



INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE EXPIDE LA LEY GENERAL DE SALUD MENTAL

Quienes suscribimos, Senadoras y Senadores de la República, Luisa Cortés García; Raúl Morón Orozco; Emmanuel Reyes Carmona y Homero Davis Castro del Grupo Parlamentario de Morena; María Guadalupe Murguía Gutiérrez y Juan Antonio Martín del Campo Martín del Campo del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional; Maki Esther Ortiz Domínguez del Grupo Parlamentario del Partido Verde Ecologista de México; Lizeth Sánchez García y Ana Karen Hernández Aceves del Grupo Parlamentario del Partido del Trabajo; Karla Guadalupe Toledo Zamora y Ángel García Yáñez del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional; y Francisco Daniel Barrera Pavón y Luis Donaldo Colosio Riojas del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano, ante la LXVI Legislatura del Honorable Congreso de la Unión, conforme a lo dispuesto en el artículo 71, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como por el artículo 8, numeral 1, fracción I, del Reglamento del Senado de la República, someto a consideración de esta honorable asamblea, la presente Iniciativa con proyecto de decreto por el que se expide la Ley General de Salud Mental al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La salud mental se ha consolidado en las últimas décadas como una prioridad de salud pública a nivel global. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de mil millones de personas en el mundo viven con algún trastorno de salud mental, incluyendo cuadros frecuentes como la ansiedad y la depresión¹. Estos trastornos figuran entre las principales causas de discapacidad prolongada, contribuyendo a una pérdida sustancial de años de vida saludable y generando enormes costos humanos y económicos. En efecto, sólo la depresión y la ansiedad cuestan a la economía mundial alrededor de un billón de dólares anuales en productividad perdida. El suicidio, por su parte, permanece como un problema grave: en 2024 ocasionó más de 725 mil muertes en el mundo, siendo una de las principales causas de defunción entre jóvenes.

¹<https://www.who.int/es/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>



Frente a esta carga global de enfermedad, la respuesta internacional ha sido fortalecer políticas, planes y servicios de salud mental. No obstante, existe un amplio rezago en la actualización de los marcos jurídicos que regulan la atención de la salud mental. Según datos recientes de la OMS, pocos países han promulgado o aplicado legislaciones de salud mental plenamente basadas en los derechos humanos, y solo el 45% de los países reconoce que su legislación en la materia cumple íntegramente con las normas internacionales de derechos humanos. Esto significa que más de la mitad de las naciones carecen de un marco legal adecuado para proteger los derechos de las personas con condiciones de salud mental. Aún hoy, menos del 10% de los países han completado la transición desde el modelo de atención manicomial hacia modelos totalmente comunitarios. La mayoría de las naciones se encuentran en etapas iniciales de reforma, dependiendo todavía en gran medida de hospitales psiquiátricos tradicionales. Como consecuencia de la falta de reformas integrales, casi la mitad de los internamientos psiquiátricos a nivel mundial se realizan sin el consentimiento del paciente, y más del 20% de tales internamientos se prolongan por períodos superiores a un año. Estas prácticas reflejan la persistencia de modelos institucionales y coercitivos que contravienen las tendencias modernas en materia de derechos humanos.

Las organizaciones internacionales de salud y derechos humanos han sido enfáticas en la necesidad de transformar estos paradigmas. Desde la Conferencia de Caracas de 1990 –auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS– se hizo un llamado a actualizar la legislación psiquiátrica para proteger los derechos humanos de las personas con discapacidad mental². A partir de entonces, numerosos países han replanteado sus marcos normativos y reestructurado sus sistemas de atención, abandonando el antiguo modelo asilar en favor de un modelo psicosocial y comunitario. Países pioneros como Italia (Ley 180/1978, conocida por cerrar los manicomios) y España (reforma psiquiátrica iniciada en la década de 1980) sentaron precedente al desmantelar gradualmente los grandes hospitales psiquiátricos y descentralizar la atención hacia la comunidad. En América Latina, Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y otros países han emprendido reformas profundas inspiradas en este enfoque: por ejemplo,

² Valdez-Santiago, Rosario, Marín-Mendoza, Eréndira, & Torres-Falcón, Marta. (2021). Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 554-564. Epub 27 de febrero de 2023. <https://doi.org/10.21149/12310>



Argentina sancionó en 2010 la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que prohibió la creación de nuevos hospitales psiquiátricos y fijó el año 2020 como plazo para el cierre definitivo de los manicomios existentes³, obligando a reemplazarlos por dispositivos de base comunitaria. Dicha ley argentina establece expresamente un sistema de atención comunitaria con plena inclusión social de las personas, y limita las internaciones involuntarias solo a casos de riesgo cierto o inminente, por el tiempo mínimo indispensable y bajo control judicial, exigiendo además designar un defensor para el paciente. Asimismo, reconoce un amplio catálogo de derechos de las personas usuarias –tales como el derecho a vivir en la comunidad, a recibir información y a tomar decisiones sobre su tratamiento, a la no discriminación y a la plena capacidad jurídica– garantizando apoyos para la toma de decisiones y prohibiendo toda práctica cruel, inhumana o degradante⁴. Otra innovación importante de la ley argentina es la incorporación de una disposición de financiamiento mínimo, al establecer que al menos el 10% del presupuesto total de salud debe destinarse a salud mental, criterio que las provincias también deben adoptar. Por su parte, Uruguay aprobó la Ley N° 19.529 en 2017, la cual consagra el derecho a la salud mental con un enfoque de derechos humanos y promueve estrategias de atención comunitaria y la desinstitucionalización progresiva de los usuarios, con miras a su plena inclusión social⁵. Dicha ley uruguaya fijó el compromiso expreso de cerrar antes de 2025 los establecimientos psiquiátricos monovalentes de larga estancia (colonias o manicomios), prohibiendo de facto la institucionalización crónica. Chile, igualmente, promulgó en 2021 la Ley 21.331 de Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental, orientada a asegurar los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psicosocial y a erradicar la discriminación por esta condición⁶. Estas referencias comparadas demuestran una clara tendencia regional e internacional hacia la modernización de las leyes de salud mental, alineándolas con los estándares de derechos humanos, privilegiando la atención en la comunidad y estableciendo mecanismos de vigilancia y promoción de los derechos de los usuarios.

³ <https://argentinasinmanicomios.acij.org.ar/ley/>

⁴ <https://argentinasinmanicomios.acij.org.ar/ley/>

⁵ <https://cip.psico.edu.uy/agenda-2025/ley-de-salud-mental-en-uruguay-promesa-de-transformacion-o-reforma-inconclusa>

⁶ <https://bcn.cl/2p863>



De manera concurrente, el marco normativo internacional en materia de derechos humanos exige a los Estados revisar sus legislaciones internas de salud mental. México es Estado Parte de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de las Naciones Unidas, tratado que consagra principios de igualdad, no discriminación, autonomía individual y plena participación de las personas con discapacidad –incluidas las psicosociales–. En particular, la CDPD en su artículo 12 reconoce la capacidad jurídica plena de toda persona con discapacidad en igualdad de condiciones, obligando a reemplazar los regímenes de sustitución en la toma de decisiones (como las tutelas o interdicciones tradicionales) por sistemas de apoyos para la toma de decisiones respetuosos de la voluntad y preferencias de la persona. El artículo 14 de la Convención, a su vez, establece que la existencia de una discapacidad no justifica en ningún caso una privación de la libertad, lo que ha sido interpretado por el Comité de la CDPD como una prohibición de los internamientos forzados basados únicamente en motivos de salud mental. La OMS y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos han desarrollado guías especializadas para asistir a los países en esta transición normativa. Recientemente, la OMS publicó en 2023 el informe “Mental health, human rights and legislation: guidance and practice”, en el cual urge a los Estados a repensar la legislación sobre salud mental bajo un nuevo paradigma. Esta guía enfatiza la necesidad de un cambio de modelo, “alejándose de la toma de decisiones por sustitución y la coerción, hacia la igualdad y la no discriminación, el apoyo para la toma de decisiones, el consentimiento libre e informado, la participación efectiva y significativa [de las personas usuarias]”. En síntesis, el consenso internacional actual demanda leyes de salud mental que respeten la dignidad y autonomía de las personas, eliminando prácticas coercitivas en la medida de lo posible y garantizando que los tratamientos se brinden con el consentimiento informado de los usuarios. Este enfoque de derechos humanos también implica desarrollar servicios integrales en la comunidad –cerca del entorno familiar y social de la persona– y establecer mecanismos de rendición de cuentas para prevenir abusos y malos tratos en los servicios de salud mental.

A pesar de las directrices internacionales y de algunos progresos, la brecha entre las necesidades de salud mental y la respuesta de los sistemas de salud sigue siendo alarmante. La OMS reporta que los recursos asignados por la mayoría de países son insuficientes y mal distribuidos, lo que genera una



brecha de atención que en muchos países supera el 70% –es decir, más del 70% de las personas que requieren atención en salud mental no la reciben oportunamente⁷-. En la Región de las Américas, el gasto público mediano en salud mental es apenas el 2% del presupuesto nacional de salud, y más del 60% de ese escaso financiamiento se destina aún a costear hospitales psiquiátricos de larga estancia. Este dato revela que prevalece un modelo orientado a la institucionalización, en detrimento de la creación de redes de atención ambulatoria, preventiva y comunitaria. México no es ajeno a esta realidad: diversas fuentes han indicado que históricamente nuestro país destina alrededor de 1.2% a 1.6% del presupuesto total de salud a la salud mental (cifra por debajo de la media regional)⁸, y que gran parte de estos recursos financian la operación de hospitales psiquiátricos tradicionales. La OMS recomienda al menos paridad en la atención de la salud física y mental, asignando recursos proporcionales a la carga de enfermedad que representan⁹. Alcanzar esa paridad requeriría multiplicar varias veces la inversión pública en salud mental en México y reorientarla hacia la atención comunitaria integrada en los servicios generales de salud.

En conclusión, el panorama internacional descrito configura los fundamentos y la urgencia de la presente iniciativa de Ley General de Salud Mental. Nos hallamos en un momento histórico en que la transformación de los sistemas de salud mental se reconoce como un desafío impostergable: invertir en salud mental es invertir en las personas, en la sociedad y en la economía, y garantizar la atención de la salud mental como un derecho básico para todos es responsabilidad ineludible de los gobiernos¹⁰. México, como parte de la comunidad internacional, debe atender este llamado mediante la actualización de su marco normativo interno, alineándolo con los estándares más avanzados en la materia.

Situación de la Salud Mental en México y Necesidad de la Ley

⁷ <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

⁸ <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/pais-salud-mental-existe-presupuesto-20251010-780960.html>

⁹ <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

¹⁰ <https://www.who.int/es/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>



En nuestro país, la situación de la salud mental presenta retos significativos en términos epidemiológicos, sociales e institucionales. Aunque México no cuenta con encuestas nacionales recientes de prevalencia psiquiátrica de alcance general, múltiples estudios parciales han demostrado una alta carga de trastornos mentales en la población. Se estima, por ejemplo, que la depresión es ya una de las principales causas de años vividos con discapacidad en México, afectando de manera desproporcionada a las mujeres (con una prevalencia aproximadamente doble que en los hombres, en línea con la tendencia mundial). Los trastornos de ansiedad, por su parte, también figuran entre los más comunes y discapacitantes. Particular preocupación reviste el crecimiento sostenido de la conducta suicida. Contrariamente a la tendencia mundial decreciente, en México la tasa de mortalidad por suicidio ha aumentado en las últimas décadas, pasando de 4 por 100,000 habitantes en 1990 a aproximadamente 5.9 por 100,000 en 2017¹¹. Este incremento de casi 50% en la tasa de suicidio a lo largo de 28 años evidencia la insuficiencia de las estrategias de prevención y atención temprana. De hecho, la prevención del suicidio ha sido un componente débil en las políticas sanitarias: hasta fechas recientes, los lineamientos para atender la conducta suicida existían solo a nivel de normas técnicas, sin desarrollo robusto ni énfasis en las leyes vigentes. El suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte entre adolescentes y adultos jóvenes en ciertas regiones, lo que demanda una respuesta urgente.

A pesar de la magnitud de los problemas de salud mental, tradicionalmente el tema no ha recibido en México la prioridad política ni presupuestal que amerita. Durante décadas, la atención psiquiátrica pública se centró en un puñado de hospitales especializados (los llamados hospitales psiquiátricos o manicomios), muchos de ellos fundados a mediados del siglo XX bajo un modelo ya superado de aislamiento de por vida. A comienzos de la presente década, aproximadamente el 80% de las camas y recursos de salud mental del sistema público seguían concentrados en hospitales psiquiátricos, frente a solo un 20% destinado a unidades comunitarias o generales. Esta distribución refleja un rezago importante en la adaptación de nuestro sistema a las mejores prácticas actuales, que privilegian la atención ambulatoria, preventiva

¹¹ Valdez-Santiago, Rosario, Marín-Mendoza, Eréndira, & Torres-Falcón, Marta. (2021). Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 554-564. Epub 27 de febrero de 2023. <https://doi.org/10.21149/12310>



e integrada. Consecuentemente, la brecha de atención en salud mental en México es amplia: se calcula que menos de una tercera parte de las personas con trastornos de salud mental reciben algún tipo de atención profesional, y una proporción aún menor accede a intervenciones adecuadas y continuas. El resto de la población afectada enfrenta barreras de acceso, sea por la falta de servicios disponibles en su comunidad, por motivos económicos (elevados gastos de bolsillo en salud mental) o por el fuerte estigma social que disuade la búsqueda de ayuda. Este estigma y discriminación hacia las personas con trastornos de salud mental persiste en diversos ámbitos –educativo, laboral, comunitario–, ocasionando violaciones cotidianas a sus derechos fundamentales.

En el ámbito jurídico, México ha carecido históricamente de una legislación específica e integral en materia de salud mental. A nivel federal, la regulación de esta materia se encontraba dispersa principalmente en la Ley General de Salud (LGS) –que dedicaba algunos artículos a la salud mental y a los llamados “enfermos mentales”–, así como en Normas Oficiales Mexicanas (NOM) de carácter técnico. Destaca la NOM-025-SSA2-2014 para la atención en unidades hospitalarias psiquiátricas, que estableció criterios de calidad y respeto a derechos humanos en esos entornos¹², y la NOM-025-SSA2-2014 (de atención en hospitales psiquiátricos) junto con la NOM-028-SSA2-2009 (prevención de adicciones) y la NOM-035-SSA2-2012 (prevención y control del suicidio), entre otras disposiciones normativas. Sin embargo, hasta la fecha no existía en México una Ley General de Salud Mental que sirviera de marco jurídico integral para el país. Este vacío legislativo ha implicado la ausencia de directrices nacionales unificadas para los estados en aspectos cruciales como: la organización de los servicios de salud mental, la formación y distribución del personal especializado, la participación de usuarios y familias en la elaboración de políticas, la promoción de la salud mental, la protección explícita de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, la equidad en el acceso a servicios, el financiamiento específico del sector y la evaluación sistemática de la calidad de la atención. La inexistencia de una ley general ha redundado en una fragmentación normativa: cada entidad federativa ha legislado (o dejado de legislar) de forma heterogénea sobre salud mental,

¹² Valdez-Santiago, Rosario, Marín-Mendoza, Eréndira, & Torres-Falcón, Marta. (2021). Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 554-564. Epub 27 de febrero de 2023. <https://doi.org/10.21149/12310>



generando disparidades regionales. De las 32 entidades federativas, 31 cuentan con una Ley de Salud estatal donde generalmente se incluye un capítulo o algunos artículos sobre salud mental. Sin embargo, en muchos casos dichos capítulos son sumamente escuetos o meramente declarativos. Solo 14 estados de la República (43.8%) han promulgado una Ley específica de Salud Mental a nivel local, y únicamente 2 estados (Coahuila y Sonora) cuentan con una ley específica en materia de prevención del suicidio. La mitad de las leyes estatales de salud mental fueron emitidas en años recientes (2018), mientras que la otra mitad datan del período 2011-2017, lo cual indica que la mayoría son normativas jóvenes y potencialmente mejorables. Aún 18 estados carecen de una ley de salud mental, apoyándose solo en disposiciones genéricas de sus leyes de salud. Además, como era previsible dada la falta de un parámetro federal, no existe uniformidad en las definiciones y enfoques: algunos estados definen la salud mental de manera progresista y holística, alineada con la definición de la OMS (por ejemplo Veracruz, que la concibe como un estado de completo bienestar mental, emocional y social, más allá de la mera ausencia de enfermedad¹³), mientras que otros la tratan tangencialmente o ni siquiera la definen en sus marcos legales. En igual sentido, solo 13 estados contemplan formalmente la creación de Consejos Estatales de Salud Mental, órganos de coordinación interinstitucional fundamentales para planear e impulsar estrategias integrales; en los demás estados no existe tal figura, o su funcionamiento es precario.

La falta de una ley general federal no solo generó disparidades locales, sino que históricamente también conllevó omisiones importantes en la agenda de salud mental nacional. Áreas como la prevención del suicidio o la atención de adicciones no estaban adecuadamente integradas en las leyes, quedando relegadas a programas administrativos. Asimismo, la ausencia de un marco con rango legal dificultó exigir la rendición de cuentas y la asignación obligatoria de recursos suficientes para salud mental en los presupuestos anuales. Reconociendo estas falencias, en los últimos años ha cobrado impulso político la idea de expedir una Ley General de Salud Mental. Hubo intentos previos: en noviembre de 2019, por ejemplo, se presentó una iniciativa de ley general en la materia, la cual avanzó hasta ser dictaminada

¹³ Valdez-Santiago, Rosario, Marín-Mendoza, Eréndira, & Torres-Falcón, Marta. (2021). Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 554-564. Epub 27 de febrero de 2023. <https://doi.org/10.21149/12310>



positivamente en el Senado en marzo de 2020. No obstante, aquella propuesta enfrentó cuestionamientos serios, en particular por parte de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), que señaló que la iniciativa de 2019 “desconocía la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y afectaba derechos humanos como la dignidad, la autonomía, la libertad y la no discriminación”. Es decir, la propuesta original reproducía vicios del modelo tradicional (paternalismo, posible institucionalización involuntaria sin suficientes salvaguardas, etc.) y no se alineaba plenamente con la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. En consecuencia, dicha iniciativa no prosperó en la legislatura anterior. Sin embargo, simultáneamente se generó un consenso sobre la necesidad impostergable de una reforma legal en salud mental. En 2020, las comisiones senatoriales aprobaron al menos un proyecto para reformar la Ley General de Salud en materia de prevención del suicidio¹⁴, un paso positivo pero limitado, dado que abordaba solo un aspecto específico.

