas medidas de contención deberán estar asentadas de inmediato en el expediente clínico del paciente y deberán registrarse en un informe semanal sobre las mismas, para ser sujetos a una revisión sistemática.

Se deberá informar al familiar o representante legal del paciente la aplicación de estas medidas de contención.

**Artículo 55.** Son considerados tratamientos especiales la esterilización, psicocirugía, otros tratamientos irreversibles, la terapia electroconvulsiva, ensayos clínicos y experimentales. Se deberá cumplir lo siguiente:

I. Por ningún motivo se practicarán técnicas químicas o quirúrgicas de esterilización como parte de tratamiento psiquiátrico.

III. No se someterá a psicocirugía u otros tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona, solo podrán aplicarse si la legislación lo permite, con el consentimiento del paciente, y en cumplimiento a un protocolo específico.

IV. La terapia electroconvulsiva solo se aplicará con el consentimiento informado del paciente o en su caso, del representante legal o tutor, siempre y cuando se cumpla el protocolo de indicación correspondiente. La aplicación de terapia electroconvulsiva en menores de edad queda sujeta a una evaluación por un comité médico y ético de la institución. Queda prohibida el uso de terapia electroconvulsiva en menores de 12 años.

V. No se someterá a ensayos clínicos ni a investigaciones experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

VI. Se prohíben los tratamientos como la esterilización, la psicocirugía, la terapia electroconvulsiva, y la participación en ensayos clínicos o estudios experimentales para las personas retenidas en situaciones de emergencia o urgencia.

VII. Se podrán practicar procedimientos médicos y quirúrgicos no psiquiátricos necesarios para mantener la salud del paciente, cuando se cuente con el consentimiento informado del paciente o de su representante legal o tutor.

La autoridad sanitaria deberá expedir los lineamientos sobre tratamientos especiales en psiquiatría.

**Artículo 56.** La Secretaría de Salud emitirá los Lineamientos sobre el Comité de Protección de los Derechos Humanos en Salud Mental. Dicho Comité tendrá como objeto promover el cumplimiento de estos estándares, inspeccionar y supervisar a las instituciones de salud mental y psiquiatría, investigar y resolver quejas, así como establecer los procedimientos disciplinarios o en su caso, promover los administrativos y judiciales correspondientes ante una indebida conducta profesional o violación de derechos humanos de las personas con trastornos mentales y adicciones.

**Artículo 57.** 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, constando en su expediente el ingreso involuntario.

**Artículo 58.** 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.

#### **Capítulo 4 Sobre las responsabilidades de la familia**

**Artículo 59.** Las familias y las personas cercanas del paciente podrán contribuir en la formulación e implementación del plan de tratamiento, especialmente si el paciente no está en condiciones de hacerlo solo. Tendrán el derecho y la responsabilidad de participar en los procedimientos de ingreso involuntario y la posibilidad de apelación.

**Artículo 60.** Al momento del internamiento deberá llevarse a cabo un diagnóstico 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.

### **Título sexto**

#### **La atención especial grupos vulnerables**

##### **Capítulo 1. La atención de menores de edad con trastornos mentales**

**Artículo 61.** Se establecerán las medidas necesarias para garantizar los principios del Convención sobre los Derechos del Niño, para asegurar la protección contra toda forma de abuso físico y mental en las instituciones que atienden trastornos mentales.

**Artículo 62.** 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 de aquellos que presenten alteraciones de conducta o cuando se haga evidente la existencia de trastornos.

**Artículo 63.** Dependiendo de su edad y capacidades, además si el menor de edad brinda su asentimiento para el tratamiento y los padres, tutores o quien ejerza la patria potestad no otorgan el consentimiento, el personal de la unidad especializada bajo la premisa de protección y derecho a la salud del menor, podrá en caso necesario proceder ante los órganos judiciales correspondientes dado que estaría frente a violencia familiar por omisión en la procuración de salud mental del menor.

**Artículo 63.** Queda prohibida la aplicación de intervenciones quirúrgicas de carácter irreversibles como forma de tratamiento sobre los niños, en especial la psicocirugía y la esterilización. Con excepción de aquellas que sean estrictamente necesarias para salvaguardar su integridad física.

