



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE POSGRADO EN DERECHO
FACULTAD DE DERECHO

“EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN MÉXICO”.

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN DERECHO

PRESENTA:

LIC. JOSÉ ALFREDO CERVANTES TOLENTO.

TUTOR:

DR. MIGUEL ALEJANDRO LÓPEZ OLVERA.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS DE LA UNAM.

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, SEPTIEMBRE DEL 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

Introducción.....	8
CAPÍTULO I HISTORIA DE LA LOCURA Y SUS TRATAMIENTOS.....	13
1.1 Explicaciones religiosas de la locura. Dioses y demonios.....	13
1.2 Explicaciones médico-biológicas de la locura. Los antiguos conceptos médicos de Hipócrates.....	14
1.3 Los antiguos conceptos filosóficos sobre la locura.....	16
1.4 El Pensamiento griego y romano posterior.....	16
1.5 La concepción de la locura en la Edad Media.....	17
1.6 Concepciones humanitarias de la locura.....	18
1.7 La concepción moderna de la locura en Francia.....	23
1.8 La concepción moderna de la locura en Inglaterra.....	24
1.9 La concepción de la locura en los Estados Unidos de América.....	25
1.10 La concepción de la locura en México.....	34
a) La locura en la época prehispánica.....	34
b) La locura en la época colonial.....	35
c) La locura en la época del México independiente.....	37
d) El tratamiento a la salud mental en la actualidad.....	48
1.11 Conclusiones.....	60
CAPÍTULO II EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO.....	74
2.1 Conceptualización teórica del derecho a la salud.....	74
2.2 El derecho a la salud en los tratados internacionales de derechos humanos.....	78
2.3 El derecho a la protección de la salud en la legislación nacional....	84
CAPÍTULO III EL DERECHO A LA SALUD EN LA JUSTICIA CONSTITUCIONAL MEXICANA.....	96
3.1 El derecho a la salud en la justicia constitucional.....	96
3.2 El caso de un paciente con VIH del IMSS que impugnó la falta de suministro de medicamentos antirretrovirales que mejorarían su calidad de vida.....	98
3.3 El caso de tres pacientes con VIH del INER que impugnaron la cancelación de un proyecto de construcción de un pabellón exclusivo para pacientes con VIH que les disminuiría el riesgo de contraer infecciones por vía aérea.....	103

3.4	El caso de un paciente diagnosticado con esquizofrenia que reclamó la falta de un Hospital Psiquiátrico en Nayarit.....	115
3.5	Reflexiones.....	120

CAPÍTULO IV LA EVOLUCIÓN JURISPRUDENCIAL DEL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO.....122

4.1	Evolución histórica del derecho a la salud en México.....	122
4.2	Conclusiones sobre el alcance y contenido del derecho a la salud mental a partir de su desarrollo jurisprudencial en México.....	151
4.2.1	Conclusiones derivadas a partir de tesis jurisprudenciales.....	151
4.2.2	Conclusiones derivadas a partir de tesis aisladas.....	153

CAPÍTULO V EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN LA LEY GENERAL DE SALUD Y LA REALIDAD SOCIAL.....157

5.1	El Derecho a la Protección de la Salud y su relación con el Derecho a la Salud Mental.....	157
5.2	El derecho a la salud mental en la Ley General de Salud.....	159
5.3	La salud mental como materia de salubridad general.....	160
5.4	La Distribución de competencias en materia de salud mental entre la Federación y las Entidades Federativas.....	160
5.5	La Salud Mental como un Servicio Básico de Salud.....	163
5.6	Las bases del Servicio Básico de Salud Mental en la Ley General de Salud.....	164
	a) La definición legal de Salud Mental.....	164
	b) La prevención y atención de los trastornos mentales y del comportamiento.....	165
	c) La promoción de la salud mental.....	167
	d) La atención de los trastornos mentales y del comportamiento.....	169
	e) Los derechos básicos de las personas con trastornos mentales.....	170
	f) La regulación del internamiento voluntario e involuntario.....	172
	g) La educación para la salud mental.....	179
	h) La regulación del ejercicio profesional en el ámbito de la salud mental.....	183
	i) Las Autoridades Sanitarias en México.....	184
5.7	El financiamiento de los servicios públicos de salud mental.....	189
5.8	Los recursos humanos para los servicios públicos de salud mental.....	192