Por otro lado, en mayo de 2022 se concretó una reforma significativa a la Ley General de Salud vigente, mediante la cual se incorporaron diversos principios modernos en materia de salud mental y adicciones. Dicha reforma –publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de mayo de 2022– estableció, entre otros aspectos, que toda atención y tratamiento en salud mental deben realizarse preferentemente con consentimiento voluntario, prohibiendo prácticas como el aislamiento o la contención mecánica prolongada, salvo circunstancias excepcionales definidas por la ley. Esta reforma representó un avance importante en línea con las tendencias internacionales señaladas (por ejemplo, México se sumó al grupo de países que banean el aislamiento y la reclusión prolongada en entornos psiquiátricos, junto con naciones como India, Italia y Perú). Asimismo, se estableció la transición hacia un modelo de atención comunitario, integrando los servicios de salud mental en el primer nivel de atención y en la comunidad, y se prohibió la creación de nuevos hospitales psiquiátricos monoespecializados, privilegiando la atención en unidades generales. No obstante, a pesar de incorporar estos principios en la LGS, subsiste la necesidad de una Ley General específica. Esto se debe a que una ley general especializada puede desarrollar con mucho mayor detalle la

¹⁴ Valdez-Santiago, Rosario, Marín-Mendoza, Eréndira, & Torres-Falcón, Marta. (2021). Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 554-564. Epub 27 de febrero de 2023. <https://doi.org/10.21149/12310>



estructura de coordinación federal-estatal, los mecanismos de financiación, los derechos procedimentales de los usuarios, las obligaciones concretas de las instituciones y profesionales, así como establecer órganos rectores y de participación social con base legal firme. Una ley de salud mental ofrece la oportunidad de articular de manera integral y sistemática todos los componentes de la atención en esta materia, superando el abordaje fragmentado o disperso que hasta ahora ha prevalecido.

En síntesis, México enfrenta un contexto en que la carga de los trastornos mentales va en aumento (potenciada recientemente por las secuelas psicosociales de la pandemia de COVID-19), los recursos y servicios disponibles son insuficientes, y el marco jurídico vigente resulta incompleto para encauzar una respuesta estatal coherente. Esta realidad hace imperativo expedir una Ley General de Salud Mental robusta que sienta las bases para una transformación de largo alcance. Los expertos nacionales han señalado que es "prioritario impulsar leyes integrales de salud mental [...] armonizadas en el ámbito nacional", a fin de garantizar acceso equitativo y protección de derechos en todo el país. La presente iniciativa responde a ese llamado, proponiendo un ordenamiento jurídico de avanzada que recoge las mejores prácticas internacionales adaptadas a nuestra realidad, y que brinde una plataforma sólida desde la cual desplegar nuevas acciones en salud mental. Como se ha reconocido en la literatura especializada, la discusión y aprobación de una ley es apenas un punto de partida, una plataforma para implementar cambios en las políticas y servicios, y para luchar contra los estereotipos negativos que históricamente han condenado al olvido a este sector. Con ella no se agota la tarea, pero sin ella difícilmente se lograrán los cambios estructurales requeridos. México necesita una reforma en salud mental acorde con la emprendida por otros países de la región hace más de una década¹⁵, y esta Ley General pretende ser el catalizador de dicha reforma.

Objetivos y Ejes de la Ley General de Salud Mental Propuesta

La Ley General de Salud Mental cuya expedición se propone tiene como objeto fundamental garantizar el derecho a la protección de la salud mental de todas

¹⁵ Valdez-Santiago, Rosario, Marín-Mendoza, Eréndira, & Torres-Falcón, Marta. (2021). Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 554-564. Epub 27 de febrero de 2023. <https://doi.org/10.21149/12310>



las personas en el territorio nacional, en consonancia con el artículo 4° de la Constitución que reconoce el derecho a la protección de la salud. A través de sus disposiciones, esta Ley establecerá las bases para regular la prestación de servicios de salud mental con calidad y respeto a los derechos humanos, definir la distribución de competencias entre Federación, estados y municipios en la materia, y fijar los mecanismos de coordinación institucional necesarios. Todo ello con el fin último de asegurar el acceso universal a cuidados de salud mental oportunos, efectivos y humanizados, en el nivel más próximo a la comunidad y libres de cualquier forma de discriminación.

Los ejes rectores o principios que informan la Ley –y que deberán guiar tanto la política nacional de salud mental como la provisión cotidiana de servicios– se alinean con los estándares internacionales modernos y con un enfoque técnico-jurídico de avanzada. Entre estos principios, previstos en el artículo 4 de la iniciativa, destacan los siguientes:

- **Enfoque de Derechos Humanos:** Se coloca en el centro la dignidad de la persona y sus derechos fundamentales. La Ley exige el respeto, protección y garantía de los derechos y libertades de las personas con condiciones de salud mental o discapacidad psicosocial, sin discriminación alguna. Esta perspectiva integra además consideraciones de género, interculturalidad e inclusión, reconociendo que ciertos grupos (mujeres, pueblos indígenas, población LGBTQ+, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, entre otros) enfrentan barreras añadidas para el disfrute de su salud mental y requieren ajustes apropiados en la atención.
- **Presunción de Capacidad Legal y Apoyos para Decidir:** Atendiendo directamente el mandato de la Convención de Personas con Discapacidad, la Ley dispone que toda persona, independientemente de su condición mental, se presume capaz de ejercer plenamente sus derechos y tomar decisiones sobre su vida. En caso de que una persona requiera asistencia para la toma de decisiones (por ejemplo, debido a síntomas graves que dificulten su comprensión o comunicación en cierto momento), dichos apoyos deberán brindarse respetando su voluntad y preferencias, nunca sustituyéndolas, y siguiendo las mejores prácticas de toma de decisiones asistida. Este principio rompe con esquemas previos en los que se llegaba a declarar la “incapacidad” legal



de personas con discapacidad psicosocial, negándoles en la práctica derechos civiles básicos. En su lugar, la Ley adopta un modelo de capacidad jurídica universal con salvaguardias, garantizando que las personas con trastornos mentales conserven el control sobre las decisiones concernientes a su tratamiento, su patrimonio y su vida, con los apoyos necesarios.

- **Accesibilidad Universal y Ajustes Razonables:** La Ley consagra el derecho de las personas usuarias de servicios de salud mental a recibir las atenciones en entornos accesibles –físicamente y en comunicación–, introduciendo la obligación de realizar los ajustes razonables pertinentes para acomodar sus necesidades específicas. Esto incluye adaptar la comunicación clínica a formatos sencillos o lenguas indígenas cuando sea preciso, asegurar que los establecimientos cuenten con facilidades para personas con discapacidad (por ejemplo, señalética clara, espacios sin barreras arquitectónicas), y atender de forma pertinente a poblaciones vulnerables como personas en situación de calle, personas privadas de libertad, comunidades indígenas (respetando su cosmovisión y prácticas culturales), entre otras. La accesibilidad también implica acercar los servicios a la población, superando la concentración urbana: se buscará que exista oferta de atención en salud mental incluso en localidades apartadas, mediante unidades móviles, telesalud, capacitación de personal local, etc.
- **Enfoque Comunitario y de Recuperación:** Siguiendo las directrices de la OMS y experiencias comparadas, la Ley prioriza las estrategias de atención ambulatoria, comunitaria e integral por encima del internamiento prolongado. Se trata de reorientar el modelo hacia la comunidad: la detección, el tratamiento y la rehabilitación psicosocial deben ocurrir preferentemente en el entorno cotidiano de la persona (su hogar, escuela, trabajo, centro de salud cercano), evitando desplazamientos innecesarios y reduciendo al mínimo indispensable las hospitalizaciones. Cuando un internamiento breve sea necesario, deberá integrarse luego al paciente en dispositivos residenciales o de día en la comunidad que le permitan continuar su proceso de recuperación e inclusión social. La recuperación, en la visión de esta Ley, se entiende no sólo como alivio sintomático, sino como el proceso mediante el cual la persona puede vivir una vida plena,



autodeterminada e integrada en la sociedad, más allá de la mera desaparición de síntomas clínicos. En congruencia con este enfoque, la iniciativa prohíbe la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos monoespecializados y fomenta la reconversión paulatina de los existentes hacia otros usos sanitarios, fortaleciendo en paralelo una red comunitaria de servicios (centros de salud mental comunitarios, unidades de salud mental en hospitales generales, casas de medio camino, centros de día, equipos móviles de atención en crisis, etc.). Este giro comunitario pretende corregir décadas de institucionalización que han demostrado ser ineficaces y lesivas a los derechos humanos.

- **Proporcionalidad y Mínima Restricción:** Un principio novedoso y de gran relevancia ética es el de mínima utilización de medidas coercitivas o restrictivas. La Ley establece que cualquier medida que limite los derechos o la libertad de una persona (v.gr. una internación involuntaria, el aislamiento temporal, el uso de contenciones físicas o farmacológicas) deberá ser solo el último recurso, aplicado en la mínima medida necesaria y por el menor tiempo posible, siempre privilegiando alternativas voluntarias y menos invasivas. Además, se exige que toda intervención de carácter involuntario esté estrictamente justificada por una necesidad terapéutica urgente y documentada, sujeta a supervisión externa y a revisión periódica. Este principio es consistente con las mejores prácticas internacionales que abogan por avanzar hacia una psiquiatría de cero coerción o al menos coerción reducida al mínimo, dado que se reconoce que las prácticas coercitivas (como internar a alguien contra su voluntad) suponen graves riesgos de abuso y pueden causar daños psicológicos adicionales. De hecho, la propia OMS ha documentado que no existe evidencia sólida de que la coerción mejore resultados clínicos; por el contrario, con frecuencia erosiona la confianza de los usuarios en los servicios y puede retraumatizar a personas que ya han sufrido situaciones de violencia o desamparo. Por ello, la Ley mexicana propuesta adopta una postura garantista: la regla general será la voluntariedad en la atención, quedando las intervenciones involuntarias solo para casos excepcionales muy acotados (por ejemplo, riesgo inminente de suicidio u homicidio cuando la persona ha perdido temporalmente el juicio de realidad), bajo criterios estrictos y con supervisión judicial y de derechos humanos. Esto constituye un cambio



paradigmático respecto de modelos anteriores que normalizaban la hospitalización forzosa de pacientes psiquiátricos por largos periodos.

- **Integralidad e Intersectorialidad:** Reconociendo que la salud mental es influida por determinantes múltiples (sociales, económicos, culturales, biológicos), la Ley mandata un abordaje integral de la persona y una acción intersectorial del Estado. Esto significa que las políticas de salud mental no recaen solo en el sector salud, sino que deben involucrar a otros sectores gubernamentales –educación, trabajo, desarrollo social, justicia, seguridad pública, vivienda, cultura, entre otros– en atención a los factores que inciden en el bienestar psicosocial. Por ejemplo, la prevención del suicidio juvenil implica políticas educativas (escuelas que promuevan habilidades socioemocionales), la lucha contra las adicciones requiere coordinación con políticas laborales y de desarrollo social (para abordar causas de fondo como desempleo o marginación), la reinserción comunitaria de personas con trastornos mentales severos exige apoyos en vivienda y empleo, etc. La Ley propone mecanismos de coordinación formal entre dependencias (como la integración de una Comisión Intersectorial o Consejo Nacional en Salud Mental) a fin de que los distintos sectores alineen programas y recursos bajo objetivos comunes de salud mental. Solo una respuesta intersectorial podrá enfrentar eficientemente desafíos complejos como la epidemia de depresión, la violencia vinculada a trastornos mentales no tratados, o el consumo problemático de sustancias.
- **Participación e Inclusión Social:** En consonancia con los principios de la OMS de dar voz a las personas con experiencia vivida, la iniciativa consagra la participación activa de las personas usuarias de servicios de salud mental, sus familias y las organizaciones de la sociedad civil en la formulación, vigilancia y evaluación de las políticas y los servicios. Se busca romper con la tradición de políticas diseñadas de arriba hacia abajo sin considerar a los principales interesados. Por el contrario, la Ley fomentará la creación de consejos consultivos de usuarios y familiares, espacios de contraloría social, y la incorporación de representantes de estos grupos en órganos colegiados relevantes. La experiencia internacional demuestra que la participación de usuarios y ex-pacientes es crucial para desestigmatizar la salud mental, garantizar la pertinencia cultural de las intervenciones, y exigir cuentas a las autoridades sobre la



calidad de los servicios. La plena inclusión implica también promover que las personas con trastornos mentales severos puedan integrarse en la comunidad y ejercer roles sociales normales (como cualquier ciudadano: trabajar, estudiar, participar cívicamente), para lo cual se contemplan medidas de apoyo en rehabilitación psicosocial, hogares de transición, programas de empleo protegido, etc.

- **Calidad de la Atención y Evidencia Científica:** La Ley enfatiza que los servicios de salud mental deben brindarse con personal capacitado y conforme a la mejor evidencia científica disponible, evitando métodos obsoletos o carentes de sustento clínico. Esto se traducirá en obligaciones de formación continua de los profesionales de la salud mental (por ejemplo, capacitación en enfoques modernos como intervenciones psicosociales, psiquiatría comunitaria, enfoque de trauma, perspectiva de género, etc.), en la promoción de protocolos de atención actualizados basados en guías internacionales, y en un proceso de mejora continua de la calidad. Adicionalmente, se fortalecerán sistemas de información para la salud mental que permitan evaluar resultados, monitorear indicadores (cobertura, rehospitalizaciones, satisfacción de usuarios, etc.) y alimentar la toma de decisiones con datos fidedignos. La investigación en salud mental también será fomentada como parte de un círculo virtuoso de generación de evidencia local.

Con estos principios como cimiento, la Ley General de Salud Mental desarrolla un articulado extenso que cubre todos los aspectos esenciales para la protección de la salud mental en México. En el Título Primero (Disposiciones Generales) se definen con precisión conceptos clave –tales como salud mental, servicios de salud mental, persona usuaria, discapacidad psicosocial, internamiento voluntario e involuntario, consentimiento informado, etc.–, asegurando claridad semántica y concordancia con los estándares internacionales y la normativa nacional (por ejemplo se armoniza la definición de “persona con discapacidad psicosocial” con la adoptada en la CDPD). Se establece también la rectoría federal en la materia a cargo de la Secretaría de Salud, reconociendo al mismo tiempo las competencias de las entidades federativas y municipios para ejecutar acciones en sus ámbitos, siempre bajo las bases de coordinación que marque la Ley. Esto busca subsanar la situación previa en la que, al no haber lineamientos generales, cada estado actuaba por



su cuenta: ahora habrá un marco común que guiará la armonización legislativa en todo el país¹⁶. De igual forma, se prevé la integración de la salud mental al Sistema Nacional de Salud, asegurando que deje de ser un compartimento aislado para convertirse en parte integral de la planeación sanitaria nacional.

El Título Segundo (Derechos de las Personas Usuarias) consagra un catálogo explícito de derechos humanos para las personas que viven con trastornos mentales o utilizan servicios de salud mental. Entre estos se incluyen el derecho a la no discriminación por razones de salud mental (nadie podrá ser excluido de servicios, oportunidades de educación, empleo, vivienda o participación comunitaria por haber padecido o padecer un trastorno de salud mental); el derecho a un trato digno y al respeto de su integridad personal, libre de abusos, explotación, tratos crueles, inhumanos o degradantes (prohibiéndose expresamente prácticas lesivas como el aislamiento prolongado, los castigos corporales, los trabajos forzados dentro de instituciones, etc.); el derecho al pleno reconocimiento de su personalidad jurídica, que implica ser considerado sujeto de derechos en todos los actos (por oposición a antiguas doctrinas que consideraban al “enfermo mental” casi como un objeto); el derecho al consentimiento libre e informado para cualquier tratamiento, garantizando que la persona reciba información accesible sobre su diagnóstico, alternativas terapéuticas, riesgos y beneficios, y pueda aceptar o rechazar intervenciones salvo en supuestos excepcionales permitidos por la ley; el derecho a la confidencialidad de la información sobre su salud mental, protegiendo sus datos sensibles y expediente clínico, el cual solo podrá compartirse con terceros con autorización del usuario o mandato legal fundado; el derecho a la atención sanitaria de la misma calidad que cualquier otra persona, lo que incluye acceso a medicamentos esenciales psicotrópicos, terapias psicosociales, rehabilitación y cuidados paliativos en salud mental cuando apliquen; el derecho a vivir en la comunidad y a la rehabilitación psicosocial, con apoyos para su inclusión social; entre otros derechos específicos. Este catálogo pretende visibilizar y garantizar las prerrogativas que con frecuencia han sido negadas a este grupo poblacional históricamente marginado.

¹⁶ Valdez-Santiago, Rosario, Marín-Mendoza, Eréndira, & Torres-Falcón, Marta. (2021). Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 554-564. Epub 27 de febrero de 2023. <https://doi.org/10.21149/12310>



El Título Tercero de la iniciativa se enfoca en la organización de los servicios y la atención en salud mental. Aquí se delinearán las obligaciones de las autoridades para desarrollar acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Se prevé la formulación de una Política Nacional de Salud Mental, con su respectivo Programa Nacional multiinstitucional, que deberá contener metas concretas (por ejemplo, aumentar en X% la cobertura de atención a depresión, reducir la tasa de suicidios en determinado plazo, eliminar gradualmente las camas en hospitales psiquiátricos hacia su reconversión, etc.). También se incluye la obligación de realizar campañas de educación y sensibilización para combatir el estigma y la discriminación asociados a las enfermedades mentales, así como programas de capacitación a personal no especializado (p. ej., médicos generales, enfermeras, promotores comunitarios) para la detección temprana de trastornos mentales y la canalización oportuna de personas en riesgo. Un aspecto innovador es la incorporación de medidas para abordar los determinantes psicosociales adversos –como la violencia intrafamiliar, el abuso infantil, el acoso escolar, la pobreza extrema, entre otros– dado que estos factores inciden fuertemente en la salud mental colectiva. La Ley mandata que las estrategias de prevención y promoción presten especial atención a grupos en situación de vulnerabilidad (ej. pueblos indígenas, adolescentes, personas LGBTQ+, etc.) y que contemplen la participación comunitaria en su diseño e implementación.