**Artículo 64.** Tratándose de menores de edad se evitará el ingreso involuntario de menores de edad, con excepción de los casos en los que la integridad física del menor o de terceros se encuentre en riesgo, en cuyo caso deberán de contar con el consentimiento de los padres de familia o tutores o quien ejerza la patria potestad.

**Artículo 65.** Los menores de edad que sean internados en instituciones psiquiátricas deberán gozar de adecuada privacidad, para ello los responsables de los centros en coordinación con las autoridades de salud, deberá asegurar que todas las instituciones de salud mental tengan dormitorios separados y adecuados para menores de edad.

## **Capítulo 2. La atención de mujeres con trastornos mentales**

**Artículo 66.** Las mujeres que sean internadas en instituciones psiquiátricas deberán gozar de adecuada privacidad, para ello los responsables de los centros en coordinación con las autoridades de salud, deberá asegurar que todas las instituciones de salud mental tengan dormitorios separados para mujeres y que cuenten con instalaciones de calidad y comparables a las brindadas a los hombres.

**Artículo 67.** Las instituciones que atienden trastornos mentales, tomarán las medidas necesarias para la protección a las mujeres del abuso sexual y de la explotación física por parte de otros pacientes y de los empleados.

**Artículo 68.** Las instituciones en las que se trate a madres con trastornos mentales post-parto deben tener en cuenta las necesidades particulares de las mujeres en el período posterior al parto, y brindar instalaciones adecuadas para que las madres cuiden hijos recién nacidos. Deberán tomar las medidas para contar con personal capacitado que pueda brindar atención a las madres y a los bebés.

## **Capítulo 3. Sobre las personas declaradas inimputables, con capacidad atenuada o culpables pero mentalmente enfermos**

**Artículo 69.** Las autoridades de Salud establecerán mecanismos y procedimientos en conjunto con las autoridades de seguridad y justicia para la atención de personas con trastorno mental que se encuentren en conflicto con la ley, considerando los procedimientos para la atención de aquellos que hayan sido declarados inimputables o con capacidad atenuada.

**Artículo 70.** Las autoridades de Salud a través del Consejo Nacional de Salud Mental, promoverán el establecimiento de mecanismos, procedimientos y acuerdos de capacitación, cooperación con los poderes legislativo y judicial para la atención de las personas con trastornos mentales, que se encuentran sujetos a procedimiento penal o han sido declarados inimputables, con capacidad atenuada o culpables pero mentalmente enfermos, incluyendo justicia terapéutica, medidas de seguridad y medidas cautelares.

**Artículo 71.** Si la persona con trastornos mentales, del comportamiento o adicciones al momento de estar sujeta a procedimiento penal se determina su participación en la comisión del hecho delictivo:

I. Es declarada inimputable, el tribunal de enjuiciamiento deberá establecer si el inimputable intervino en la comisión del hecho, ya sea como autor o como partícipe, además de brindarle todos los derechos que en el artículo 112 del Código Nacional de Procedimientos Penales tiene un imputado, aunado al tratamiento necesario indicado por un psiquiatra, con el fin de que durante el proceso mejore su condición de inimputabilidad y sea partícipe en todo momento de su proceso.

II. Es declarada con capacidad atenuada, el tribunal de enjuiciamiento deberá establecer si el imputado con capacidad atenuada intervino en la comisión del hecho, ya sea como autor o como partícipe, además de brindarle todos los derechos que en el artículo 112 del Código Nacional de Procedimientos Penales tiene como imputado, aunado a que el tribunal de enjuiciamiento con base en la opinión del psiquiatra que realice la pericial se evalúe la necesidad de establecer un tratamiento al imputado y se especifique en que se tiene disminución de la capacidad durante el proceso.

III. Es declarada como culpable pero mentalmente enfermo, el tribunal de enjuiciamiento deberá establecer si el imputado culpable pero mentalmente enfermo intervino en la comisión del hecho, ya sea como autor o como partícipe, además de brindarle todos los derechos que en el artículo 112 del Código Nacional de Procedimientos Penales tiene como imputado, aunado a que el tribunal de enjuiciamiento con base en la opinión del psiquiatra que realice la pericial especifique el tratamiento idóneo que el imputado en caso de resultar responsable deberá de tener ya sea en medida de seguridad o medida cautelar.