5.9	Los derechos de las personas con trastornos mentales en la norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-2014.....	197
5.10	El derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial.....	202
5.11	La realidad social del ámbito de la salud mental en el eje de atención médico-psiquiátrica en México.....	203
5.12	El Informe de 2011 de Evaluación del sistema de salud mental de México a través del Instrumento de Evaluación de sistema de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS).....	214
5.13	Las propuestas de reforma al sistema de atención a la salud mental.....	217
5.14	El informe de 2018 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT).....	218
5.15	Los objetivos propuestos por la OMS en el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2010.....	220
5.16	Reflexiones.....	228

CAPÍTULO VI EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN LA LEY DE SALUD MENTAL EN VIGOR EN LA CIUDAD DE MÉXICO.....230

6.1	El derecho a la salud mental en la Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad de México.....	230
6.2	Definición del Derecho a la Salud Mental.....	231
6.3	Definición legal de la Salud Mental.....	232
6.4	Conceptos legales relacionados con el ámbito de la Salud Mental.....	234
6.5	Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.....	236
6.6	Las autoridades de salud mental en la Ciudad de México.....	240
6.7	El financiamiento al sistema de atención a la salud mental de la Ciudad de México.....	242
6.8	La regulación del sistema de atención a la salud mental en la Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad de México.....	244
6.9	La regulación del internamiento en la Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad de México.....	250
6.10	Sanciones y recurso de inconformidad.....	251
6.11	El sistema de atención a la salud mental en la realidad social.....	253

CAPÍTULO VII EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN DISTINTAS LEYES LOCALES DE SALUD MENTAL DE MÉXICO.....267

7.1	Definición del derecho a la salud mental.....	267
7.2	Definición legal de salud mental.....	268
7.3	Derechos de las personas que padecen trastornos mentales.....	270
7.4	Autoridades de salud mental.....	272
7.5	Regulación del sistema de atención a la salud mental.....	273
7.6	La regulación de la Psicoterapia.....	279
7.7	Regulación del internamiento u hospitalización.....	280
7.8	Financiamiento a la salud mental.....	283
7.9	Sanciones y recursos.....	286
7.10	Los sistemas de atención a la salud mental en la realidad social..	290
	a) El sistema de salud mental de Morelos.....	291
	b) El sistema de salud mental de Sonora.....	294
	c) El sistema de salud mental de Jalisco.....	297
	d) El sistema de salud mental de Michoacán.....	302
	e) Los sistemas de salud mental de las demás entidades federativas.....	305.
7.11	Conclusiones.....	305
CAPÍTULO VIII ANÁLISIS CONCEPTUAL DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN MÉXICO.....		310
8.1	El Derecho a la salud mental como un derecho humano.....	310
8.2	El Derecho a la Salud Mental como un derecho al bienestar psíquico.....	312
8.3	El Derecho a la Salud Mental y la identidad.....	316
8.4	El Derecho a la Salud Mental y la dignidad.....	324
8.5	El Derecho a la Salud Mental y el respeto.....	329
8.6	El Derecho a la Salud Mental como un Derecho a un Tratamiento Integral.....	331
8.7	El Derecho a la Salud Mental como un derecho a una óptima integración social.....	336
8.8	El Derecho a la Salud Mental y los Servicios de Salud Mental.....	339
CAPÍTULO IX ANÁLISIS DE CASOS DE VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO.....		356
9.1	Primer caso: Amparo en revisión número 144/2015.....	356
9.2	Segundo caso: Amparo número 137/2019.....	376
9.3	Tercer caso: Amparo en revisión número 251/2016.....	383
CONCLUSIONES.....		397
FUENTES DE INFORMACIÓN.....		412