En cuanto a la prestación de servicios, la Ley establece criterios para asegurar la calidad y disponibilidad de la atención en todos los niveles. Se promueve la integración de servicios de salud mental en la atención primaria (centros de salud, clínicas familiares), dotándolos de psicólogos, personal de trabajo social y capacitación básica en salud mental al personal general, de forma que se resuelvan los casos leves y moderados sin necesidad de escalamiento. Para casos de mayor complejidad, se fortalecen los niveles secundarios y terciarios con unidades de salud mental en hospitales generales (evitando la segregación de los pacientes psiquiátricos), así como con hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial y otros dispositivos comunitarios. La atención hospitalaria especializada queda reservada para crisis agudas o situaciones que realmente la ameriten, enfatizando que toda hospitalización debe ser corta, con planes de egreso definidos desde el ingreso. La Ley prevé también la creación de equipos de intervención en crisis y líneas telefónicas de atención 24/7 para emergencias psicológicas, elementos cruciales para prevenir



desenlaces fatales en situaciones de riesgo (como intentos suicidas)¹⁷. Del mismo modo, impulsa la formalización de protocolos de atención domiciliaria y seguimiento comunitario, reconociendo que muchas personas con trastornos mentales severos pueden ser tratadas en casa con visitas regulares de un equipo multidisciplinario (lo que mejora su adherencia y resultados).

Otro componente vital que aborda la Ley es el de los recursos humanos. Se reconoce la necesidad de incrementar el número y capacidades del personal dedicado a salud mental. México tiene un promedio bajo de profesionales de salud mental por habitante (psiquiatras, psicólogos, enfermeros psiquiátricos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc.), muy por debajo de países de ingresos altos¹⁸. La Ley mandata a las autoridades educativas y sanitarias a implementar políticas de formación y capacitación, incentivando la especialización en psiquiatría (particularmente psiquiatría infantil, ante la escasez actual), psicología clínica, enfermería psiquiátrica y otras disciplinas, así como a mejorar las condiciones laborales para retener talento en el sector público y atraerlo hacia las regiones más desprovistas. Sin recursos humanos suficientes, cualquier reforma legal quedaría en letra muerta; por ello, la iniciativa subraya la importancia de invertir sostenidamente en el personal de salud mental, tal como lo recomienda la OMS.

Por último, pero no menos importante, la Ley General de Salud Mental incorpora disposiciones sobre financiamiento y rendición de cuentas. Se buscará establecer progresivamente un presupuesto suficiente y sostenible para las acciones de salud mental, con asignaciones específicas etiquetadas en los presupuestos de Egresos (federal y estatales), de modo que el financiamiento refleje la prioridad que el tema amerita. Aunque no se fija en la iniciativa un porcentaje rígido como en la ley argentina, sí se prevé la creación de un Fondo o anexo presupuestal para salud mental que permita monitorear el gasto y asegurar que los recursos lleguen a los programas pertinentes. Asimismo, se contempla la participación del Congreso y de los Órganos de Fiscalización en la supervisión del cumplimiento de las obligaciones establecidas por la ley, incluyendo la realización de evaluaciones periódicas sobre su implementación. La transparencia en la información (por ejemplo,

¹⁷<https://www.who.int/es/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>

¹⁸<https://www.who.int/es/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>



obligando a publicar estadísticas sobre servicios, indicadores de calidad, número de internaciones involuntarias realizadas y su justificación, etc.) será un mandato legal que permitirá a la sociedad civil y a organismos de derechos humanos dar seguimiento a los avances.

Conclusiones

La presente Exposición de Motivos ha evidenciado la justificación robusta y multifacética para la expedición de una Ley General de Salud Mental en México. En primer término, existe un imperativo internacional y constitucional: los derechos a la salud y a la igualdad nos obligan a brindar atención adecuada a los problemas de salud mental, con un enfoque centrado en la persona y sus derechos, conforme a los tratados de los que México es parte y a las recomendaciones de organismos como la OMS y la OPS¹⁹. En segundo lugar, los indicadores epidemiológicos y sociales muestran que la carga de trastornos mentales en nuestro país es considerable y ha sido desatendida, con consecuencias negativas que van desde el aumento de suicidios hasta el impacto económico por pérdida de productividad. Tercero, el diagnóstico normativo e institucional revela vacíos y rezagos importantes: sin un marco legal nacional, la atención en salud mental ha carecido de rectoría clara y de estándares uniformes, perpetuándose modelos obsoletos de atención que vulneran derechos humanos (como la institucionalización prolongada)²⁰.

La Ley General propuesta responde a todos estos desafíos con una visión integral. Coloca a México en la senda de los países que han actualizado su legislación para privilegiar un modelo comunitario, incluyente y con perspectiva de derechos humanos. Aprendiendo de lecciones internacionales, se han incorporado en la iniciativa medidas para evitar simplemente “cambiar el texto sin cambiar la realidad”. Por ejemplo, la ley uruguaya nos enseña que sin asignación presupuestaria suficiente las mejores intenciones pueden quedarse en promesas incumplidas²¹. Por ello nuestra iniciativa contempla la

¹⁹<https://www.who.int/es/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>

²⁰ Valdez-Santiago, Rosario, Marín-Mendoza, Eréndira, & Torres-Falcón, Marta. (2021). Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 554-564. Epub 27 de febrero de 2023. <https://doi.org/10.21149/12310>

²¹<https://cip.psico.edu.uy/agenda-2025/ley-de-salud-mental-en-uruguay-promesa-de-transformacion-o-reforma-inconclusa>



obligación de destinar recursos crecientes a salud mental y desarrollar dispositivos comunitarios alternativos antes de cerrar camas hospitalarias. También se han previsto mecanismos de supervisión independientes (como la probable creación de un órgano revisor o comisión nacional en salud mental con participación de derechos humanos, similar al Órgano de Revisión de Argentina²²) para vigilar el respeto de derechos en los servicios e instalaciones de salud mental.

En suma, esta Ley representa un avance normativo impostergable. Como señala el Director General de la OMS, transformar los sistemas de salud mental es uno de los retos más urgentes y “una inversión que ningún país puede descuidar”, ya que la salud mental no debe ser un privilegio, sino un derecho básico para todos²³. Al aprobarse esta Ley General de Salud Mental, México dará un paso histórico para saldar la deuda con millones de personas que han sufrido en silencio la falta de apoyo adecuado. Se sentará la base jurídica para un sistema moderno, equitativo y humano de atención a la salud mental, en el cual las personas con trastornos mentales dejarán de ser ciudadanos de segunda categoría y pasarán a ser, verdaderamente, sujetos de derechos plenos. La ley por sí sola no resolverá todos los problemas –será necesaria una implementación efectiva, dotada de recursos y voluntad política–, pero sin duda proveerá la plataforma necesaria para el cambio. Es, usando las palabras de expertos en política sanitaria, el punto de partida para desplegar nuevas acciones y para combatir los estereotipos adversos que han impedido una vida digna a quienes viven con estos trastornos²⁴.

Por todas las razones expuestas, resulta evidente la necesidad y beneficio de expedir la Ley General de Salud Mental. Esta Asamblea tiene la oportunidad de legislar en favor de una causa justa y urgente, estableciendo un legado perdurable en la protección de la salud y la dignidad de las personas. La exposición de motivos aquí desarrollada demuestra que la iniciativa está sólidamente fundamentada en evidencia científica, criterios de derechos humanos y buenas prácticas internacionales, lo que permitirá dotarla de

²² <https://argentinasinmanicomios.ocij.org.ar/ley/>

²³ <https://www.who.int/es/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>

²⁴ Valdez-Santiago, Rosario, Marín-Mendoza, Eréndira, & Torres-Falcón, Marta. (2021). Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 554-564. Epub 27 de febrero de 2023. <https://doi.org/10.21149/12310>



legitimidad y eficacia. En virtud de lo anterior, solicitamos respetuosamente la aprobación del proyecto de decreto por el que se expide la Ley General de Salud Mental, seguros de que constituirá un hito en la construcción de un México más sano, más justo y más humano.

Por lo anteriormente expuesto, someto a consideración de la asamblea, el siguiente:

PROYECTO DE DECRETO

Único. Se expide la Ley General de Salud Mental, para quedar como sigue:

LEY GENERAL DE SALUD MENTAL

TÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. La presente Ley es de orden público, interés social y observancia general en todo el territorio de los Estados Unidos Mexicanos. Tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, regular la prestación de servicios de salud mental con calidad y respeto a los derechos humanos, establecer la distribución de competencias entre la Federación, las entidades federativas y los municipios en la materia, así como fijar las bases para la coordinación institucional. La aplicación de esta Ley deberá realizarse conforme a los artículos 1º y 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a los tratados internacionales de derechos humanos de los que el Estado mexicano es parte, en particular la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y demás disposiciones aplicables.

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

- I. Secretaría: Secretaría de Salud
- II. Comisión: Comisión Nacional de Derechos Humanos
- III. Salud mental: un estado de bienestar en el cual la persona desarrolla sus capacidades y puede afrontar las tensiones normales de la vida,



trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad. La salud mental es un proceso determinado por factores multifactoriales —históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos— y vinculado al ejercicio pleno de los derechos humanos.

- IV. Servicios de salud mental: el conjunto de acciones, programas, establecimientos y personal, públicos, privados o sociales, destinados a la promoción, prevención, atención, tratamiento y rehabilitación en materia de salud mental y apoyo psicosocial, tanto en el ámbito ambulatorio como en el institucional u hospitalario.
- V. Persona usuaria de los servicios de salud mental: toda persona que requiera, utilice o haya utilizado servicios de salud mental, incluyendo a quienes viven con alguna condición de salud mental o discapacidad psicosocial.
- VI. Discapacidad psicosocial: forma parte del término discapacidad mental y se refiere a la condición de largo plazo de una persona con trastornos de salud mental o del comportamiento, en interacción con diversas barreras actitudinales y del entorno, que puede impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.
- VII. Internamiento: la atención hospitalaria de la persona usuaria en un entorno institucional de salud, ya sea de manera voluntaria o involuntaria, para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en salud mental.
- VIII. Internamiento involuntario: la privación temporal de la libertad de una persona para su atención médica en salud mental sin su consentimiento informado, en casos excepcionales previstos por esta Ley.
- IX. Consentimiento informado: la decisión libre, voluntaria, genuina y manifiesta de una persona, emitida con base en información suficiente, comprensible y accesible, para aceptar o rechazar un tratamiento o procedimiento médico determinado, una vez explicados los riesgos, beneficios y alternativas disponibles, de conformidad con lo previsto en la normatividad aplicable.

Artículo 3. La Secretaría es la autoridad rectora en materia de salud mental y será responsable de la coordinación nacional para la aplicación de esta Ley.



Las disposiciones de la presente Ley son de orden general y deberán ser observadas y ejecutadas por las autoridades federales, estatales y municipales, en el ámbito de sus respectivas competencias, así como por los sectores social y privado cuando participen en la prestación de servicios de salud mental.

Las autoridades competentes adoptarán las medidas necesarias para garantizar que los servicios de salud mental se integren al Sistema Nacional de Salud y se brinden conforme a esta Ley, sin perjuicio de que las entidades federativas puedan establecer disposiciones complementarias más estrictas o protectoras de derechos en sus ámbitos de competencia.

Artículo 4. La política nacional de salud mental y la prestación de todos los servicios en la materia deberán regirse por los siguientes principios:

- I. Enfoque de derechos humanos: respeto, protección y garantía de la dignidad, derechos y libertades fundamentales de las personas con condiciones de salud mental o discapacidad psicosocial, sin discriminación alguna y con perspectiva de género, interculturalidad e inclusión.
- II. Presunción de capacidad legal: toda persona, independientemente de su condición de salud mental, se presume capaz de ejercer plenamente sus derechos y tomar decisiones sobre su vida; en caso de requerir apoyos para la toma de decisiones, éstos se brindarán respetando su voluntad y preferencias, de conformidad con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- III. Accesibilidad y ajustes razonables: aseguramiento de que las personas usuarias accedan a instalaciones, información, comunicaciones y apoyos necesarios en los servicios de salud mental, realizando las adaptaciones o ajustes razonables pertinentes para atender las necesidades particulares de personas con discapacidad, grupos indígenas, personas mayores, niñas, niños y adolescentes, y otros grupos en situación de vulnerabilidad.
- IV. Enfoque comunitario y de recuperación: prioridad a las estrategias de atención ambulatoria, comunitaria e integral por encima del internamiento prolongado; los servicios deberán orientarse a la recuperación de la persona usuaria, entendida ésta como el proceso



- mediante el cual puede vivir una vida plena, autodeterminada e integrada en la comunidad, más allá de la mera remisión de síntomas.
- V. Proporcionalidad y mínima restricción: utilización de medidas restrictivas o coercitivas sólo como último recurso, en la mínima medida necesaria y por el menor tiempo posible, privilegiando alternativas voluntarias y menos invasivas; cualquier intervención que limite derechos deberá estar estrictamente justificada por necesidad terapéutica urgente y sujetarse a supervisión.
 - VI. Integralidad e intersectorialidad: la atención de la salud mental debe considerar a la persona de manera holística, abordando los determinantes sociales, económicos, educativos, culturales y de salud que inciden en su bienestar emocional, mediante la coordinación de acciones entre los sectores de salud, educación, trabajo, desarrollo social, justicia y otros involucrados.
 - VII. Participación e inclusión: promoción de la participación activa de las personas usuarias, sus familias y organizaciones de la sociedad civil en la formulación, vigilancia y evaluación de las políticas y servicios de salud mental, asegurando que su voz y experiencias sean tomadas en cuenta en la toma de decisiones.
 - VIII. Calidad y evidencia científica: prestación de servicios deberá realizarse con personal capacitado y calificado, que brinde un trato humano y actúe conforme a las mejores prácticas y a la evidencia científica vigente, evitando el uso de métodos obsoletos o carentes de sustento clínico, y garantizando la mejora continua de la calidad en la atención.

Artículo 5. Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental.

El Estado garantizará el acceso universal, equitativo y oportuno a los servicios de salud mental de calidad, en los términos de esta Ley.

Ninguna persona será discriminada o privada del acceso a la atención en salud mental por razón de origen étnico o nacional, color de piel, cultura, sexo, género, edad, discapacidad, condición social, económica, de salud o jurídica, religión, apariencia física, características genéticas, situación migratoria, embarazo, idioma, opiniones, orientación sexual, identidad y expresión de



género, estado civil, filiación política, antecedentes penales o cualquier otra condición o circunstancia que atente contra la dignidad humana.

La política pública en salud mental incorporará la perspectiva de género y de interculturalidad para asegurar que la atención sea pertinente a las características de cada persona o comunidad.

Artículo 6. Las autoridades y los prestadores de servicios de salud mental deberán resguardar la confidencialidad de la información personal y datos sensibles de las personas usuarias, en términos de la normativa aplicable.

La información relativa al estado de salud mental, diagnóstico, tratamiento, historial clínico y demás datos personales de las y los usuarios es confidencial; sólo podrá ser compartida con terceros con consentimiento expreso de la persona interesada o por mandato de autoridad competente conforme a la ley. Se deberá garantizar que los registros clínicos en materia de salud mental sean manejados con estricta privacidad y que las personas usuarias tengan derecho a acceder a la información de su propio expediente clínico.

Artículo 7. La Federación, las entidades federativas y los municipios, en coordinación con las instituciones de salud y demás autoridades competentes, desarrollarán acciones permanentes de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales y por consumo de sustancias.

Entre dichas acciones se incluirán campañas de educación y sensibilización para reducir el estigma y la discriminación asociados a las condiciones de salud mental, programas de capacitación en detección temprana y canalización oportuna de personas en riesgo, así como medidas orientadas a combatir factores psicosociales adversos como la violencia, las adicciones, el acoso y otras condiciones que afecten la salud mental de la población. Estas acciones deberán prestar atención especial a grupos en situación de vulnerabilidad y contemplar la participación comunitaria.

TÍTULO SEGUNDO

DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL



Artículo 8. Todas las personas con trastornos mentales, condiciones de salud psicoemocionales o discapacidad psicosocial gozarán, en igualdad de condiciones, de los derechos humanos y garantías que reconoce el orden jurídico. En particular, cuentan con los siguientes derechos específicos, sin perjuicio de los demás previstos en la Constitución y demás disposiciones aplicables:

- I. Derecho a la no discriminación: a no ser objeto de distinción, exclusión, restricción o trato degradante alguno a causa de su condición de salud mental pasada, presente o futura. Ninguna persona podrá ser estigmatizada, marginada ni privada de servicios, oportunidades de educación, empleo, vivienda, participación comunitaria u otros derechos, por motivo de tener o haber tenido una condición de salud mental.
- II. Derecho al trato digno y al respeto de su integridad: a recibir un trato humano, respetuoso y digno por parte de sus familias, comunidades, autoridades y prestadores de servicios, libres de abuso, explotación, violencia o maltrato. Esto incluye el derecho a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes, ni a castigos corporales, aislamiento prolongado, trabajos forzados u otras prácticas lesivas.
- III. Derecho al pleno reconocimiento de su personalidad jurídica: a ser reconocidas como sujetos de derechos con capacidad jurídica en todos los aspectos de la vida, en igualdad de condiciones con las demás personas. Ninguna persona será declarada incapaz o incompetente para tomar decisiones exclusivamente por tener un trastorno de salud mental o discapacidad psicosocial; en caso de que una autoridad judicial restrinja su capacidad, deberá ser conforme a la ley, de manera proporcional, revisable y respetando en la mayor medida posible la voluntad y preferencias de la persona.
- IV. Derecho a la vida independiente y a la inclusión en la comunidad: a vivir y participar en la comunidad, eligiendo su lugar de residencia y con quién vivir, en igualdad de condiciones que los demás. Las personas con discapacidad psicosocial tienen derecho a no ser obligadas a vivir en instituciones segregadas y a contar con servicios de apoyo en la comunidad, incluidos apoyos para la vivienda, la educación, el trabajo y la recreación, que les permitan desarrollar un proyecto de vida autónomo.