De igual forma brindarán apoyo al personal técnico penitenciario a cargo de las personas internadas en centros de reclusión que padezcan trastornos mentales.

**Artículo 72.** Los reclusorios y centros de readaptación social deberán contar con las instalaciones médico psiquiátricas adecuadas y necesarias para la atención de personas con trastornos mentales y adicciones conflicto por la ley penal.

## **Título Séptimo**

### **Otras disposiciones**

#### **Capítulo 1. Capacitación y certificación de instituciones y profesionales**

**Artículo 73.** Los Consejos Estatales de Salud Mental, promoverán en coordinación con el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, las asociaciones y colegios de profesionales; actividades de educación médica continua, y los procesos de certificación de los profesionales del campo de la salud mental, para favorecer la actualización de los conocimientos y la calidad en la atención con mejores estándares.

De igual forma y en coordinación con el Consejo de Salubridad General, promoverá que los centros especializados sean certificados.

#### **Capítulo 2 Información e investigación**

**Artículo 74.** La Secretaría establecerá un Sistema Nacional de Información y Vigilancia, que coordinara e intercambiará información entre las dependencias de salud de las entidades federativas, con el objeto de identificar los principales trastornos mentales que afectan a la población;

**Artículo 75.** Con el objetivo de mejorar la salud mental de las personas con trastornos mentales, del comportamiento o adicciones el Consejo Nacional de Salud Mental fomentará la investigación el contar con mayores recursos para el desarrollo de nuevo conocimiento en el campo de la neurobiología, de los trastornos mentales, su tratamiento, prevención y desarrollo de tecnología con el fin de dar respuesta y solución a las necesidades en salud mental de la población mexicana.

### **Capítulo 3 Fondo para adquisición de medicamentos**

**Artículo 76.** La Secretaría de Salud, a través del Consejo Nacional de Salud Mental, promoverá el establecimiento de un fideicomiso para el financiamiento de insumos médicos para atender a pacientes con trastornos mentales graves. Para ello se establecerán los criterios para su establecimiento.

### **Título Octavo**

#### **La vivienda, el trabajo y la educación.**

##### **Capítulo 1. Sobre la vivienda asistida.**

**Artículo 77.** Queda prohibida la discriminación de las personas con trastornos mentales en el acceso o asignación a la vivienda. La Secretaría de Salud en coordinación con los sectores de desarrollo y asistencia social procurarán la operación de viviendas asistidas y subsidiadas, que permitan a los pacientes gozar de una vida en la comunidad.

Además se deberá fomentar la creación de centros asistenciales, temporales o permanentes para personas con trastornos mentales en desamparo, en donde sean atendidos respetando los derechos humanos y su dignidad.

##### **Capítulo 2. Sobre el trabajo protegido**

**Artículo 78.** En coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión social se promoverá el derecho al trabajo y empleo de las personas con trastornos mentales y adicciones. Para tal efecto se llevara a cabo lo siguiente:

- I. Queda prohibida la discriminación de las personas con trastornos mentales y adicciones en la selección, contratación, remuneración, tipo de empleo, capacitación, liquidación y promoción profesional
- II. Se deberán mantener ajustes razonables para los empleados con trastornos mentales, que de acuerdo a su condición mental, les permita flexibilidad en el horario de trabajo, orientación y capacitación para el trabajo que desean y pueden llevar a cabo.
- III. Promover la creación de agencias de integración laboral, centros de trabajo protegido, talleres, asistencia técnica, centros de formación vocacional y la creación de convenios con los sectores público y privados, para la inserción laboral de personas con trastornos mentales
- IV. Se deberán establecer mecanismos con el sector público y privado para la rehabilitación vocacional, la igualdad de oportunidades, y el empleo lo más cercano a la comunidad del paciente, que permitan el seguimiento y control médico de los mismos
- V. Fomentar la capacitación y sensibilización del personal que trabaja con personas con trastornos mentales en el ámbito público y el privado.