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a toda mi familia por el cariño y el gran apoyo que me han brindado siempre, a todos mis amigos por su amistad que me enriquece cada día, a mis profesores por sus invaluable enseñanzas, a mi Director de Tesis por su apoyo incondicional, a los Sinodales por sus valiosos comentarios, a mis mentores y colegas por su guía y colaboración en el ejercicio profesional y a las personas que han requerido mis servicios por confiarme sus casos, a mis compañeros de aulas por compartir sus conocimientos, experiencias y amistad conmigo, a todos los pacientes y sus familiares y al personal de las instituciones psiquiátricas que me permitieron conocer la problemática de la salud mental en México, a la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme acogido en sus aulas, al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por haberme becado para cursar el programa de Maestría en Derecho, a toda la gente que siempre creyó en mi y me animó a continuar mis estudios y al pueblo de México por haberme permitido acceder a la educación pública durante toda mi trayectoria estudiantil y a mis seres queridos que ya partieron pero estarán siempre con cariño en mi memoria.

Se prevé que alguna vez habrá de despertar la consciencia de la sociedad y advertirá a ésta que los pobres tienen tanto derecho al auxilio del psicoterapeuta como al del cirujano, y que las neurosis amenazan tan gravemente la salud del pueblo como la tuberculosis, no pudiendo ser tampoco abandonada su terapia a la iniciativa individual. Se crearán entonces instituciones médicas en las que habrá analistas encargados de conservar capaces de resistencia y rendimiento a los hombres que, abandonados a sí mismos, se entregarían a la bebida, a las mujeres próximas a derrumbarse bajo el peso de las privaciones y a los niños, cuyo único porvenir es la delincuencia o la neurosis. El tratamiento sería, naturalmente, gratis. Pasará quizá mucho tiempo hasta que el Estado se dé cuenta de la urgencia de esta obligación suya.

Sigmund Freud¹.

¹ Freud, S., “Nuevos caminos en la terapia psicoanalítica 1918 (1919)”, en *Obras Completas de Sigmund Freud. Volumen 17*. Argentina, ed. Amorrortu editores, p. 7.

INTRODUCCIÓN.

A partir de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (DECLARACIÓN ALMA-ATA DE 1978), la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (DECLARACIÓN DE CARACAS DE 1990), la Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica de 2006, el Informe de 2011 de Evaluación al Sistema de Salud Mental de México utilizando el Instrumento IESM-OMS, la Conferencia Mundial de Atención Primaria a la Salud (DECLARACIÓN DE ASTANÁ DE 2018) y el PLAN DE ACCIÓN SOBRE SALUD MENTAL 2013-2010 de la Organización Mundial de la Salud, se ha reconocido que debe establecerse la Atención Primaria como eje articulador del Sistema de Atención a la Salud Mental, incluyéndose Unidades Especializadas de Atención en Salud Mental de tipo ambulatorio (UNEMES) y Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales, esto para acercar los servicios de salud mental a la población y superar la brecha de atención integral en salud mental, asegurándose que el Hospital Psiquiátrico deje de ser el modelo de atención hegemónico.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud, ha propuesto a sus Estados Miembros, entre los que se encuentra México, un Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, en el que los conmina a reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental, a proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta, así como aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental y reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental.

En dicho plan la OMS recomienda que la legislación sobre salud mental, tanto si se aborda en un documento legislativo independiente como si está integrada en otras leyes sobre salud y capacidad, debe codificar los principios, valores y objetivos fundamentales de la política de salud mental, por ejemplo estableciendo mecanismos legales y de supervisión para fomentar los derechos humanos y desarrollar en la comunidad servicios de salud y sociales accesibles.

La transición de un sistema de atención a la salud mental cuyo eje de atención predominante son los Hospitales Psiquiátricos (Tercer Nivel de Atención) a otro que tenga como núcleo básico de atención los Centros de Atención Primaria a la Salud Mental (Primer Nivel de Atención) aún está

incompleta, y enfrenta múltiples obstáculos. La ausencia de una ley nacional de salud mental, así como leyes locales especializadas en salud mental y la falta de financiamiento adecuado han sido algunas de dichas barreras históricas.