- V. Derecho a la información y a la educación: a recibir información adecuada, comprensible y accesible sobre su propia salud mental, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre sus derechos. Las autoridades promoverán la disponibilidad de información en formatos accesibles (por ejemplo, lectura fácil, sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, interpretación del lenguaje de señas, subtitulación, audiodescripción, braille, textos digitales accesibles y otros formatos comprensibles para las personas con discapacidad que lo requieran). Asimismo, se garantizará el acceso de niñas, niños y adolescentes con necesidades de salud mental a la educación en el sistema regular, realizando los ajustes razonables necesarios para su inclusión plena.
- VI. Derecho a la participación y asociación: a integrarse en organizaciones de personas usuarias de servicios de salud mental, de personas con discapacidad, de familiares o de apoyo mutuo, y a que el Estado reconozca, respete y facilite la existencia y aportes de dichas organizaciones en la elaboración y supervisión de políticas públicas en salud mental.
- VII. Derecho a la confidencialidad y privacidad: a la protección de sus datos personales y privacidad en todos los ámbitos, especialmente en el acceso y durante la provisión de servicios de salud mental, conforme a lo establecido en el artículo 6 de esta Ley.
- VIII. Derecho a la justicia y a la protección legal efectiva: a acceder a mecanismos accesibles para denunciar violaciones a sus derechos y recibir atención, acceso y acompañamiento jurídico, así como asesoría legal y reparación del daño, cuando resulte procedente. Las personas con trastornos mentales o discapacidad psicosocial tienen derecho a asistencia legal gratuita y adecuada cuando sus derechos puedan verse afectados en procedimientos administrativos o judiciales, garantizando los apoyos necesarios para facilitar su participación en condiciones de igualdad.

Artículo 9. Además de los derechos señalados en el artículo anterior, las y los usuarios de los servicios de salud mental tendrán, en el contexto de la atención que reciban, los siguientes derechos particulares:



- I. Derecho al acceso a servicios integrales y de calidad: a recibir atención sanitaria y apoyo psicosocial integral, continua y de calidad, cercana a su comunidad, con respeto a su dignidad, valores culturales, lengua y cosmovisión. La atención será proporcionada preferentemente a través de servicios comunitarios y de primer nivel, asegurando la referencia oportuna a niveles de mayor complejidad cuando se requiera, así como el suministro gratuito y suficiente de los medicamentos, insumos y tecnologías esenciales para su tratamiento, de conformidad con las disposiciones aplicables.
- II. Derecho al consentimiento informado en el tratamiento: a que cualquier intervención, tratamiento médico o psicológico se realice con su consentimiento libre e informado. Antes de iniciar o modificar un tratamiento se le proporcionará información completa, clara y comprensible sobre su diagnóstico, opciones terapéuticas, beneficios esperados, posibles efectos secundarios y pronóstico, para que pueda manifestar su conformidad o negativa. Ningún tratamiento podrá llevarse a cabo sin consentimiento, salvo las excepciones de internamiento involuntario previstas en esta Ley y cumpliendo estrictamente las salvaguardas establecidas. La persona usuaria podrá revocar su consentimiento en cualquier momento.
- III. Derecho a participar en las decisiones sobre su atención: a ser involucrada activamente en la planeación y elecciones relativas a su cuidado y rehabilitación, de acuerdo con sus deseos y preferencias. Esto incluye la posibilidad de elaborar directrices anticipadas o un plan previo de atención en salud mental, en el que exprese sus voluntades respecto a eventuales tratamientos futuros en caso de que se encuentre incapacitada temporalmente para manifestar consentimiento. Los profesionales de la salud deberán tomar en cuenta estas directrices anticipadas en la toma de decisiones.
- IV. Derecho a la compañía y apoyo personalizado: a designar una o más personas de confianza (familiares, amigas, figuras de apoyo o representantes) que le acompañen y asistan durante el proceso de atención, si así lo desea. La persona usuaria podrá estar acompañada antes, durante y después de cualquier tratamiento o internamiento, por quien ella designe, salvo que circunstancias extraordinarias lo impidan por riesgos a la seguridad o la salud, lo cual deberá estar debidamente



fundado. Asimismo, tendrá derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual o religiosa según sus convicciones personales, sin imposición alguna.

- V. Derecho a la confidencialidad en la atención: a que su participación en terapias, consultas y cualquier interacción con los servicios de salud mental ocurra en un ambiente de respeto a su privacidad. Las sesiones terapéuticas deberán llevarse a cabo en espacios adecuados que garanticen la intimidad. Ninguna intervención será grabada, observada o divulgada sin consentimiento previo, a menos que medie orden de autoridad competente o se trate de supervisión profesional bajo estándares éticos, en cuyo caso se tomarán medidas para anonimizar la identidad de la persona usuaria.
- VI. Derecho a la continuidad de la atención y a la referencia adecuada: a no ser abandonada una vez iniciado su tratamiento. Las instituciones deben asegurar la continuidad asistencial, programando las citas de seguimiento necesarias y facilitando el acceso a servicios complementarios. En caso de requerir la referencia a otro nivel de atención o servicio especializado, ésta deberá ser expedita, acompañada de un resumen clínico completo y preservando la coordinación entre los servicios para dar seguimiento al caso.
- VII. Derecho a la segunda opinión y a la calidad profesional: a solicitar, si lo desea, la valoración de otro profesional de la salud o de un equipo distinto al que le atiende, respecto de su diagnóstico o plan terapéutico, sin que esto implique represalia o pérdida del servicio. Los prestadores de servicios deben estar debidamente acreditados y capacitados, aplicando protocolos y guías de práctica clínica actualizados. La persona usuaria puede exigir una atención basada en los mejores conocimientos científicos disponibles y tiene derecho a conocer el nombre, especialidad y calificaciones de quienes le brindan atención.
- VIII. Derecho a condiciones adecuadas durante la estancia hospitalaria: en caso de internamiento voluntario o involuntario, a permanecer en condiciones dignas y seguras. Esto implica derecho a alojamiento en un espacio limpio, iluminado y ventilado; alimentación nutritiva acorde a sus requerimientos; vestimenta y artículos de aseo personal; ejercicio y recreación en la medida de lo posible; comunicación regular con el exterior, incluyendo el uso de medios de comunicación y visitas de



familiares o personas autorizadas, en horarios razonables. Cualquier restricción a estas condiciones deberá basarse únicamente en razones terapéuticas o de seguridad debidamente justificadas y nunca como sanción.

- IX. Derecho a la revisión periódica de su tratamiento e internamiento: a que su situación clínica, necesidad de continuar en internamiento y plan de tratamiento sean evaluados periódicamente por el equipo de salud, con su participación y la de su representante o persona de confianza en su caso, con la finalidad de realizar los ajustes necesarios y, cuando sea posible, avanzar hacia el egreso o la atención ambulatoria. En caso de internamientos prolongados, el usuario tiene derecho a que una instancia de supervisión externa e independiente revise las condiciones de su hospitalización y confirme la necesidad de la misma.
- X. Derecho a presentar quejas y recursos: a acceder a mecanismos eficaces de queja, recurso o apelación cuando considere que han sido vulnerados sus derechos durante la prestación de servicios de salud mental. Toda persona usuaria o, en su caso, su representante legal, podrá presentar quejas ante las autoridades de salud, las comisiones de derechos humanos u otras instancias competentes por actos u omisiones que vulneren los derechos reconocidos en esta Ley. Las instituciones de salud mental deberán informar claramente a los usuarios sobre estos mecanismos y brindar facilidades para su acceso, sin represalia alguna por su ejercicio.
- XI. Derecho a la rehabilitación psicosocial y reinserción: a recibir servicios de rehabilitación orientados a desarrollar o recuperar habilidades para la vida diaria, el trabajo, la educación y la convivencia social, que faciliten su proceso de recuperación e inclusión en la comunidad. Esto abarca actividades de terapia ocupacional, capacitación laboral, apoyo educativo, terapia familiar y cualquier otra que contribuya a potenciar su autonomía y proyecto de vida. Las personas usuarias tienen derecho a que su proceso de rehabilitación se lleve a cabo preferentemente en entornos comunitarios, evitando estancias prolongadas en instituciones cerradas.

TÍTULO TERCERO

DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL



Artículo 10. La atención a la salud mental forma parte integral del derecho a la protección de la salud.

Las autoridades sanitarias deberán asegurar que los servicios de salud mental estén integrados en el Sistema Nacional de Salud, disponibles en los tres niveles de atención, privilegiando el primero. Se fomentará la creación y fortalecimiento de redes comunitarias de atención en salud mental, incluyendo unidades de salud mental comunitaria, centros de atención primaria con capacidad de atención psicológica y psiquiátrica básica, equipos móviles de intervención en crisis, centros de día, albergues temporales y otros dispositivos alternativos al hospital.

La hospitalización especializada se reservará para casos estrictamente necesarios y se realizará, en la medida de lo posible, en unidades de salud mental dentro de hospitales generales o en hospitales especializados de carácter transitorio, evitando la segregación de las personas usuarias de su entorno familiar y comunitario.

Artículo 11. La atención ambulatoria en salud mental comprenderá acciones de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento oportuno y seguimiento en la comunidad.

Las instituciones públicas de salud deberán contar con servicios de consulta externa de salud mental, integrados por equipos multidisciplinarios (incluyendo al menos profesionales de psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería especializada) capacitados para atender trastornos mentales comunes y brindar seguimiento post-internamiento.

Se impulsará la instalación de módulos de salud mental en centros de salud, clínicas familiares y escuelas, así como la referencia coordinada a servicios especializados cuando se requiera.

Los tratamientos ambulatorios privilegiarán enfoques de terapia psicológica, intervención psicosocial, rehabilitación basada en la comunidad y apoyo entre pares, complementando la intervención farmacológica cuando ésta sea necesaria. Las personas atendidas en forma ambulatoria tendrán igual



derecho a los medicamentos esenciales, los cuales deberán ser provistos gratuitamente por las instituciones públicas según prescripción.

Artículo 12. El internamiento hospitalario para la atención de la salud mental se llevará a cabo únicamente cuando la condición de la persona usuaria lo amerite por su gravedad, riesgo o necesidad de cuidados especializados que no puedan brindarse en el ámbito ambulatorio.

Dicho internamiento deberá efectuarse preferentemente en unidades de psiquiatría o salud mental dentro de hospitales generales, o en hospitales o clínicas psiquiátricas con enfoque de estancia breve y rehabilitación, evitando la cronicidad institucional.

Las instituciones que ofrezcan internamiento deberán garantizar estándares adecuados de infraestructura, seguridad y personal calificado las 24 horas. Durante la hospitalización, se brindará a la persona usuaria un plan terapéutico individualizado, interdisciplinario y orientado a su recuperación, que incluya preparación para el egreso y vinculación con servicios comunitarios de apoyo.

El ingreso y la estancia hospitalaria estarán sujetas a los principios de necesidad, proporcionalidad y menor restricción posibles, conforme a esta Ley.

Se prohíbe la existencia de internamientos de carácter asilar indefinido; ninguna persona deberá permanecer hospitalizada por motivos de salud mental por un período mayor al indispensable, ni ser retenida en contra de su voluntad fuera de los supuestos legales de internamiento involuntario.

Artículo 13. Todos los servicios de salud mental, públicos o privados, deben funcionar de conformidad con los estándares de calidad, humanización y seguridad definidos por la Secretaría de Salud en la normatividad aplicable. Las prácticas clínicas deberán apegarse a guías de práctica clínica basadas en evidencia científica actual.

Se implementarán protocolos para garantizar:



- a) La evaluación integral de cada persona usuaria, considerando aspectos médicos, psicológicos y sociales;
- b) La elaboración de planes de tratamiento individualizados con metas terapéuticas definidas;
- c) La obtención del consentimiento informado para tratamientos específicos, documentando adecuadamente este proceso;
- d) La prescripción racional de psicofármacos, evitando la sobremedicación, la polifarmacia inadecuada y privilegiando las dosis mínimas efectivas. Los tratamientos farmacológicos se realizarán en el marco de abordajes interdisciplinarios y se monitoreará activamente la aparición de efectos secundarios, brindando atención médica oportuna ante estos;
- e) La oferta de intervenciones psicosociales, psicoterapéuticas y de rehabilitación como parte esencial del tratamiento, no limitándose únicamente al uso de medicamentos;
- f) El respeto a los derechos y la dignidad de los usuarios en todas las fases de la atención, lo cual será objeto de supervisión continua, y;
- g) La existencia de mecanismos efectivos de registro, seguimiento y evaluación de los servicios, incluyendo la satisfacción de las personas usuarias.

Los prestadores de servicios deberán abstenerse de emplear prácticas sin respaldo científico o que constituyan riesgo injustificado para los usuarios.

Quedan prohibidos los procedimientos obsoletos o contraindicados que puedan causar daño o sufrimiento innecesario.

Artículo 14. Las instituciones que proporcionen servicios de salud mental contarán con personal suficiente y con perfiles profesionales idóneos para la atención interdisciplinaria (médicos psiquiatras, médicos generales capacitados en salud mental, psicólogos, enfermeros especializados, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, entre otros según el nivel de atención).

Es obligatorio que todo el personal que interviene en la atención de personas con trastornos mentales reciba formación continua en temas de salud mental comunitaria, derechos humanos, sensibilización contra el estigma, enfoques



de género e interculturalidad, manejo de crisis y estrategias de desescalamiento que eviten el uso de la fuerza.

La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y las instituciones de educación superior, fomentará la inclusión de contenidos de salud mental, psiquiatría comunitaria, psicología clínica y derechos humanos en los planes de estudio de las carreras de medicina, enfermería, psicología, trabajo social y demás disciplinas afines, así como programas de educación continua y certificación periódica de competencias para los profesionales en ejercicio.

El personal de salud mental tiene derecho a condiciones laborales dignas, protección a su propia salud mental y apoyo institucional para prevenir el desgaste profesional, debiendo las autoridades desarrollar políticas específicas para su cuidado y capacitación permanente.

Artículo 15. La prestación de servicios de salud mental deberá adecuarse a las características culturales, de género y etarias de las personas usuarias. Se reconoce la importancia de la cultura y la lengua en la conceptualización y manejo de la salud mental; por tanto, los servicios que atiendan población indígena, afrodescendiente o de otros grupos culturales deberán contar, en lo posible, con personal bilingüe o intérpretes, así como con prácticas pertinentes y respetuosas de la cosmovisión de dichos pueblos, siempre que no contravengan los derechos humanos.

Asimismo, los servicios especializados para ciertos grupos deberán ajustarse a sus necesidades: de manera descriptiva más no limitativa, la atención de la salud mental perinatal y de las mujeres deberá considerar la perspectiva de género; los servicios para niñas, niños y adolescentes requerirán metodologías y entornos apropiados a su desarrollo evolutivo, garantizando además la continuidad educativa durante cualquier internamiento prolongado; la atención a personas adultas mayores contemplará la presencia de trastornos neurocognitivos y necesidades geriátricas especiales.

Las autoridades desarrollarán protocolos específicos para la atención de grupos en situación de vulnerabilidad, tales como víctimas de violencia,



personas de la diversidad sexual, personas en situación de calle, entre otros, asegurando un trato inclusivo y especializado.

Artículo 16. La rehabilitación psicosocial constituye un componente fundamental de la atención en salud mental. Las autoridades de salud, en coordinación con los sistemas de desarrollo integral de la familia (DIF), trabajo, educación y otras instancias competentes, implementarán programas destinados a:

- I. Desarrollar habilidades de la vida diaria en personas con trastornos mentales o discapacidad psicosocial, promoviendo su autonomía personal.
- II. Brindar capacitación laboral, talleres ocupacionales y bolsas de trabajo protegidas o apoyadas, que faciliten la inserción o reincorporación de dichas personas al empleo remunerado, en entornos libres de discriminación.
- III. Impulsar actividades educativas, deportivas, artísticas y recreativas inclusivas, tanto en contextos terapéuticos como comunitarios, que contribuyan a su bienestar emocional y socialización.
- IV. Fomentar la creación de grupos de ayuda mutua, redes de apoyo entre pares (usuarios expertos por experiencia propia) y asociaciones de familiares que ofrezcan acompañamiento, consejería y modelos positivos de recuperación dentro de la comunidad.
- V. Gestionar esquemas de vivienda asistida, residencias de transición o apoyos domiciliarios, para aquellas personas que carezcan de red de apoyo familiar o que, tras un proceso de hospitalización, requieran un periodo de adaptación antes de lograr la vida independiente.
- VI. Otorgar orientación y apoyo a las familias o cuidadores principales de las personas con condiciones de salud mental, a fin de capacitarlos en técnicas de cuidado, comunicación asertiva, manejo de situaciones de crisis y autocuidado, evitando la sobrecarga y la posibilidad de maltrato.

La rehabilitación psicosocial deberá iniciar lo antes posible dentro del proceso terapéutico y continuar tras el egreso hospitalario, articulándose con los recursos comunitarios disponibles. El éxito de la rehabilitación se medirá en función de la reintegración efectiva de la persona a su entorno social, educativo y laboral, con el mayor grado de autonomía alcanzable.



Artículo 17. Los servicios de salud mental, en coordinación con otros sectores, implementarán estrategias específicas para la prevención del suicidio y la atención inmediata de personas en situación de crisis emocional o psicológica.

Se establecerán líneas telefónicas de ayuda y plataformas digitales de apoyo emocional disponibles las 24 horas, atendidas por personal capacitado que pueda brindar contención, orientación y, de ser necesario, coordinar la referencia a servicios de urgencia.

Los hospitales generales deberán contar con protocolos de atención a intentos de suicidio en sus servicios de urgencias, proporcionando evaluación psiquiátrica de emergencia y planificación de la seguridad del paciente.

Se integrarán brigadas o equipos móviles de intervención en crisis que, en conjunto con servicios de emergencia (como ambulancias y, en su caso, corporaciones de seguridad pública), puedan trasladarse para valorar y asistir a personas con conductas suicidas, episodios psicóticos agudos u otras situaciones de riesgo inminente, procurando su estabilización y, si es necesario, su traslado seguro a un servicio de salud para atención urgente.

Todas estas acciones deberán realizarse con pleno respeto a la dignidad y derechos de la persona en crisis, evitando el uso de la fuerza o medidas coercitivas salvo que sea estrictamente imprescindible para proteger la vida.

TÍTULO CUARTO

DEL INTERNAMIENTO Y OTRAS MEDIDAS DE ATENCIÓN INVOLUNTARIA

Artículo 18. El internamiento involuntario de una persona por motivos de salud mental es una medida terapéutica de carácter excepcional y de último recurso. Solo procederá cuando concurren todos los requisitos siguientes:

- I. La persona padece un trastorno de salud mental o alteración grave de sus facultades mentales, y se encuentra en una situación de crisis o descompensación tal que representa un riesgo serio e inminente de daño para sí misma o para terceros, o existe un deterioro severo en su condición física o mental que le impide satisfacer sus necesidades básicas de supervivencia.