##### **Capítulo 3. Sobre la educación**

**Artículo 79.** La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública promoverá el derecho a la educación de las personas con trastornos mentales, prohibiendo cualquier tipo de discriminación.

Se promoverán opciones de actualización a todo el personal directivo y docente del Sistema Educativo Nacional, para que tengan el conocimiento general de los principales trastornos mentales, y su impacto en el desarrollo y el aprendizaje.

Además se promoverá la capacitación del personal docente y directivo en las evaluaciones psicopedagógicas, y en la detección de las necesidades de los alumnos, así como en la actualización en estrategias metodológicas y evaluación del aprendizaje.

## **Transitorios**

**Primero.** La presente ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**Segundo.** 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 mexicanas necesarias que permitan el cabal cumplimiento de la presente ley.

**Tercero.** El Ejecutivo federal, a través de la Secretaría de Salud, establecerá los mecanismos de coordinación necesaria para la aplicación de las presentes disposiciones, con 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.

**Cuarto.** El Ejecutivo federal, a través de la Secretaría de Salud, tendrá un plazo de 730 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.

Las autoridades de salud publicarán el Reglamento Interno para la operación del Consejo, el cual se reunirá al menos dos veces al año.

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

## **Notas**

1 OMS. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud, 2013.

2 Lozano, R y otros. Carga de la enfermedad en México 1990-2010- Nuevos resultados y desafíos. Instituto Nacional de Salud Pública, 2014;

3 Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: Results mexican adolescent mental health survey child psychol. Psychiatry. 2009; 50(4).

4 Medina-Mora ME, Borges G, Lara MC, Benjet C, Blanco J, Fleiz CM, Villatoro JA. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental. 2003; 26(4).

trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental. 2003; 26(4).

5 Lozano, R y otros. Carga de la enfermedad en México 1990-2010- Nuevos resultados y desafíos. Instituto Nacional de Salud Pública, 2014;

6 Lara MC. Social Cost of Mental Disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican. Salud Mental. 2007; 30(5)

7 IESM-OMS. Informe sobre sistema de Salud Mental en México. México 2011.

8 Berenzon Gorn S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza ME, Aparicio Basauri V, Galvañ Reyes J. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿Hacia dónde encaminar la atención? Rev. Panam Salud Pública. 2013; 33 (4):252-8

9 IESM-OMS. Informe sobre sistema de Salud Mental en México. México 2011.

10 ESM-OMS. Informe sobre sistema de Salud Mental en México. México 2011. P10.

11 ESM-OMS. Informe sobre sistema de Salud Mental en México. México 2011. P7.

12 *Cambio de tareas*, se refiere a la redistribución de tareas entre los equipos de personal de salud. Se trasladan tareas específicas, de trabajadores sanitarios altamente calificados a trabajadores sanitarios con menos tiempo de capacitación con el fin de aprovechar mejor los recursos humanos disponibles para la salud.

<http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>

13 El cuidado colaborativo se refiere a un modelo en el que múltiples proveedores de diversas profesiones proporcionan servicios integrales que involucran a los pacientes, sus familias, las instituciones de salud y la comunidad con el fin de incrementar la calidad en actividades de diagnóstico, tratamiento, vigilancia, registro y comunicación de información, gestión y servicios de apoyo  
<http://www.wrha.mb.ca/professionals/collaborativecare/definitions.php> y  
[https://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/184050/Elsevier-Collaborative-Care-White-Paper-Final\\_June-2016.pdf](https://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0018/184050/Elsevier-Collaborative-Care-White-Paper-Final_June-2016.pdf)

14 Pérez Cuevas R. et al. Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in México: secondary data analysis of a national survey. *BMJ Open* 2014;4:e004669.doi10.1136/bmjopen-2013-004669; Díaz-Portillo SP, Idrovo AJ, Dreser A, Bonilla FR, Matías-Juan B, Wirtz VJ. Clinics adjacent to private pharmacies in México: infrastructure and characteristics of the physicians and their remuneration. *Salud Publica Mex* 2015;57:320-328. y Funsalud. Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacent

Palacio Legislativo de San Lázaro, 4 de abril de 2017.

Diputada Leticia Amparano Gámez (rúbrica)