No obstante lo anterior, en los últimos años ha surgido un movimiento proactivo hacia la creación de leyes locales de salud mental en diversas entidades federativas entre las que se encuentran la Ciudad de México (Febrero de 2011), Morelos (Octubre de 2011), Sonora (Diciembre de 2013), Jalisco (Enero de 2014), Michoacán (Septiembre de 2014), Querétaro (Septiembre de 2017), Sinaloa (Diciembre de 2017), Baja California (Febrero de 2018), Nuevo León (Mayo de 2018), Chihuahua (Junio de 2018), Zacatecas (Julio de 2018), Yucatán (Agosto de 2018) y Campeche (Octubre, 2018) mismas que si bien en su mayoría son acordes con los estándares internacionales de la materia, presentan algunas deficiencias.

El problema principal que se presenta en la actualidad es que a pesar de la existencia de dichas leyes, el Gobierno se ha mostrado renuente a asignar financiamiento público suficiente para la construcción del nuevo sistema de atención a la salud mental previsto en las leyes, mostrando poco interés en garantizar debidamente el derecho a la salud mental de la población.

Por otro lado, si bien en la mayoría de las leyes de salud mental de nuestro país se define al derecho a la salud mental como un derecho de toda persona al bienestar psíquico, identidad, dignidad, respeto y un tratamiento integral con el propósito de una óptima integración social, para lo cual el Gobierno tiene la obligación de planear, organizar, operar y supervisar el funcionamiento de los servicios de salud mental que lo garanticen, ninguna de dichas leyes, ha proporcionado un concepto claro de los distintos elementos que integran el derecho a la salud mental. Por ello, el presente estudio pretende delinear algunas ideas en torno al significado de cada uno de dichos elementos para contribuir a su esclarecimiento.

Además, es previsible que en el corto plazo las personas que no encuentren satisfechas sus necesidades de atención a la salud mental en los servicios públicos de salud mental acudirán a judicializar sus inconformidades, y por lo tanto, resulta fundamental que la ciencia jurídica contribuya a dilucidar cuál debe ser el alcance y el contenido que debe tener el derecho a la salud mental en nuestro país.

En consecuencia, el objetivo general de la presente investigación consiste en realizar un estudio del derecho a la salud mental en México para contribuir a su desarrollo teórico, aportando elementos para la determinación de su alcance y contenido tanto a nivel de justiciabilidad como en las políticas públicas de salud mental.

Para lograr tal objetivo, primero revisaremos algunos antecedentes históricos del tratamiento a la locura, después estudiaremos la naturaleza jurídica del derecho a la protección de la salud y sus fundamentos jurídicos, para finalmente aproximarnos al estudio del derecho a la salud mental tal como ha sido definido en la actualidad en las diversas leyes locales psicosanitarias.

En el capítulo I, se revisan las distintas concepciones históricas que se han tenido acerca de la locura, mismas que son determinantes para el tipo de tratamiento que se le ha brindado a las personas que la padecen. Esto nos permitirá comprender las raíces históricas del modelo de atención a la salud mental que tenemos actualmente en nuestro país.

En el capítulo II, se exponen los debates acerca de si el derecho a la protección de la salud es una mera norma programática o un verdadero derecho fundamental en nuestro país. Enseguida, analizaremos los fundamentos jurídicos a nivel nacional e internacional de dicho derecho. Esto nos permitirá entender que el derecho a la salud mental es una de las dimensiones o facetas del derecho a la salud, ya que este último pretende proteger no solo el bienestar físico, sino también el bienestar mental y social.

En el capítulo III, estudiaremos tres casos relevantes que nos permitirán ver la manera en que se ha tratado el derecho a la salud en la justicia constitucional mexicana y las interpretaciones que se han realizado en torno al alcance y contenido de dicho derecho. En el primer caso se discute si el derecho a la salud incluye el suministro de medicamentos recién descubiertos que no se encuentren contemplados en el cuadro básico de medicamentos. En el segundo caso se debate si el gobierno puede cancelar un proyecto de construcción de un pabellón para personas con VIH que permitiría prevenir la contracción de enfermedades infecciosas vía aérea a dichos pacientes. El tercer caso, trata de un paciente en crisis psicótica, que a través de un gestor solidario, reclamó vía amparo la omisión de las autoridades sanitarias de construir un Hospital Psiquiátrico en su Estado para el internamiento de pacientes que lo necesitan.