- II. Se ha determinado que no es posible brindar en ese momento una atención ambulatoria o medidas menos restrictivas que garanticen su estabilidad y la protección de sus derechos y los de terceros. Las alternativas menos invasivas deberán haberse considerado o intentado razonablemente antes de recurrir al internamiento involuntario.
- III. La indicación de internamiento involuntario es formulada por un profesional de la salud mental legalmente facultado (médico psiquiatra, o en ausencia de éste, médico capacitado en salud mental), mediante evaluación clínica presencial y dictamen escrito en el que consten las causas que lo justifican, las circunstancias del caso, la descripción del riesgo identificado y la ausencia de alternativas menos restrictivas en ese momento. Este dictamen deberá ser ratificado a la brevedad por un segundo profesional de salud mental independiente, siempre que ello sea posible sin comprometer la seguridad inmediata.
- IV. La duración del internamiento involuntario se limitará al período estrictamente necesario para que cese la condición de riesgo inminente o se establezca la crisis que lo motivó, y bajo permanente evaluación. Se buscará que la persona recupere su capacidad de decisión lo más pronto posible para que continúe voluntariamente su atención o egrese del hospital según corresponda.

Queda prohibido realizar internamientos involuntarios con fines distintos a los terapéuticos, tales como por motivos meramente sociales (abandono, pobreza, discapacidad física, conflicto familiar) o por razones de sanción, corrección o custodia. La sola existencia de un diagnóstico psiquiátrico, una discapacidad psicosocial o el haber expresado ideas suicidas no son, por sí mismos, justificación suficiente para ordenar un internamiento involuntario; deberá presentarse la situación de riesgo actual o incapacidad referida en la fracción I del párrafo anterior. En todo caso, el internamiento involuntario deberá respetar los derechos, voluntad y preferencias de la persona en la máxima medida compatible con la protección de su vida e integridad.

Artículo 19. Cuando se efectúe un internamiento involuntario, la institución de salud mental deberá seguir el siguiente procedimiento y observar las salvaguardas que se enumeran:

1. Notificación inmediata: Tan pronto como se decide el internamiento involuntario y se estabiliza al paciente en la unidad receptora, la institución deberá notificar por escrito y de inmediato (dentro de las primeras veinticuatro horas) al juez competente del fuero común que corresponda al domicilio o ubicación de la persona, para que éste conozca del caso. Asimismo, se notificará al Órgano de Revisión en Materia de Salud Mental previsto en esta Ley, y si la persona tuviere familia, representante legal o persona de confianza identificada, también se le informará sin demora sobre el internamiento y sus motivos, salvo que medie negativa expresa previa de la persona usuaria para informar a alguien en particular. Si la identidad de la persona internada es desconocida o no se cuenta con información de contacto de algún familiar o representante, la institución deberá comunicarlo a la autoridad competente para la localización de sus familiares o la designación de un defensor de oficio que represente sus intereses.
2. Documentación clínica: Dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes al ingreso involuntario, el médico tratante elaborará un informe clínico circunstanciado que incluya: diagnóstico o hipótesis diagnóstica inicial; motivos específicos del internamiento involuntario; tratamientos y medidas aplicadas en las primeras horas; estado mental y físico de la persona; y valoración sobre la capacidad de la persona para comprender su situación. Este informe, junto con el dictamen profesional que sustentó el internamiento (conforme al Artículo 18, fracción III), deberá remitirse al juez competente dentro de las 48 horas del ingreso.
3. Ratificación judicial: Recibida la notificación y la documentación mencionada, el juez, con auxilio de peritos en materia de salud mental cuando lo estime necesario, evaluará en un plazo máximo de cinco días si el internamiento involuntario cumple con los supuestos legales y si subsisten las condiciones que lo justifican. Para ello, podrá entrevistar a la persona internada (con las acomodaciones que requiera), al personal médico tratante e incluso a familiares o allegados. El juez deberá emitir una resolución fundada y motivada:
 - a) Ratificando la internación involuntaria, señalando el periodo autorizado inicial de la misma, que no podrá exceder de treinta días contados desde el ingreso, y estableciendo las condiciones de



revisión periódica;

b) Ordenando la externación inmediata de la persona, si considera que no se cumplen los requisitos necesarios para la medida o han dejado de concurrir, debiendo en este caso la institución proceder al alta voluntaria o preparar un plan de egreso con referencias a servicios ambulatorios según el caso;

c) Volviendo voluntario el internamiento, si determina que la persona consiente en permanecer hospitalizada una vez superada la fase crítica y que ello es lo más conveniente para su salud, siempre que la persona manifieste libremente su voluntad de continuar en tratamiento como usuaria voluntaria.

En cualquier caso, el juez notificará su resolución al Órgano de Revisión en Materia de Salud Mental y vigilará que la institución cumpla lo resuelto.

4. Revisión periódica: Si el internamiento involuntario es ratificado, el juez solicitará informes periódicos al establecimiento de salud sobre la situación clínica de la persona. Estos informes deberán presentarse al menos cada treinta (30) días, salvo que el juez fije un plazo menor. Con base en dichos informes —y previa valoración pericial independiente si lo estima necesario— el juez determinará si procede mantener la internación involuntaria, modificar las condiciones de la misma (por ejemplo, autorizar salidas terapéuticas, cambiar a internación en otro servicio, etc.) o darla por terminada ordenando la externación. Cada revisión judicial no podrá espaciarse más de 30 días entre sí mientras la persona continúe internada contra su voluntad.
5. Garantía de defensa y representación: La persona objeto de internamiento involuntario tendrá derecho a ser informada de su situación y de las decisiones judiciales en un lenguaje claro y accesible, así como a ser representada legalmente en todo el proceso. El juez deberá asignarle, desde la primera notificación, un asesor jurídico o defensor de oficio si no contara con uno propio, con experiencia o capacitación en derechos de personas con discapacidad, para promover los recursos y medidas a favor de la persona internada que sean pertinentes. Adicionalmente, el Órgano de Revisión y las comisiones de derechos humanos podrán coadyuvar para garantizar que se respeten sus derechos durante la internación.



6. Conversión a voluntario o alta médica: En cualquier momento, si el equipo de salud determina que han cesado las condiciones que motivaron el internamiento involuntario y la persona puede continuar su atención en forma voluntaria o ambulatoria, deberá notificar al juez y proceder conforme corresponda: o bien recabar el consentimiento de la persona para proseguir su tratamiento de manera voluntaria dentro de la unidad (lo que convertirá el internamiento en voluntario), o bien preparar el alta médica con las recomendaciones y referencias necesarias. La persona internada involuntariamente también tiene derecho a solicitar por escrito su alta voluntaria en cualquier momento; el equipo médico evaluará dicha solicitud y, si considera que aún no es conveniente el egreso por persistir el riesgo, deberá dentro de las 24 horas elevar el caso al juez, quien decidirá lo conducente tras escuchar al peticionario y al médico tratante.
7. Registros y control interno: Toda institución de salud mental que realice internamientos involuntarios deberá llevar un registro especial de los mismos, donde se asienten: datos de identificación del usuario, fecha y hora de ingreso, motivos del internamiento, profesional que lo autorizó, notificaciones realizadas, intervención del juez y del Órgano de Revisión, fecha de las revisiones periódicas, fecha de alta y estado final del usuario, entre otros datos pertinentes. Estos registros estarán disponibles para inspección de las autoridades sanitarias, el Órgano de Revisión y otras instancias competentes, para verificar el estricto apego a la Ley.

El incumplimiento de cualquiera de los pasos anteriores por parte de los responsables de la institución de salud dará lugar a responsabilidades administrativas, civiles o penales conforme a la normatividad aplicable, sin perjuicio de la nulidad del internamiento si éste se realizó sin la debida justificación.

Artículo 20. Toda persona internada en contra de su voluntad conserva plenamente sus derechos fundamentales, sin que ello implique obstáculos para la implementación de limitaciones estrictamente derivadas de la situación de internamiento y las condiciones de seguridad del establecimiento. En particular, se garantizarán los siguientes derechos durante la hospitalización involuntaria:



- I. A recibir información clara sobre su estado de salud, las razones de su internamiento, los tratamientos propuestos y sus derechos legales, tan pronto como su condición lo permita, de manera reiterada si es necesario y en formatos accesibles.
- II. A comunicarse periódicamente con familiares, amistades o persona de confianza designada, por medios telefónicos, electrónicos o visitas, salvo restricciones temporales y justificadas por indicación médica en caso de que dicha comunicación represente un riesgo significativo para su salud en la fase aguda. Cualquier limitación al respecto deberá ser revisada frecuentemente y levantada en cuanto sea posible. En ningún caso se prohibirá por completo la comunicación de la persona internada con el exterior o su aislamiento absoluto, pues ello constituye trato degradante.
- III. A recibir un trato humano y respetuoso por parte del personal, libre de coerción indebida, castigos o disciplinamientos incompatibles con la atención médica. No podrá ser objeto de medidas de represalia por expresar su descontento, quejas o negativas a ciertos tratamientos; el personal deberá abordar dichas situaciones con técnicas de manejo de crisis y diálogo.
- IV. A la continuidad de su tratamiento somático general: el internamiento psiquiátrico no obsta para que reciba los medicamentos y cuidados necesarios para otras condiciones de salud física que tenga, ni para que acuda a citas médicas de otras especialidades cuando se requiera, bajo la debida seguridad.
- V. A otorgar o no su consentimiento para tratamientos específicos no urgentes durante la internación: por estar internada involuntariamente no se presume autorización tácita para todo procedimiento. Si se propone, por ejemplo, una intervención quirúrgica no psiquiátrica, ésta requerirá el consentimiento según las reglas generales. Respecto a tratamientos psiquiátricos, se deberá prever lo establecido por el artículo 21 en caso de tratamientos forzosos.
- VI. A solicitar en cualquier momento la revisión de su caso por la autoridad judicial o por el Órgano de Revisión, a fin de que se evalúe la legalidad y necesidad de su internamiento o de algún aspecto de su tratamiento. Este derecho podrá ejercerse directamente por la persona, por su representante legal, familia o persona de confianza, o por medio de



queja ante las instancias de derechos humanos; los servidores públicos y profesionales deberán facilitar el ejercicio de este derecho proporcionando información y canales de comunicación.

- VII. A contar con apoyos adicionales para la toma de decisiones: en caso de que la persona internada presente dificultad para comprender su situación o para comunicarse, se le proveerán los apoyos necesarios (intérpretes, facilitadores, materiales didácticos) para que pueda participar en las decisiones tanto clínicas como legales que se le presenten. Si tiene previamente designada una persona de apoyo o tutor, ésta podrá asistirle, pero siempre intentando que prevalezcan la voluntad y preferencias de la persona internada.

El personal de la institución de internamiento tendrá la responsabilidad de velar activamente por el cumplimiento de estos derechos. Cualquier acto u omisión que vulnere los derechos de una persona internada deberá ser reportado a las autoridades correspondientes y al Órgano de Revisión, para la investigación y sanción que corresponda.

Artículo 21. Fuera de los casos de internamiento involuntario, la regla general es que ningún tratamiento o intervención en salud mental puede realizarse sin el consentimiento de la persona usuaria. Sin embargo, en situaciones excepcionales de urgencia, se podrán aplicar ciertas medidas involuntarias estrictamente transitorias, sujetas a las siguientes condiciones:

1. Emergencia médica psiquiátrica: Cuando una persona, debido a una alteración mental aguda, se encuentre en un estado que implique un riesgo inmediato de daño grave (por ejemplo: intento de suicidio en curso, agitación psicomotriz descontrolada con riesgo de violencia, estado confusional con riesgo médico, etc.), el personal de salud podrá administrar sin consentimiento previo las intervenciones terapéuticas de urgencia necesarias para salvar la vida o evitar un daño mayor. Estas intervenciones pueden incluir la contención física momentánea, la sedación rápida con medicamentos tranquilizantes, u otros procedimientos indispensables. En todos los casos, deberá emplearse la medida menos invasiva y agresiva que sea eficaz, por el mínimo tiempo necesario, y una vez superada la emergencia inmediata, se deberá recabar el consentimiento de la persona para continuar cualquier



tratamiento posterior. Si la persona, tras superar la crisis aguda, rechaza continuar con la atención, no podrá forzársele a seguir tratándose salvo que se reconduzca la situación a un procedimiento de internamiento involuntario conforme a esta Ley.

2. Tratamiento ambulatorio involuntario (ordenado por autoridad): Como principio, la atención ambulatoria debe ser voluntaria. Solo se considerará un tratamiento ambulatorio involuntario o supervisado (por mandato de autoridad judicial) en casos excepcionales, generalmente como alternativa a un internamiento, y siempre que exista base legal expresa. Si un juez competente, en el contexto de algún proceso judicial (por ejemplo, penal o de capacidad jurídica), ordena que una persona con trastornos de salud mental cumpla con un tratamiento ambulatorio obligatorio, dicha orden deberá fundarse en una evaluación psiquiátrica que determine la conveniencia del esquema ambulatorio por sobre el internamiento, y se sujetará a revisión periódica. En todo caso, incluso en estos escenarios, la persona mantendrá el derecho de rehusarse a tratamientos específicos, y no se le podrán administrar a la fuerza medicamentos u otras intervenciones salvo que concurren los supuestos de emergencia del punto 1, o se cumplan los requisitos del internamiento involuntario.
3. Medidas de seguridad en el ámbito penal: La aplicación de medidas de seguridad consistentes en tratamiento en internamiento o en libertad supervisada para personas inimputables por razón de trastornos de salud mental se regirá por lo dispuesto en la legislación penal y en congruencia con los principios de esta Ley. Las autoridades de salud colaborarán con las de justicia para procurar que dichas medidas tengan una naturaleza terapéutica y no punitiva, se desarrollen en establecimientos de salud adecuados y no en prisiones, y se revisen periódicamente con miras a la reinserción social de la persona.

Cualquier forma de atención involuntaria, tanto en contexto de urgencia como por mandato judicial, deberá ser notificada al Órgano de Revisión en Materia de Salud Mental para su conocimiento y seguimiento, con excepción de las intervenciones de emergencia de muy corta duración (por ejemplo, sedación puntual en crisis) que no ameriten un proceso continuo. No obstante, las instituciones llevarán registro interno de todas las ocasiones en que se



apliquen medidas involuntarias aunque sean breves, a fin de evaluar su frecuencia y prevenir abusos.

Artículo 22. En los servicios de salud mental, la aplicación de cualquier medio de restricción física o mecánica, contención química (uso de fármacos tranquilizantes con el único fin de controlar la conducta) o aislamiento en área cerrada (seclusión) deberá apegarse a estrictos criterios de necesidad y proporcionalidad, quedando sujeto a las siguientes reglas:

- I. **Ultima ratio:** Estas medidas sólo pueden emplearse cuando se hayan agotado sin éxito, o se consideren inviables ante la inmediatez del riesgo, todas las estrategias de intervención menos restrictivas (por ejemplo, técnicas verbales de desescalamiento, acompañamiento cercano, modificaciones ambientales). La restricción debe ser la última opción para evitar un daño inminente al propio paciente, a terceros o al personal.
- II. **Indicación médica y supervisión:** La decisión de aplicar una restricción física o química deberá ser tomada por un profesional de la salud facultado (médico de preferencia) y registrada por escrito en el expediente, indicando motivos, hora de inicio y tipo de medida. Se asignará personal para vigilar de forma directa y continua al paciente mientras dure la medida, evaluando sus signos vitales, nivel de conciencia y bienestar general. La persona bajo restricción nunca deberá ser dejada sin supervisión.
- III. **Proporcionalidad y tiempo limitado:** Solo se usará el grado de fuerza o sujeción indispensable para neutralizar el riesgo, evitando causar alguna lesión, y procurando salvaguardar su integridad física en todo momento. La duración de la medida debe ser la mínima posible; si se trata de restricción mecánica o aislamiento en habitación, deberá levantarse tan pronto la persona deje de presentar el comportamiento peligroso. Cada centro establecerá tiempos máximos muy acotados para re-evaluar la necesidad de continuar la restricción (por ejemplo, evaluación médica cada 15 o 30 minutos). En caso extremo de requerirse prolongar la medida, se deberá obtener una segunda opinión de otro profesional, y notificar al superior jerárquico y al Órgano de Revisión si la restricción excede cierto tiempo (por ejemplo, dos horas continuas).



- IV. Condiciones humanitarias: Durante la aplicación de restricciones, se procurará en todo momento la dignidad y comodidad relativa de la persona: se evitará exponerla a la vista de otras personas (salvo personal asistencial necesario), se mantendrá un ambiente tranquilo, se garantizará su ventilación, hidratación y posibilidad de usar servicios sanitarios. La contención química se hará con fármacos adecuados a la situación clínica, en dosis proporcionadas y vigilando efectos adversos. Queda prohibido utilizar métodos de sujeción que resulten crueles, dolorosos o degradantes (como amarres en posiciones incómodas, empleo de correas en exceso, etc.), así como confinar a una persona en espacios inseguros o insalubres.
- V. Registro y reporte: Toda aplicación de restricción se registrará en el expediente clínico, indicando fecha, hora de inicio y fin, personal que la autorizó, razones, técnicas empleadas y condición del paciente durante y después de la medida. Adicionalmente, los establecimientos remitirán informes periódicos al Órgano de Revisión sobre la frecuencia y circunstancias de uso de medidas de restricción, para evaluar su adecuada utilización y promover la reducción de su empleo mediante capacitación y mejoras en la atención.
- VI. Prohibición de uso como castigo o disciplina: Bajo ninguna circunstancia las medidas de restricción o aislamiento podrán usarse como sanción, castigo, forma de coerción para forzar tratamientos, ni por conveniencia del personal (por ejemplo, para lidiar con escasez de personal o evitar la supervisión de un paciente). Su uso indebido acarreará responsabilidades legales para el personal involucrado.

Las Normas Oficiales Mexicanas en la materia detallarán protocolos específicos para la aplicación de estas medidas en distintos entornos (hospital general, unidad psiquiátrica, etc.), conforme a estándares internacionales de derechos humanos y mejores prácticas clínicas, orientados a minimizar su utilización. En la medida de lo posible, se buscará la implementación de unidades y técnicas especiales de manejo de crisis que eviten tener que recurrir a la contención física o farmacológica.

Artículo 23. Ciertos procedimientos o tratamientos en salud mental, por su naturaleza invasiva, irreversible o por entrañar riesgos éticos, estarán sujetos a restricciones adicionales bajo esta Ley:

- I. Psicocirugía o neurocirugía psiquiátrica: Quedan prohibidas cualquier forma de lobotomía, leucotomía u otras intervenciones neuroquirúrgicas con fines de alterar el comportamiento o tratar un trastornos de salud mental, salvo que se trate de procedimientos de última instancia, indicados para una condición médica específica (por ejemplo, neurocirugía para trastorno obsesivo-compulsivo severo refractario), debidamente avalados por evidencia científica actual. Aun en dichos casos excepcionales, será requisito indispensable el consentimiento libre, informado, específico y escrito de la persona (o de su representante legal, si aquella careciere de capacidad legal y siempre procurando su voluntad y preferencias), así como la autorización previa de un comité de ética en investigación y de la autoridad sanitaria correspondiente. Estas intervenciones deberán realizarse en instituciones de salud de alta especialidad y contarán con seguimiento postoperatorio estricto.
- II. Terapia electroconvulsiva (electroshock): La terapia electroconvulsiva sólo podrá practicarse con fines terapéuticos, en casos de trastornos mentales graves (como depresión mayor con riesgo de vida, catatonía o cuadros resistentes a tratamiento), bajo lineamientos estrictos. Se requiere el consentimiento informado escrito del paciente; si éste no estuviere en condiciones de otorgarlo, se deberá obtener la autorización de su representante legal y la opinión favorable de al menos dos profesionales (un psiquiatra tratante y otro psiquiatra o neurólogo ajeno al caso) que confirmen la indicación. En ningún caso se administrará electroconvulsoterapia en contra de la voluntad expresa de la persona. Su aplicación deberá realizarse con anestesia general breve y relajación muscular, por profesionales capacitados, en instalaciones adecuadas. Queda prohibido utilizarla como medida punitiva, ni aplicarla a menores de edad. La Secretaría de Salud emitirá guías de práctica específicas para regular esta terapia y reportará periódicamente su uso al Órgano de Revisión.
- III. Investigación clínica y tratamientos experimentales: Ninguna persona con trastornos de salud mental internada, voluntaria o involuntariamente, podrá ser sujeta a investigación biomédica o ensayo clínico alguno sin su consentimiento fehaciente y específico para ese fin, además de cumplir con los requisitos que marca la ley general de salud



y las normas de investigación en seres humanos. La concurrencia de un trastorno mental no invalida por sí misma el consentimiento de la persona para participar en investigación, pero se debe tener especial cuidado en evaluar su comprensión y voluntariedad. Se prohíbe realizar pruebas de medicamentos o técnicas experimentales en pacientes involuntariamente internados, salvo que sean necesarios para salvar su vida o integridad y no exista otra alternativa terapéutica aprobada (situación equiparable a uso compasivo, que deberá ser autorizada por la autoridad sanitaria).

- IV. Intervenciones irreversibles o de consecuencias duraderas: Cualquier actuación médica que pueda tener efectos permanentes en la persona usuaria (por ejemplo, esterilización quirúrgica, tratamientos con altas dosis de radiación dirigidos al cerebro, etc.) deberá realizarse con las mismas salvaguardas que en personas sin trastornos de salud mental: consentimiento informado, evaluaciones independientes cuando la ley lo exija y, en su caso, autorización judicial si así se prevé para personas con discapacidad. Está absolutamente prohibida la esterilización forzada de personas con discapacidad psicosocial bajo pretexto de su condición.

El incumplimiento de las disposiciones anteriores conllevará sanciones administrativas, civiles y penales conforme a la legislación aplicable. La Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) u instancia correspondiente, vigilará el estricto cumplimiento de estos lineamientos en todos los establecimientos de salud mental, públicos y privados.

TÍTULO QUINTO

DE LA COORDINACIÓN INSTITUCIONAL Y COMPETENCIAS FEDERATIVAS

Capítulo I

De la Federación

Artículo 24. Corresponde al Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y las demás dependencias competentes, el ejercicio de las siguientes atribuciones en materia de salud mental:



- I. Formular y conducir la Política Nacional de Salud Mental, garantizando su alineación con el Plan Nacional de Desarrollo y los programas sectoriales de salud, con enfoque de derechos humanos y atención comunitaria. La Secretaría de Salud elaborará el Programa o Plan Nacional de Salud Mental con objetivos, estrategias, metas e indicadores, en coordinación con las entidades federativas, mismo que deberá ser evaluado y actualizado periódicamente.
- II. Establecer los lineamientos, criterios técnicos y normas oficiales mexicanas necesarios para regular la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental en todo el país, asegurando la calidad y el respeto a los derechos de las personas usuarias. En especial, emitirá normas sobre la atención primaria en salud mental, la regulación de hospitales psiquiátricos, el uso de tratamientos especiales, medidas de contención, protección de la dignidad de los pacientes y demás aspectos contenidos en esta Ley.
- III. Definir los trastornos mentales y condiciones prioritarias que, por su alta prevalencia o severidad, deban ser objeto de acciones especiales de prevención y atención en el territorio nacional, e impulsar la creación de guías de práctica clínica y protocolos para su manejo adecuado.
- IV. Coordinar y operar, en conjunto con las autoridades sanitarias locales, los servicios federales de salud mental, incluyendo los hospitales psiquiátricos federales, las unidades de referencia nacional, los centros de integración juvenil u otras instancias que atiendan problemáticas de alcance nacional como las adicciones, velando porque su funcionamiento se adecúe a los principios de esta Ley.
- V. Promover la formación y capacitación de recursos humanos especializados en salud mental a nivel nacional. En coordinación con la Secretaría de Educación Pública, las instituciones de educación superior y los colegios profesionales, apoyará la creación y fortalecimiento de programas académicos en psiquiatría, psicología clínica, enfermería psiquiátrica, trabajo social y otras disciplinas afines, con énfasis en salud mental comunitaria, prevención e investigación. Así también, desarrollará programas de capacitación continua para el personal en servicio, incluyendo módulos obligatorios sobre derechos humanos, perspectiva de género y atención respetuosa de la diversidad cultural.



- VI. Desarrollar un sistema nacional de información en salud mental, que integre datos estadísticos confiables y desagregados (por sexo, edad, región, etc.) sobre morbilidad psiquiátrica, factores de riesgo, uso de servicios, tratamientos aplicados, calidad de la atención y otros indicadores relevantes. Este sistema alimentará la planeación estratégica y deberá ser público, respetando la confidencialidad de los datos personales.
- VII. Impulsar la investigación científica, clínica y epidemiológica en materia de salud mental. La Secretaría de Salud, en colaboración con el CONACYT y otras instancias, fomentará estudios e investigaciones que contribuyan a mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, la evaluación de políticas públicas y la innovación en modelos de atención. Se dará prioridad a investigaciones éticas orientadas a la implementación de prácticas basadas en evidencia y al respeto de los derechos de los participantes.
- VIII. Garantizar el abasto y acceso a medicamentos psiquiátricos esenciales y demás insumos terapéuticos necesarios en todas las instituciones públicas de salud, gestionando la inclusión de dichos medicamentos en el cuadro básico y mecanismos de distribución que eviten desabasto, especialmente en zonas marginadas. Asimismo, regulará y vigilará la prescripción y dispensación de psicotrópicos para prevenir su uso indebido, sin obstaculizar el acceso de quienes los requieran por indicación médica.
- IX. Establecer mecanismos de coordinación intersectorial con las dependencias del Ejecutivo Federal encargadas de educación, trabajo, seguridad pública, desarrollo social, vivienda, justicia y otras, para incorporar la dimensión de salud mental en sus programas. Esto incluye, de manera enunciativa, impulsar en las escuelas programas de salud mental escolar, campañas de prevención de adicciones, programas de empleo protegido para personas con discapacidad psicosocial, capacitación a cuerpos policiacos en manejo de personas en crisis, y cualquier otra acción transversal que incida en los determinantes sociales de la salud mental.
- X. Celebrar convenios de colaboración con las entidades federativas, municipios e incluso con instituciones académicas, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales, para la ejecución de



programas conjuntos, transferir recursos financieros, asesoría técnica o capacitación en proyectos específicos de salud mental, en el marco de lo que dispone esta Ley.

- XI. Ejercer la rectoría y vigilancia del cumplimiento de esta Ley a nivel nacional, a través de acciones de supervisión, evaluación y control sanitario. La Secretaría de Salud tendrá facultades para inspeccionar establecimientos de salud mental, públicos y privados, verificar que operen conforme a la normativa vigente y aplicar las sanciones administrativas correspondientes en caso de violaciones. Para ello, podrá auxiliarse de las autoridades sanitarias estatales, sin perjuicio de las atribuciones propias de éstas.
- XII. Promover la participación social y la protección de derechos: fomentar la creación y fortalecimiento de consejos, comités u órganos consultivos a nivel nacional en los que participen personas usuarias, familiares, expertos y organizaciones afines, para integrar sus opiniones en las políticas públicas (según lo previsto en el Título Séptimo de esta Ley). Asimismo, en coordinación con la CNDH y otras instancias, velará por el respeto a los derechos humanos en los entornos de atención psiquiátrica, apoyando la labor del Órgano de Revisión Nacional en Materia de Salud Mental.
- XIII. Las demás que esta Ley, la Ley General de Salud u otras disposiciones legales federales le atribuyan en materia de salud mental y adicciones. Para el ejercicio de estas atribuciones, la Secretaría de Salud contará con la estructura administrativa que determine su reglamento interior, pudiendo designar una instancia o comisión específica encargada de la salud mental y las adicciones. Las autoridades federales deberán colaborar entre sí para la consecución de los objetivos de esta Ley.

Capítulo II

De las Entidades Federativas

Artículo 25. Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, por conducto de sus respectivas autoridades de salud, el desarrollo y ejecución de acciones en salud mental en el ámbito de su jurisdicción, conforme a las siguientes atribuciones:



- I. Formular, actualizar y ejecutar el Programa Estatal de Salud Mental, en congruencia con la Política y el Plan Nacional de Salud Mental, adaptándolo a las necesidades epidemiológicas y sociales locales. Dicho programa establecerá metas e indicadores estatales, y contemplará la asignación de recursos humanos, materiales y financieros suficientes para su cumplimiento.
- II. Organizar y prestar directamente, o a través de los organismos públicos descentralizados de salud en la entidad, los servicios de salud mental en el estado, asegurando su integración a la red estatal de servicios de salud. Esto incluye la administración de hospitales psiquiátricos estatales (en caso de existir), unidades de especialidad, centros comunitarios de salud mental, clínicas de adicciones estatales, y la supervisión de los servicios de salud mental en hospitales generales y centros de salud de su ámbito.
- III. Regular y vigilar el funcionamiento de los establecimientos de salud mental públicos y privados ubicados en su territorio. Las autoridades estatales emitirán, en el ámbito de sus competencias, las autorizaciones, licencias o registros sanitarios para la apertura y operación de clínicas, hospitales o consultorios dedicados a la atención de trastornos mentales y adicciones, verificando que cumplan con las disposiciones de esta Ley, las normas oficiales mexicanas y la normativa local aplicable. Igualmente, llevarán a cabo visitas de inspección periódicas para constatar la calidad de la atención y el trato digno a los usuarios, en coordinación con la federación cuando proceda.
- IV. Desarrollar programas locales de promoción y prevención en salud mental, incorporando la participación de municipios, escuelas, centros de trabajo y organizaciones comunitarias. Se prestará especial atención a la detección temprana de problemas mentales en la niñez y adolescencia, a la prevención del suicidio, la violencia y las adicciones, conforme a los lineamientos federales y las características regionales.
- V. Capacitar y actualizar al personal de salud de primer nivel (médicos generales, enfermeras, psicólogos en centros de salud) en la identificación y manejo inicial de trastornos mentales. Las autoridades estatales, con apoyo de la federación, implementarán programas de educación continua y supervisión para mejorar las competencias de su personal en salud mental y para difundir las guías de práctica clínica



vigentes. Asimismo, promoverán la capacitación de otros actores locales relevantes (maestros, policías, personal penitenciario, cuidadores) en conocimientos básicos de salud mental y manejo de crisis.

- VI. Coordinarse con otras instancias estatales: Las Secretarías de Salud estatales establecerán mecanismos de coordinación con dependencias locales de educación, seguridad pública, procuración de justicia, trabajo, desarrollo social y otras, para integrar la salud mental en las políticas estatales. Por ejemplo, acordarán con la autoridad educativa estatal la implementación de programas de salud mental escolar; con desarrollo social, proyectos para apoyar vivienda y empleo a personas con trastornos de salud mental en situación de abandono; con la fiscalía o poder judicial, protocolos para la atención de inimputables o imputados con enfermedad mental, etc.
- VII. Fomentar la participación municipal y comunitaria: Brindarán asistencia técnica y apoyo a los ayuntamientos que deseen implementar acciones de salud mental a nivel local (como centros de escucha, redes vecinales de apoyo, actividades recreativas). Asimismo, impulsarán la creación de comités estatales o locales de salud mental con participación ciudadana, y colaborarán con organizaciones civiles locales en proyectos específicos, dentro del marco normativo.
- VIII. Establecer y operar unidades de atención especializadas: En su caso, cada estado deberá contar con al menos un hospital o unidad hospitalaria con servicios psiquiátricos para la atención de urgencias y corta estancia en salud mental, integrado a la red hospitalaria general. Asimismo, de acuerdo a sus recursos, podrá instalar centros residenciales de rehabilitación, casas de medio camino u otras modalidades para apoyar la transición de personas con trastornos mentales a la vida comunitaria. Todo nuevo servicio que se cree deberá observar los estándares de derechos humanos previstos en esta Ley.
- IX. Llevar registro y control de internamientos involuntarios: Las autoridades sanitarias estatales supervisarán que los establecimientos en su territorio cumplan con los procedimientos del Título Cuarto respecto a internamientos involuntarios, y consolidarán estadísticas estatales sobre los mismos (número de casos, motivos, duración, etc.) que remitirán periódicamente a la federación y al Órgano de Revisión. De igual forma, atenderán y darán seguimiento a recomendaciones u



observaciones emitidas por dicho Órgano en relación con instituciones locales.

- X. Denunciar y sancionar violaciones: Cuando en el territorio estatal se detecten violaciones graves a los derechos de las personas usuarias en algún establecimiento de salud mental (por ejemplo, tratos crueles, internamientos irregulares, negligencia sistemática), la autoridad de salud estatal deberá denunciar los hechos ante las instancias competentes (Ministerio Público, Comisión de Derechos Humanos) y coadyuvar en la investigación. Adicionalmente, estará facultada para imponer sanciones administrativas conforme a la ley sanitaria estatal, incluyendo multas, clausura temporal o definitiva del establecimiento infractor, previa substanciación del procedimiento legal correspondiente.
- XI. Las demás atribuciones que les confieran esta Ley, la Ley General de Salud y las leyes locales en la materia.

Para el debido ejercicio de estas funciones, los estados podrán expedir leyes o reglamentos de salud mental, siempre acordes con los lineamientos de la presente Ley General. Las autoridades estatales informarán periódicamente a la Secretaría de Salud federal sobre los avances y retos en la materia, como parte del proceso de evaluación nacional.

Capítulo III

De los Municipios

Artículo 26. En el ámbito de sus respectivas competencias y capacidades, los municipios tendrán las siguientes responsabilidades de colaboración en materia de salud mental:

- I. Participar en la planeación y ejecución de estrategias locales de promoción de la salud mental, en concordancia con las políticas federal y estatal. Los ayuntamientos podrán, en coordinación con las autoridades sanitarias estatales, establecer programas municipales de salud mental, integrados en los planes municipales de desarrollo, abordando problemáticas específicas de la comunidad (por ejemplo,



- prevención del suicidio en jóvenes, atención a la violencia intrafamiliar, mitigación de adicciones, etc.).
- II. Operar o apoyar dispositivos comunitarios de salud mental: tales como centros de escucha y consejería psicológica básica, grupos de apoyo mutuo, talleres ocupacionales, centros comunitarios de rehabilitación psicosocial, o proyectos de vivienda supervisada. La implementación podrá ser directa a través de sistemas municipales (por ejemplo, DIF municipal) o mediante convenios con organizaciones de la sociedad civil especializadas.
 - III. Promover entornos saludables y apoyo psicosocial: Los gobiernos municipales, a través de sus áreas de deporte, cultura, educación y seguridad pública, emprenderán acciones que contribuyan al bienestar mental de la población, como la habilitación de espacios públicos seguros y recreativos, programas de deporte comunitario, talleres artísticos, campañas contra la discriminación y el estigma hacia personas con enfermedad mental, y capacitación a policías municipales y personal de primeros auxilios en el manejo adecuado de personas en crisis psicoemocional.
 - IV. Detección y canalización temprana: Los servicios municipales que tengan contacto con población vulnerable (por ejemplo, oficiales conciliadores, jueces cívicos, policías, personal del DIF, centros de desarrollo comunitario) recibirán capacitación básica para identificar posibles casos de trastornos mentales o crisis y canalizarlos oportunamente a los servicios de salud correspondientes. El municipio establecerá canales expeditos de comunicación con los centros de salud u hospitales locales para referir casos urgentes.
 - V. Participación en los comités interinstitucionales: Los representantes municipales formarán parte, según corresponda, de los consejos o comités de salud mental a nivel estatal o regional, aportando la perspectiva comunitaria en la toma de decisiones y facilitando la coordinación intergubernamental vertical (Federación - Estado - Municipio).
 - VI. Registro civil y social de personas vulnerables: En conjunto con autoridades estatales, el municipio puede contribuir a llevar un registro o censo local de personas con trastornos mentales graves en situación



de abandono o calle, a fin de coordinar acciones asistenciales en su beneficio, respetando la dignidad y derechos de dichas personas.

- VII. Aportación de recursos propios: De acuerdo a sus disponibilidades presupuestales, los municipios podrán destinar partidas específicas para salud mental dentro de su presupuesto de egresos, ya sea para financiar programas locales o para coadyuvar con el estado en el mantenimiento de unidades de salud mental ubicadas en su municipio. Estas inversiones serán consideradas gasto en salud para efectos de la Ley General de Salud y legislación hacendaria.
- VIII. Vigilancia comunitaria y contraloría social: Los municipios, a través de sus instancias de participación ciudadana (comités de salud, contralorías sociales, etc.), apoyarán la vigilancia de la adecuada prestación de los servicios de salud mental en su localidad. Podrán recibir y canalizar hacia la autoridad competente las quejas o peticiones de la ciudadanía relativas a dichos servicios, e informar de posibles situaciones irregulares.