En el capítulo IV, haremos una reseña histórica de las principales tesis jurisprudenciales y aisladas que se han publicado en torno al alcance y contenido del derecho a la salud para conocer la evolución que ha tenido su interpretación en nuestro sistema jurídico. Es muy interesante conocer que en 1984 apareció la primera tesis que reconoció que todas las personas tienen derecho a la protección de la salud y al acceso a los servicios de salud, si bien se negó que la quejosa tuviera el derecho subjetivo a recibir el tratamiento específico que demandaba. Asimismo, en el 2009 aparecieron las primeras tesis que reconocieron que el derecho a la salud también comprende la obtención de un *bienestar mental y emocional*, y no sólo el bienestar físico. Finalmente, en una tesis del 2012, se reconoció expresamente la existencia del *derecho a la salud mental* en su relación con el derecho a la identidad.

En el capítulo V, delinearemos la relación del derecho a la protección de la salud con el derecho a la salud mental. Analizaremos la forma en que se regula el ámbito de la salud mental en la Ley General de Salud. Además, enunciaremos los derechos de las personas con trastornos mentales que se contemplan en la norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-2014. Finalmente, describiremos algunos problemas que se han detectado en el sistema de atención a la salud mental en México, y revisaremos los principales retos y desafíos que deben resolverse en nuestro país de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, así como los objetivos que propone dicho organismo internacional para que sean tomados en cuenta en los planes de acción en salud mental de los Estados.

En el capítulo VI, analizaremos el derecho a la salud mental y su relación con el sistema de salud mental contemplado en la Ley de Salud Mental del Distrito Federal -ahora Ciudad de México- de 2011, que fue la primera ley local especializada en salud mental en nuestro país. Revisaremos principalmente la definición de derecho a la salud mental, así como diversos conceptos legales relacionados con el ámbito de la salud mental, los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, la regulación del internamiento, el financiamiento, los recursos y sanciones; y la realidad social del sistema de salud mental de la ciudad y su relación con la ausencia de políticas públicas de salud mental en la ciudad.

En el capítulo VII, realizaremos un análisis en conjunto de las leyes locales de salud mental de los Estados de Morelos (Octubre de 2011), Sonora (Diciembre de 2013), Jalisco (Enero de 2014), Michoacán (Septiembre de 2014), Querétaro (Septiembre de 2017), Sinaloa (Diciembre de 2017), Baja

California (Febrero de 2018), Nuevo León (Mayo de 2018), Chihuahua (Junio de 2018), Zacatecas (Julio de 2018), Yucatán (Agosto de 2018) y Campeche (Octubre, 2018), mismas que como se verá, fueron realizadas a imagen y semejanza de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México (Febrero de 2011). Revisaremos la definición del derecho a la salud mental, el concepto de salud mental y los catálogos de derechos de las personas que padecen trastornos mentales, las autoridades de salud mental, la regulación del sistema de atención a la salud mental, el financiamiento, el sistema de sanciones y recursos; y finalmente, mencionaremos algunos aspectos de la realidad social a partir de las políticas públicas de salud mental locales.

En el capítulo VIII, haremos un análisis conceptual de todos y cada uno de los elementos del derecho a la salud mental como un derecho humano, que se traduce en un derecho al bienestar psíquico, a la identidad, a la dignidad, al respeto, y al acceso a servicios de salud mental para una óptima integración social. Esto con miras a dilucidar el alcance y contenido del derecho a la salud mental en nuestro país.

Por último, en el capítulo IX, estudiaremos tres casos importantes sobre el derecho a la salud mental de las personas en el contexto de la discapacidad psicosocial. Primero examinaremos el caso de una persona que trabajaba como vendedor ambulante en las calles del centro de la Ciudad de México y que reclamó la falta de atención a su salud mental en contra de varias autoridades. Dicho caso resulta relevante porque en el mismo se tomó en cuenta por primera vez el derecho a la salud mental contenido en la Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad de México y en su reglamento. Asimismo, revisaremos el caso de una mujer de bajo recursos económicos que se veía obligada a pedir dinero afuera de un hospital psiquiátrico para comprar sus medicamentos y que no recibía tratamiento multidisciplinario, por ello vía amparo reclamó al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez la omisión de suministrarle medicamentos y la falta de un tratamiento integral multidisciplinario. Finalmente, revisaremos el caso de un hombre que reclamó al Instituto Nacional de Psiquiatría la falta de suministro de medicamentos.