Las obligaciones municipales señaladas en esta Ley se entenderán en un marco de cooperación con la Federación y los estados, y su cumplimiento dependerá de la capacidad operativa de cada ayuntamiento. La Secretaría de Salud federal y las estatales prestarán asistencia técnica a los municipios que lo soliciten para desarrollar sus acciones de salud mental.

Capítulo IV

Del Financiamiento y la Coordinación Intersectorial

Artículo 27. Los gobiernos Federal, estatales y municipales, en el ámbito de sus respectivas competencias, deberán asignar recursos financieros suficientes y crecientes para la operación eficaz de los servicios y programas de salud mental.

Los fondos asignados se aplicarán prioritariamente al fortalecimiento de la atención comunitaria, la capacitación de recursos humanos, la provisión de medicamentos esenciales y la mejora de la infraestructura de servicios.



La Secretaría de Salud y sus homólogas estatales deberán transparentar el uso de los recursos destinados a salud mental, rindiendo cuentas de las metas alcanzadas, e impulsar mecanismos para la obtención de financiamiento complementario (por ejemplo, a través de apoyos de fundaciones, cooperación internacional, etc.) que potencien los programas públicos, sin detrimento del financiamiento gubernamental base. La falta de recursos financieros no justificará el incumplimiento de las obligaciones esenciales en materia de derechos establecidos en la presente Ley; las autoridades correspondientes gestionarán ante las instancias hacendarias los ajustes necesarios para garantizar la atención mínima indispensable.

Artículo 28. La política de salud mental deberá implementarse de manera intersectorial. La Secretaría de Salud coordinará acciones conjuntas con otras dependencias y entidades de los distintos órdenes de gobierno, incluyendo pero no limitado a:

1. Educación: para incorporar contenidos de salud mental en planes educativos, capacitar al personal docente en detección y canalización de alumnos con necesidades de apoyo psicoemocional, establecer programas de escuelas promotoras de la salud mental y protocolos contra la violencia escolar y el acoso.
2. Trabajo y economía: para promover la inserción laboral de personas con discapacidad psicosocial mediante bolsas de trabajo, incentivos a empresas incluyentes, desarrollo de cooperativas sociales o talleres protegidos; así como para vigilar el cumplimiento de entornos laborales psicológicamente saludables (prevención de estrés laboral, acoso, etc.).
3. Desarrollo social: a fin de integrar a personas con trastornos mentales en programas de asistencia social, vivienda y combate a la pobreza, asegurando que gocen efectivamente de beneficios como pensiones no contributivas por discapacidad, apoyos de vivienda asistida, alimentación, entre otros, cuando su situación lo amerite.
4. Seguridad pública y justicia: para capacitar a policías en el manejo adecuado de personas con crisis mentales durante intervenciones en la vía pública; establecer canales para que jueces, ministerios públicos y centros penitenciarios deriven a evaluaciones psiquiátricas a individuos que lo requieran; proveer atención en salud mental a personas privadas



de la libertad; y crear protocolos para casos de trastornos mentales vinculados a conductas delictivas o autolesivas.

5. Derechos humanos: en coordinación con las Comisiones de Derechos Humanos, para difundir entre la población los derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental, impulsar su protección efectiva y atender conjuntamente las recomendaciones en la materia.
6. Instituciones indígenas y culturales: con el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas u órganos equivalentes, para incorporar visiones tradicionales sobre salud mental de los diversos grupos étnicos, capacitar a prestadores en pertinencia cultural y explorar la colaboración con curadores o guías tradicionales en actividades complementarias, siempre dentro del respeto a los derechos humanos.

Esta coordinación intersectorial se formalizará mediante convenios, comisiones intersecretariales o grupos de trabajo específicos, según corresponda, y se evaluará su desempeño en el marco del consejo o instancia que al efecto se establezca en el siguiente Título.

TÍTULO SEXTO

DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

Artículo 29. Las personas con discapacidad psicosocial (entendida conforme a lo definido en el artículo 2 de esta Ley) son titulares de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con las demás.

En ningún caso su condición psicosocial podrá ser motivo para negarles el ejercicio de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales o culturales.

Las autoridades adoptarán medidas para eliminar estereotipos, prejuicios y prácticas nocivas hacia este colectivo, tanto en el ámbito público como en el privado. Se prohíbe cualquier forma de discriminación por motivos de discapacidad psicosocial, incluyendo la negación de oportunidades de empleo, educación, atención médica integral (más allá de la salud mental), acceso a la justicia, participación política o vida familiar.



Las personas con discapacidad psicosocial tienen derecho, como cualquier otra persona con discapacidad, a solicitar ajustes razonables y apoyos específicos que les permitan ejercer sus derechos y desempeñar roles en la sociedad.

El Estado, a través del Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS) y otras instancias competentes, incluirá en sus políticas de inclusión a las personas con trastornos mentales o discapacidad psicosocial, garantizando que los programas para personas con discapacidad les den cobertura y atención sin sesgo alguno.

Artículo 30. Reconocimiento de la capacidad jurídica y apoyos para la toma de decisiones. Toda persona con discapacidad psicosocial tiene capacidad jurídica en igual medida que las demás en todos los aspectos de la vida.

Ninguna persona será privada totalmente de su capacidad legal o sujeta a interdicción con fundamento exclusivo en la existencia de un diagnóstico psiquiátrico o discapacidad psicosocial. En aquellos casos excepcionales en que, conforme a las leyes civiles aplicables, se limite parcial o temporalmente la capacidad de una persona por razones de salud mental, se deberá:

- I. Agotar previamente las medidas de apoyo menos restrictivas que permitan a la persona tomar decisiones por sí misma, tales como la asistencia de un tutor asistencial, curador o persona de apoyo designada voluntariamente, la utilización de documentos de voluntad anticipada o directivas anticipadas en salud mental, y otras figuras de toma de decisiones asistida;
- II. Asegurar que cualquier resolución judicial que restrinja la capacidad esté basada en evaluaciones individualizadas, sujetas a control periódico, procurando siempre el mayor respeto posible por la voluntad y preferencias de la persona;
- III. Restringir la representación legal a los actos estrictamente necesarios, manteniendo la autonomía de la persona en aquellos ámbitos donde pueda expresarse por sí o con apoyo.

En el ámbito de la atención en salud mental, los profesionales e instituciones están obligados a implementar el modelo de decisiones apoyadas: esto implica



permitir que la persona con discapacidad psicosocial elija a sus redes de apoyo de confianza, facilitar espacios y tiempos adecuados para que pueda comprender la información y comunicar sus decisiones, y respetar sus voluntades incluso si difieren del criterio clínico, siempre que no exista un riesgo grave e inminente para la vida o integridad de la propia persona o de terceros (en cuyo caso se aplicarán solo las medidas temporales de protección previstas en el Título Cuarto).

Si una persona cuenta con un tutor legal designado, el equipo de salud tomará en cuenta sus opiniones, pero deberá involucrar también directamente a la persona en cuestión en todas las decisiones, honrando su dignidad y derecho a participar.

Artículo 31. Ajustes razonables y accesibilidad en los servicios de salud mental. Las instituciones de salud mental y en general todos los prestadores de atención de salud (públicos o privados) deben garantizar la accesibilidad de sus instalaciones, comunicaciones y modalidades de servicio para las personas con discapacidad psicosocial, así como realizar los ajustes razonables que cada persona requiera. Esto incluye, de modo enunciativo:

1. Proporcionar la información sobre diagnósticos, tratamientos y derechos en formatos comprensibles (lenguaje sencillo, visual, apoyo de infografías) y verificar la comprensión por parte del usuario.
2. Permitir la presencia de intérpretes, facilitadores o personas de apoyo comunicativo cuando la persona así lo necesite para expresarse (por ejemplo, intérprete de Lengua de Señas Mexicana si además tiene discapacidad auditiva, o un mediador en caso de barrera idiomática/cultural).
3. Adecuar el entorno físico de los servicios para hacerlo más acogedor y menos intimidante, eliminando en lo posible barreras arquitectónicas para quienes tengan, además, discapacidad motriz.
4. Establecer horarios de consulta flexibles o métodos alternativos (telemedicina, visitas domiciliarias) para usuarios que por su condición ansiosa o fóbica tengan dificultad en acudir a instalaciones convencionales.



5. Permitir que la persona acuda acompañada de un animal de apoyo emocional o perro de servicio si cuenta con uno, dentro de los lineamientos sanitarios.
6. En general, adaptar las normas y dinámicas institucionales para acomodar las necesidades particulares de cada usuario en situación de discapacidad, siempre que ello no imponga una carga desproporcionada a la institución o comprometa la seguridad (concepto de ajuste razonable).

La negación injustificada de ajustes razonables en los servicios de salud mental constituye una forma de discriminación. Las autoridades vigilarán que se implemente lo dispuesto en este artículo y proporcionarán asistencia técnica a las instituciones para facilitar la accesibilidad y la inclusión.

Artículo 32. El Gobierno Federal y los gobiernos locales, en sus respectivos ámbitos, establecerán e impulsarán programas integrales para la inclusión social de las personas con discapacidad psicosocial, con plena participación de éstas. Tales programas contemplarán:

- I. Vivienda y vida independiente: Esquemas de apoyo para que las personas que hayan pasado largos periodos institucionalizadas o que carezcan de red de apoyo familiar puedan vivir de forma independiente o semi independiente en la comunidad. Esto puede incluir viviendas supervisadas, programas de acogida con familias sustitutas, subsidios o apoyos económicos para alquiler de vivienda, servicios de asistentes personales o cuidadores domiciliarios que brinden ayuda en actividades cotidianas, todo ello orientado a evitar el reingreso innecesario a instituciones psiquiátricas por falta de opciones habitacionales.
- II. Educación incluyente: Coordinación con el sistema educativo para asegurar que niños, niñas y jóvenes con discapacidad psicosocial accedan a la educación regular con los apoyos requeridos (por ejemplo, maestros sombra, adaptaciones curriculares, servicios de orientación psicológica en escuelas). En los niveles medio superior y superior, promover medidas contra la discriminación y apoyo académico para estudiantes con trastornos mentales. Adicionalmente, desarrollo de opciones de educación especial o capacitación para la vida y el trabajo



enfocadas a quienes, por la severidad de su condición, enfrenten dificultades en la educación convencional.

- III. Trabajo y empleo protegido: Programas que incentiven la contratación de personas con antecedentes de trastornos de salud mental en empresas públicas o privadas, incluyendo incentivos fiscales a empleadores que rebasen las cuotas de inclusión, bolsas de empleo específicas, ferias de trabajo con enfoque de discapacidad psicosocial, talleres productivos administrados por instituciones públicas (por ejemplo, en hospitales de día) donde los usuarios adquieran experiencia laboral remunerada, y promoción del autoempleo mediante microcréditos y asistencia técnica. Asimismo, velar porque los centros de trabajo brinden ambientes que cuiden la salud mental de todos sus trabajadores, previniendo estrés excesivo y proporcionando apoyo en caso de episodios de crisis de algún empleado.
- IV. Participación en la vida cultural y comunitaria: Acciones para facilitar que las personas con discapacidad psicosocial participen en actividades artísticas, deportivas, religiosas, recreativas y comunitarias en general. Esto puede incluir entrada gratuita o con descuento a eventos culturales, deportes adaptados, talleres de arte terapia comunitaria abiertos al público, campañas para promover la convivencia y comprensión mutua entre la comunidad y las personas con trastornos mentales, entre otras.
- V. Apoyos económicos y seguridad social: Gestionar que las personas con trastornos mentales severos tengan acceso efectivo a los programas de protección social existentes (tales como pensiones por invalidez o discapacidad, seguro de desempleo si existe, afiliación al régimen no contributivo de salud). En los casos en que la persona no cuente con trabajo formal, los sistemas de salud y asistencia social deberán coordinarse para proveer medicamentos, atención y soportes sin costo o con costos simbólicos, evitando que la carga económica del tratamiento recaiga en la persona o su familia de forma insostenible.

Las personas con discapacidad psicosocial, a través de sus organizaciones representativas, serán consultadas regularmente sobre el diseño, implementación y evaluación de estos programas de inclusión, a fin de garantizar que respondan a sus necesidades reales y promuevan su autonomía. Las buenas prácticas internacionales en materia de vida



independiente y apoyo en la comunidad servirán de orientación para la innovación de políticas públicas en México.

TÍTULO SÉPTIMO

DE LA SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Artículo 33. La Secretaría de Salud, con la participación de las autoridades de salud estatales, establecerá un Sistema Nacional de Información y Monitoreo en Salud Mental destinado a recopilar, procesar y difundir datos sobre la situación de la salud mental en el país y el desempeño de los servicios conforme a esta Ley. En dicho sistema se integrarán:

- I. Indicadores epidemiológicos (prevalencia e incidencia de trastornos mentales, tasa de suicidios, morbilidad atendida, etc.);
- II. Indicadores de oferta de servicios (número y tipo de unidades de salud mental, camas disponibles, personal especializado por habitante, etc.);
- III. Indicadores de acceso y calidad (cobertura poblacional de servicios, tiempos de espera, tasa de uso de internamientos involuntarios, eventos adversos reportados, satisfacción de usuarios, etc.);
- IV. Indicadores de resultados (tasas de rehospitalización, integración social post-tratamiento, reducción de brecha de atención, entre otros).

Este sistema deberá alimentarse de reportes periódicos de las entidades federativas y de los propios establecimientos de salud mental, los cuales estarán obligados a proporcionar la información necesaria, salvaguardando la confidencialidad de datos personales.

La plataforma resultante será pública y de acceso libre, presentando la información de forma agregada y estratégica para orientar la toma de decisiones. Asimismo, la Secretaría de Salud coordinará evaluaciones periódicas, al menos cada dos años, sobre la efectividad de las políticas y programas de salud mental, contando para ello con la participación de instituciones académicas o expertos independientes. Los resultados de dichas evaluaciones y las recomendaciones derivadas serán publicados y comunicados tanto al Poder Legislativo como al Ejecutivo, sirviendo de base



para reorientar acciones, asignar recursos y mejorar el marco normativo si fuese necesario.

Artículo 34. Con el objeto de fortalecer la coordinación interinstitucional e impulsar la participación social en la materia, se instituye el Consejo Nacional de Salud Mental, como órgano de consulta, concertación y asesoría de las políticas públicas en salud mental.

El Consejo Nacional estará presidido por la persona titular de la Secretaría de Salud o su representante de alto nivel, e integrado por: representantes de otras dependencias federales clave (educación, trabajo, desarrollo social, seguridad pública, etc.), representantes de las entidades federativas (designados entre los titulares de los servicios estatales de salud), y representantes de la sociedad civil, asegurando la presencia de al menos: una persona representante de organizaciones de usuarios o ex-usuarios de servicios de salud mental, una persona de organizaciones de familiares, un representante de organizaciones de personas con discapacidad psicosocial, un representante de academias o colegios profesionales de psiquiatría/psicología, y un representante de organismos de derechos humanos.

El Consejo tendrá las siguientes funciones:

- I. Opinar sobre el Plan o Programa Nacional de Salud Mental y sus actualizaciones, así como sobre proyectos de normativa relevante en la materia.
- II. Servir como espacio de diálogo entre los sectores gubernamental, académico y social para identificar necesidades, brechas y propuestas de mejora en la atención de la salud mental.
- III. Promover la articulación de esfuerzos entre las instancias representadas, evitando duplicidades y fomentando sinergias en acciones preventivas, asistenciales y de rehabilitación psicosocial.
- IV. Revisar periódicamente los avances en el cumplimiento de esta Ley y de los programas nacionales, recomendando ajustes o medidas adicionales para su plena implementación.
- V. Impulsar campañas nacionales de sensibilización y anti-estigma, con apoyo de las instituciones y organizaciones miembros, y coadyuvar en la



organización de eventos de capacitación, congresos o foros sobre salud mental y derechos humanos.

El Consejo Nacional sesionará de manera ordinaria al menos dos veces por año y podrá convocar a sesiones extraordinarias cuando lo solicite su presidencia o una mayoría de sus integrantes.

Las opiniones o recomendaciones del Consejo no serán vinculantes, pero deberán ser consideradas seriamente por las autoridades competentes y, en su caso, justificadas públicamente si no son atendidas.

El reglamento interno, expedido por la Secretaría de Salud, detallará la estructura, modalidad de designación de integrantes, reglas de funcionamiento y comisiones de trabajo del Consejo, procurando siempre la participación efectiva y equilibrada de todos los sectores representados.

Artículo 35. Con la finalidad de proteger los derechos humanos de las personas usuarias de servicios de salud mental, en especial de aquellas sometidas a internamientos u otras intervenciones involuntarias, se crea el Órgano de Revisión Nacional en Materia de Salud Mental (en lo sucesivo, Órgano de Revisión).

El Órgano de Revisión actuará de forma independiente y multidisciplinaria, con las atribuciones de supervisión que esta Ley le confiere. Estará integrado por: un representante de la Secretaría de Salud federal; un representante de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; un representante de la CONADIS; dos profesionales expertos en salud mental (por ejemplo, un psiquiatra y un psicólogo) ajenos a la función pública; dos representantes de la sociedad civil (uno de organizaciones de usuarios y otro de organizaciones de familiares, preferentemente); y, cuando así se requiera para casos específicos, se podrá invitar a un jurista con experiencia en la materia.

Los integrantes desempeñarán su función con imparcialidad y confidencialidad, y durarán en su encargo el periodo que establezca el reglamento que al efecto se emita, pudiendo ser ratificados.