Finalmente, presentaremos algunas conclusiones acerca del alcance y contenido del derecho a la salud mental derivadas del presente estudio.

CAPÍTULO I

HISTORIA DE LA LOCURA Y SUS TRATAMIENTOS.

En este capítulo conoceremos las diversas visiones de la locura o conducta anormal que se han desarrollado a través del tiempo en occidente, y en particular, en nuestro país, así como los diversos tratamientos que se han intentado, para comprender las raíces históricas e ideológicas de nuestro sistema actual de atención a la salud mental. Primero conoceremos las antiguas explicaciones religiosas de la locura. Después señalaremos las explicaciones médico-biológicas de Hipócrates. Luego veremos brevemente algunas concepciones filosóficas de la locura y el pensamiento griego y romano posterior. Enseguida, estudiaremos la visión de la locura durante la Edad Media, así como las concepciones humanitarias posteriores. Finalmente, revisaremos la concepción moderna de la locura en Francia e Inglaterra, así como el desarrollo de los sistemas de atención a la salud mental en Estados Unidos de América y en México.

1.1 Explicaciones religiosas de la locura. Dioses y demonios.

Butcher, J., Mineka, S. y Hooley, J.² señalan que las referencias a la conducta anormal en los escritos antiguos muestran que los Chinos, Egipcios, Hebreos, y Griegos a menudo atribuyeron tal conducta a un demonio o dios que había poseído a la persona. La posesión podía involucrar espíritus buenos o malignos dependiendo de los síntomas del individuo afectado. Si el lenguaje o la conducta de una persona parecían tener un significado religioso o místico, usualmente se pensaba que él o ella era poseído por un espíritu benigno o un dios. Dichas personas a menudo eran tratadas con considerable temor y respeto, pues la gente creía que tenían poderes sobrenaturales. No obstante, se consideraba que la mayoría de las posesiones eran producidas por un dios enojado o un espíritu maligno, particularmente cuando la persona se alteraba o se ponía hiperactiva y se involucraba en conductas contrarias a las enseñanzas religiosas. Entre los antiguos Hebreos, por ejemplo, tales posesiones se creía que representaban la ira y el castigo de dios. Moisés es citado en la Biblia diciendo “El señor te castigará con la locura”. Aparentemente este castigo se pensaba que

² Butcher, J., et al., *Abnormal psychology*, USA, ed. Pearson, 2013, p. 31.

involucraba la retirada de la protección de dios y el abandono de la persona a las fuerzas del mal. En dichos casos, cada esfuerzo se hacía para librar a la persona del espíritu maligno.

Según dichos autores, el tratamiento más importante para la posesión demoníaca era el exorcismo, mismo que incluía varias técnicas para expulsar al espíritu maligno fuera de la persona afligida. Dichas técnicas variaban pero típicamente incluían magia, rezos, encantamientos, hacer ruidos, y el uso de mezclas de horrible sabor hechas de estiércol de oveja y vino.

Por su parte, Nevid, J., Rathus, S. y Green, B.³, mencionan que los Arqueólogos han encontrado esqueletos humanos de la edad de piedra con hoyos en el cráneo, mismas que podrían ser producto de trepanaciones realizadas para sacar a los espíritus irascibles del cuerpo. La noción de causas sobrenaturales de la conducta anormal o demonología, fue prominente en la Sociedad Occidental hasta la época de la ilustración. Así por ejemplo, los Babilonios creían que los movimientos de las estrellas y los planetas expresaban las aventuras y los conflictos de los dioses. Los Griegos pensaban que los dioses jugaban con los humanos, desataban el caos en los humanos irrespetuosos y arrogantes y confundían sus mentes con la locura. En la antigua Grecia, la gente que se comportaba de forma anormal era enviada a los templos dedicados a Asclepio, el dios de la curación. Los Griegos creían que Asclepio visitaría a los afligidos mientras durmieran en el templo y les ofrecería consejos restauradores a través de los sueños. El descanso, una dieta nutritiva, y el ejercicio también eran parte del tratamiento. Los incurables eran expulsados del templo a través de la lapidación.