El Órgano de Revisión tendrá las siguientes funciones principales:



- I. Requerir información a las instituciones de salud mental, públicas y privadas, relativa a las condiciones de internación y tratamiento de los usuarios, especialmente de aquellos bajo internamiento involuntario o estancia de larga duración, a efecto de evaluar el respeto de sus derechos. Las instituciones estarán obligadas a proporcionar, en un plazo razonable, los datos, expedientes o informes solicitados, en los términos que autorice la persona usuaria o su representante legal, o en su defecto anonimizados para proteger su identidad.
- II. Realizar visitas de supervisión a hospitales psiquiátricos, unidades de internamiento y demás instalaciones de salud mental, sin previo aviso, con la frecuencia que se considere necesaria. En dichas visitas, los miembros o comisionados del Órgano podrán entrevistar privadamente a pacientes (voluntarios e involuntarios), verificar las condiciones físicas del lugar, constatar los procedimientos aplicados y revisar documentación pertinente, siempre respetando la intimidad de las personas usuarias. Si derivado de la visita se detectan posibles violaciones a derechos o deficiencias importantes, el Órgano emitirá recomendaciones a la institución y lo comunicará a las autoridades competentes para su seguimiento.
- III. Supervisar los internamientos involuntarios: Recibirá notificación de todos los casos de internación involuntaria (conforme al Artículo 19) y podrá, si lo estima necesario, designar un equipo técnico independiente para evaluar la situación de la persona internada y emitir una opinión al juez competente sobre la procedencia o no de mantener la medida. Asimismo, llevará un registro central de todos los internamientos involuntarios en el país, alimentado por los reportes de las autoridades de salud estatales, y analizará periódicamente las tendencias y cumplimiento de garantías en estos casos.
- IV. Investigar quejas o denuncias: Atenderá quejas presentadas directamente por usuarios, familiares, personal de salud o cualquier interesado sobre presuntas vulneraciones de derechos en los servicios de salud mental (por ejemplo, abusos, negligencia grave, retención injustificada, tratos crueles). Para ello, podrá allegarse pruebas, visitar nuevamente la instalación implicada o convocar a comparecer a autoridades o personal relacionado. Con base en sus indagaciones, emitirá recomendaciones específicas a las autoridades sanitarias o, de



encontrar indicios de delitos, dará vista al Ministerio Público o autoridad competente. Sus recomendaciones deberán ser respondidas por escrito en un plazo determinado por la autoridad aludida, indicando las acciones tomadas para solventar la situación.

- V. Formular propuestas normativas y de política pública: A partir de la evidencia recabada en su labor de supervisión, el Órgano de Revisión podrá sugerir a la Secretaría de Salud y al Consejo Nacional de Salud Mental modificaciones legislativas, reglamentarias o administrativas que fortalezcan la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales, la eliminación gradual de prácticas nocivas y la promoción de modelos de atención humanitaria.

f) Informe anual: Elaborará un informe anual de actividades y hallazgos, que deberá ser público y presentarse tanto a la Secretaría de Salud como a la Comisión de Salud de las cámaras del Congreso de la Unión. Este informe incluirá estadísticas de internamientos involuntarios, principales violaciones detectadas, estado de cumplimiento de recomendaciones y avances o retrocesos en el país en materia de respeto a los derechos humanos en salud mental.

El Órgano de Revisión contará con el apoyo técnico y logístico de la Secretaría de Salud, pero gozará de autonomía técnica en sus decisiones. Su integración y funcionamiento detallado serán establecidos en un reglamento específico o en las disposiciones reglamentarias de la presente Ley.

Las autoridades y servidores públicos tienen la obligación de colaborar con el Órgano en el ejercicio de sus funciones. El incumplimiento de las recomendaciones del Órgano deberá ser fundado y motivado y podría conllevar responsabilidad para la autoridad omisa, en términos de las leyes aplicables.

Artículo 36. Los gobiernos de las entidades federativas, en apego a esta Ley, deberán crear o designar Órganos de Revisión Estatales en Materia de Salud Mental con funciones análogas al órgano nacional, encargados de la supervisión en sus respectivas jurisdicciones. Alternativamente, podrán ampliar las facultades de instancias existentes (como comités estatales de bioética, comisiones de salud mental o visitadurías de derechos humanos



especializadas) para que efectúen estas labores de vigilancia de derechos en hospitales y servicios locales.

Dichos mecanismos estatales operarán en coordinación con el Órgano de Revisión Nacional, al cual informarán de sus actividades y hallazgos, y del que recibirán lineamientos metodológicos. Las personas usuarias y sus familiares podrán acudir tanto a los Órganos de Revisión Estatales como al Nacional para plantear sus casos. En cada institución pública de salud mental de nivel estatal se deberá conformar además un Comité de Ética y Derechos Humanos, integrado por personal interno y al menos un miembro externo (por ejemplo, de la sociedad civil o academia), que se reúna periódicamente para revisar los casos de internamientos prolongados, analizar incidentes críticos (fugas, suicidios, violencia) y proponer mejoras.

La implementación de estos comités estará sujeta a lineamientos emitidos por la Secretaría de Salud en conjunto con la CNDH.

Artículo 37. Participación social y contraloría en salud mental. Se garantizará la participación activa de la sociedad en la promoción, vigilancia y evaluación de las políticas públicas de salud mental. Para tal efecto:

- I. Las autoridades de salud, en todos los niveles, fomentarán la creación y consolidación de organizaciones de usuarios de servicios de salud mental y de personas con discapacidad psicosocial, brindando facilidades para su registro, operación y financiamiento, en los términos de la legislación aplicable. Sus aportes serán reconocidos como insumo valioso en la mejora de los servicios, y se les invitará a integrarse en los órganos consultivos y de revisión mencionados previamente.
- II. Se promoverá la figura de gestores comunitarios en salud mental o acompañantes pares: personas que, habiendo pasado por procesos de recuperación, apoyan voluntariamente a otros usuarios a transitar el sistema de salud, conocer sus derechos y adherirse a sus tratamientos. Las instituciones podrán celebrar convenios con asociaciones civiles para formalizar estos programas de acompañamiento, asegurando la debida capacitación de los pares.
- III. En los lineamientos de contraloría social en salud se incluirá específicamente a los servicios de salud mental, de tal forma que los



usuarios y sus familiares puedan constituir comités de contraloría social para vigilar la correcta utilización de recursos en los programas de salud mental, la calidad de la atención en las unidades y el cumplimiento de la normatividad. Las autoridades de salud proveerán capacitación a los integrantes de estos comités para el ejercicio de su función y establecerán medios de atención de sus reportes.

- IV. Periódicamente (al menos una vez cada tres años), la Secretaría de Salud realizará consultas públicas o foros nacionales de salud mental, abiertos a la ciudadanía, para recabar opiniones, propuestas y testimonios que retroalimenten el diseño de políticas y la evaluación de la presente Ley. Asimismo, se incentivará la investigación participativa, incluyendo encuestas de satisfacción a usuarios y evaluaciones cualitativas con enfoque de derechos.

La participación social deberá ser inclusiva y plural, incorporando las voces de mujeres, jóvenes, personas indígenas, población LGBTIQ+ y otros grupos para asegurar que la política de salud mental refleje la diversidad de experiencias y necesidades. Ninguna persona será coaccionada ni obligada a participar si no lo desea, y quienes participen no deberán sufrir represalias por sus expresiones.

Las autoridades difundirán ampliamente las oportunidades de participación existentes, de manera accesible, para lograr la mayor representatividad posible.

Artículo 38. Toda persona, usuaria o no de servicios de salud mental, tiene derecho a dirigir peticiones, quejas o sugerencias a las autoridades sanitarias sobre cualquier asunto relacionado con la salud mental individual o colectiva. En particular, las personas usuarias, sus familiares o representantes pueden presentar quejas por presuntas violaciones a los derechos que esta Ley consagra, ya sea ante las propias instituciones de salud, ante los Órganos de Revisión, las comisiones de derechos humanos o las instancias jurisdiccionales correspondientes.

Las autoridades de salud mental (Secretaría de Salud, servicios estatales, direcciones de hospitales) están obligadas a establecer áreas de atención al usuario o defensorías especializadas que reciban estas quejas y les den



trámite ágil, impartiendo las medidas correctivas o sanciones si resultan procedentes. Si la queja es de competencia de otra autoridad (por ejemplo, una denuncia penal por maltrato), se deberá orientar y canalizar al promovente hacia la instancia adecuada.

La Secretaría de Salud implementará un sistema nacional de quejas en salud mental, con mecanismos como líneas telefónicas, buzones virtuales o aplicaciones móviles, para facilitar que los usuarios y ciudadanos en general informen en tiempo real sobre deficiencias o abusos en los servicios.

Ninguna persona que presente una queja deberá ser objeto de discriminación o trato desfavorable por ese motivo; por el contrario, se le mantendrá informada del curso de su queja y de la resolución final. El análisis periódico de las quejas recibidas será insumo para las evaluaciones de calidad y la detección de áreas de mejora en las instituciones.

Artículo 39. El Poder Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salud, remitirá anualmente un informe detallado al H. Congreso de la Unión sobre el estado que guarda la salud mental en el país y el cumplimiento de la presente Ley.

Dicho informe deberá incluir: grado de avance en las metas del Programa Nacional de Salud Mental, utilización y eficiencia del presupuesto asignado, principales resultados de la evaluación de servicios, estadísticas relevantes (incluyendo las de internamiento involuntario y uso de medidas especiales), descripción de acciones intersectoriales realizadas, dificultades encontradas y propuestas para superarlas. Este informe se presentará preferentemente junto con el informe anual de labores del Secretario de Salud, y será publicado en medios electrónicos accesibles para consulta de cualquier interesado.

Los congresos estatales podrán requerir informes a sus ejecutivos locales sobre la implementación de la Ley en sus territorios. La publicidad de estos informes propiciará la transparencia y rendición de cuentas, así como el debate informado sobre las políticas de salud mental.

TRANSITORIOS



PRIMERO. Las legislaturas de las entidades federativas, en ejercicio de su potestad para legislar en materia de salud, deberán revisar y, en su caso, expedir o reformar la legislación local en materia de salud mental, a fin de armonizarla con los preceptos de la presente Ley General. Dichas adecuaciones deberán garantizar, al menos, la distribución de competencias establecida, la protección de los derechos aquí consagrados y los procedimientos de internamiento involuntario y supervisión indicados. El proceso de armonización legislativa deberá concluir en un plazo no mayor de doce meses contado a partir de la entrada en vigor de esta Ley. Entre tanto, las disposiciones locales existentes que contradigan lo establecido por esta Ley quedarán sin efecto y serán inaplicables, prevaleciendo la normativa general en beneficio de las personas.

SEGUNDO. La Secretaría, en coordinación con las instancias correspondientes, llevará a cabo la instalación de los órganos y mecanismos previstos en esta Ley en los plazos siguientes:

- a) El Consejo Nacional de Salud Mental deberá integrarse e iniciar funciones dentro de los 90 días naturales posteriores a la entrada en vigor de esta Ley. Para tal efecto, la Secretaría emitirá la convocatoria respectiva a las dependencias y sectores involucrados, designará a sus representantes y celebrará la sesión de instalación constitutiva en dicho término.
- b) El Órgano de Revisión Nacional en Materia de Salud Mental deberá constituirse formalmente dentro de los 180 días naturales siguientes a la publicación de esta Ley. La Secretaría, con opinión de la Comisión, expedirá el instrumento normativo que regule su integración y funcionamiento, e invitará a las instituciones y organizaciones a nombrar a sus representantes. Una vez instalado, el Órgano de Revisión Nacional colaborará en la conformación de los correspondientes órganos o comités estatales.
- c) Los gobiernos estatales deberán, a su vez, establecer sus respectivos Órganos de Revisión Estatales o mecanismos equivalentes en un plazo no mayor a un año contado desde la entrada en vigor de esta Ley. La Secretaría brindará asistencia técnica para tal fin.



TERCERO. El Poder Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría, deberá expedir el Reglamento de la Ley General de Salud Mental dentro de los 180 días posteriores a la publicación de esta Ley. En dicho Reglamento se detallarán aspectos necesarios para la implementación, incluyendo procedimientos administrativos, lineamientos técnicos y coordinación interinstitucional, respetando el contenido y alcance de la Ley. Asimismo, la Secretaría contará con un plazo de doce meses a partir de la entrada en vigor para expedir o actualizar las Normas Oficiales Mexicanas que deriven de esta Ley o que sean necesarias para su adecuada aplicación. En particular, se elaborarán normas relativas a: organización de servicios de salud mental comunitaria; criterios para internamientos psiquiátricos e intervenciones involuntarias; uso de prácticas de restricción; y cualquier otra materia que así lo requiera. Durante el proceso de elaboración reglamentaria y normativa, se consultará a expertos, asociaciones profesionales, organismos de derechos humanos y representantes de usuarios, para asegurar la congruencia con los objetivos de la Ley.

CUARTO. La Secretaría deberá formular y publicar el primer Plan o Programa Nacional de Salud Mental derivado de esta Ley en un plazo no mayor de 180 días naturales contados a partir de su entrada en vigor. Dicho Plan incorporará las estrategias para la transición hacia el modelo comunitario, las metas concretas a corto, mediano y largo plazo, y los recursos necesarios para su ejecución. Hasta en tanto se emita este nuevo instrumento programático, permanecerán vigentes las acciones contempladas en los programas de salud mental anteriores, siempre que no se opongan a la presente Ley.

QUINTO. La Secretaría, en coordinación con las autoridades estatales, deberá presentar en un plazo no mayor a un año a partir de la entrada en vigor de esta Ley, un Plan Nacional de Reconversión de los Servicios de Salud Mental que incluya la progresiva transformación de los hospitales psiquiátricos monoespecializados hacia modelos de atención comunitaria e integrados en hospitales generales. Este plan establecerá metas e hitos para: reducir sustancialmente, en un plazo de cinco años, la capacidad instalada en grandes hospitales psiquiátricos de larga estancia; reubicar o egresar a las personas que llevan internamientos crónicos, proporcionándoles alternativas de vivienda y soporte comunitario; reorientar los recursos financieros y humanos hacia la creación de unidades comunitarias, equipos móviles y otros



dispositivos de proximidad; y garantizar que ninguna persona permanezca institucionalizada de por vida por falta de apoyos externos. Mientras se implementa dicha reconversión, las autoridades sanitarias adoptarán medidas inmediatas para mejorar las condiciones de vida y atención en los actuales hospitales psiquiátricos, evitando el hacinamiento, promoviendo actividades de rehabilitación y facilitando la reintegración paulatina de los internos a la sociedad. El avance de este plan será supervisado por el Consejo Nacional de Salud Mental y el Órgano de Revisión, emitiendo recomendaciones para su aceleración si fuese necesario.

SEXTO. La ejecución de la presente Ley comenzará con los recursos aprobados para las instancias correspondientes en el presupuesto vigente. Las nuevas obligaciones establecidas se implementarán de forma progresiva, en función de la disponibilidad presupuestal que se asigne en ejercicios subsecuentes. El Poder Ejecutivo Federal y los poderes ejecutivos locales gestionarán ante sus respectivos poderes legislativos el incremento de partidas destinadas a salud mental para dar cabal cumplimiento a la Ley. No obstante, la falta de recursos no eximirá a las autoridades de cumplir con los derechos fundamentales aquí establecidos; éstas deberán garantizar los servicios básicos e ir ampliando cobertura conforme aumente la asignación presupuestal. En la programación de gastos del siguiente ejercicio fiscal a la entrada en vigor, se preverá ya una ampliación para comenzar a sufragar las necesidades de infraestructura comunitaria, capacitación de personal y demás rubros prioritarios identificados en el Plan Nacional de Salud Mental.


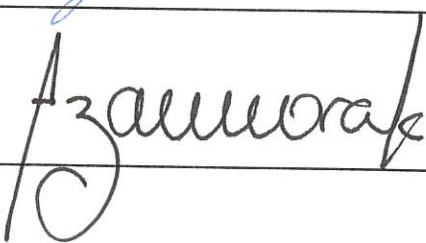
SÉPTIMO. A la entrada en vigor de la presente Ley, quedan derogadas todas aquellas disposiciones legales o reglamentarias de carácter federal que se opongan a lo establecido en la misma. En particular, se derogan los artículos 72, 73, 74, 75, 76 y 77 del Título Tercero, Capítulo VII "Salud Mental" de la Ley General de Salud, así como cualquier otra disposición de dicha ley que refiera aspectos regulados por la presente (salvo lo relativo a adicciones, que seguirá rigiéndose por la normativa especial correspondiente). Igualmente, se derogan las disposiciones de igual o menor jerarquía que contravengan lo dispuesto por esta Ley. Hasta en tanto se emitan las reformas legales locales a que alude el Artículo Primero Transitorio, las leyes estatales deberán interpretarse de forma consistente con esta Ley General, teniendo ésta prevalencia en caso de duda.



SÉPTIMO. A la entrada en vigor de la presente Ley, quedan derogadas todas aquellas disposiciones legales o reglamentarias de carácter federal que se opongan a lo establecido en la misma. En particular, se derogan los artículos 72, 73, 74, 75, 76 y 77 del Título Tercero, Capítulo VII "Salud Mental" de la Ley General de Salud, así como cualquier otra disposición de dicha ley que refiera aspectos regulados por la presente (salvo lo relativo a adicciones, que seguirá rigiéndose por la normativa especial correspondiente). Igualmente, se derogan las disposiciones de igual o menor jerarquía que contravengan lo dispuesto por esta Ley. Hasta en tanto se emitan las reformas legales locales a que alude el Artículo Primero Transitorio, las leyes estatales deberán interpretarse de forma consistente con esta Ley General, teniendo ésta prevalencia en caso de duda.

OCTAVA. La presente Ley General de Salud Mental entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. A partir de esa fecha, las autoridades competentes dispondrán lo necesario para el cumplimiento de sus disposiciones. Los Poderes Judiciales y órganos autónomos deberán adoptar, en el ámbito de sus atribuciones, las medidas conducentes para dar eficacia a los derechos reconocidos en esta Ley.

ATENTAMENTE

<p>Senadora Luisa Cortés García del Grupo Parlamentario de Morena</p>	
<p>Senadora Karla Guadalupe Toledo Zamora del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional</p>	

<p>Senadora María Guadalupe Murguía Gutiérrez del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional</p>	
<p>Senadora Maki Esther Ortiz Domínguez del Grupo Parlamentario del Partido Verde Ecologista de México</p>	
<p>Senadora Lizeth Sánchez García del Grupo Parlamentario del Partido del Trabajo</p>	
<p>Senadora Ana Karen Hernández Aceves del Grupo Parlamentario del Partido del Trabajo</p>	
<p>Senador Raúl Morón Orozco del Grupo Parlamentario de Morena</p>	
<p>Senador Juan Antonio Martín del Campo del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional</p>	
<p>Senador Ángel García Yáñez del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional</p>	
<p>Senador Francisco Daniel Barreda Pavón del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano</p>	
<p>Senador Homero Davis Castro del Grupo Parlamentario de Morena</p>	
<p>Senador Emmanuel Reyes Carmona del Grupo Parlamentario de Morena</p>	



<p>Senador Luis Donaldo Colosio Riojas del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano</p>	
---	--