1.2 Explicaciones médico-biológicas de la locura. Los antiguos conceptos médicos de Hipócrates.

Según Butcher, J., Mineka, S. y Hooley, J.⁴ el Médico Griego Hipócrates (460-377 a.c.), quien es referido como el padre de la medicina moderna, hizo contribuciones sustanciales al entendimiento y tratamiento de los trastornos mentales. Hipócrates negaba que las deidades y los demonios intervinieran en el desarrollo de las enfermedades y en lugar de ello, insistía en que los trastornos mentales, como otras enfermedades,

³ Nevid, J., et al., *Abnormal psychology in a changing world*, USA, ed. Pearson, 2014, p. 9.

⁴ Butcher, J., et al., op.cit., nota 1, p. 31.

tenían causas naturales y tratamientos apropiados. Él creía que el cerebro era el órgano central de la actividad intelectual y que los trastornos mentales eran debidos a la patología cerebral. Él también enfatizaba la importancia de la heredabilidad y la predisposición y puntualizaba que las lesiones en la cabeza podrían causar trastornos sensoriales y motores.

Nevid J., Rathus, S. y Green⁵ señalan que Hipócrates creía que la salud del cuerpo y de la mente dependían del balance de los humores, o fluidos vitales, en el cuerpo: flema, bilis negra, sangre y bilis amarilla. Pensaba que un desequilibrio de los humores, explicaba la conducta anormal. Dicha teoría es importante porque rompió con la demonología y prefiguró el modelo médico moderno, que ve a la conducta anormal como resultado de procesos biológicos subyacentes. Él clasificó los patrones de conducta anormal, usando tres categorías principales, que aún tienen equivalentes hoy: melancolía para caracterizar la depresión excesiva, manía para referirse a la agitación excepcional, y frenitis (del griego “inflamación del cerebro”) para caracterizar la conducta bizarra que podría tipificarse hoy como esquizofrenia.

Oltmans, T., y Emery, R.⁶ explican que la perspectiva Hipocrática dominó el pensamiento médico en los países occidentales hasta mitades del siglo 19. Las personas entrenadas en la tradición hipocrática veían la “enfermedad” como un concepto unitario. En otras palabras, los médicos (y otros a quienes se les daba la responsabilidad de sanar a las personas que estaban perturbadas o sufrían) no distinguían entre trastornos mentales y otros tipos de enfermedades. Todos los problemas eran considerados el resultado de un desequilibrio de fluidos corporales, y los procedimientos de tratamiento eran diseñados en un intento para restablecer el equilibrio ideal. Estos tratamientos a menudo eran llamados “heroicos” porque eran intentos drásticos (y a menudo dolorosos) para revertir rápidamente el curso de una enfermedad. Involucraban sangrías (cortar intencionalmente a la persona para reducir la cantidad de sangre en el cuerpo) y purgas (la inducción del vómito), así como el uso de calor y frío. Estas prácticas continuaron siendo parte de los tratamientos médicos standard hasta el siglo diecinueve.

⁵ Nevid, J., et al., op.cit., nota 2, p. 10.

⁶ Oltmans, T., y Emery, R., *Abnormal psychology*, USA, ed. Pearson, 2012, p. 14.

1.3 Los antiguos conceptos filosóficos sobre la locura.

Butcher, J. Mineka, S. y Hooley J.⁷ refieren que Platón veía a los fenómenos psicológicos como respuestas de todo el organismo reflejando su estado interno y sus apetitos naturales. En la república enfatizó la importancia de las diferencias individuales en lo intelectual y en otras habilidades y tomó en cuenta influencias socioculturales en el moldeamiento del pensamiento y la conducta. Sus ideas sobre el tratamiento incluían la provisión de cuidado hospitalario para los individuos que desarrollaban creencias que iban en contra de las del orden social mas amplio. Ahí se les involucraría en conversaciones comparables a la psicoterapia para promover la salud de sus almas. A pesar de estas ideas modernas, de cualquier modo, Platón compartía la creencia de que los trastornos mentales eran en parte causados por las divinidades. Por su parte, Aristóteles rechazó la posibilidad de que los trastornos mentales pudieran ser causados por factores psicológicos como la frustración y el conflicto, y adoptó la teoría hipocrática de las alteraciones de los humores para explicar por ejemplo los impulsos suicidas.

1.4 El Pensamiento griego y romano posterior.

Butcher, J. Mineka, S. y Hooley J.⁸ continúan explicando que el trabajo de Hipócrates fue continuado por algunos de los médicos griegos y romanos posteriores. Particularmente en Alejandría, Egipto (que se convirtió en el centro de la cultura griega después de su fundación en el 332 a.c. por Alejandro Magno), las practicas medicas se desarrollaron hasta un nivel superior, y los templos dedicados a Saturno eran sanatorios de primer nivel. Los entornos agradables eran considerados de gran valor terapéutico para los pacientes mentales, a quienes se les proveía con constantes actividades que incluían fiestas, bailes, paseos en los jardines del templo, remar a lo largo del Nilo y conciertos musicales. Los médicos de esta época también usaban una amplia gama de medidas terapéuticas incluyendo dietas, masaje, hidroterapia, gimnasia, y educación, al igual que algunas prácticas menos deseables como sangrías, purgantes y restricciones mecánicas.

Uno de los médicos griegos más influyentes fue Galeno (130-200 d.c.) mismo que practicaba en Roma. Adoptó la tradición hipocrática y realizó

⁷ Butcher, J., et al., op.cit., nota 1, p. 32.

⁸ Íbidem, p. 33.

aportaciones originales sobre la anatomía del sistema nervioso a partir de la disección de animales. Tomó una postura científica hacia el campo, dividiendo las causas de los trastornos psicológicos entre categorías físicas y categorías mentales. Entre las causas se encontraban lesiones en la cabeza, uso excesivo de alcohol, trauma, shock, miedo, adolescencia, cambios menstruales, reveses económicos y decepción en el amor.

Como puede verse, Galeno, a diferencia de Hipócrates, consideraba la importancia de los factores psicológicos en los trastornos mentales, y no le atribuía la causa de estos únicamente a desequilibrios en los fluidos corporales.

1.5 La concepción de la locura en la Edad Media.

Nevid J., Rathus, S. y Green⁹ mencionan que en la época medieval, que cubre el milenio de historia europea de 476 hasta el 1450 d.c., después de la muerte de Galeno, las creencias en las causas sobrenaturales, especialmente la doctrina de la posesión, incrementaron en influencia y eventualmente dominaron el pensamiento medieval. Esta doctrina sostuvo que las conductas anormales eran un signo de posesión por espíritus malignos o del demonio. Esta creencia era parte de las enseñanzas de la Iglesia Católica Romana, la institución central en Europa occidental después de la caída del imperio romano. Si bien la creencia en las posesiones precedía a la Iglesia ya que se encuentra en antiguos escritos egipcios y griegos, pero la Iglesia la revitalizó. El tratamiento de elección de la iglesia para la posesión era el exorcismo. Los exorcistas eran usados para persuadir a los espíritus malignos que los cuerpos de los “poseídos” ya no eran habitables. Los métodos de persuasión incluían oraciones, encantamientos, hacer señas con una cruz en la víctima y golpear y flagelar, incluso, hacer pasar hambre a la víctima. Si la víctima continuaba mostrando conducta impropia, aún había remedios más persuasivos, como el potro, un instrumento de tortura. Sin duda, quienes recibían estos “remedios” desesperadamente deseaban que el diablo los abandonara inmediatamente.

⁹ Nevid, J., et al., op.cit., nota 2, p. 10.

Butcher, J., Mineka, S. y Hooley, J.¹⁰ explican que el tratamiento de los perturbados mentales fue dejado en su mayoría al clero durante la Edad Media. Los monasterios sirvieron como refugios y lugares de confinamiento. Durante los inicios de la Edad Media, los perturbados mentales fueron, en su mayoría, tratados con considerable amabilidad. El “tratamiento” consistía en la oración, agua bendita, ungüentos santificados, el soplo o saliva de los sacerdotes, tocar reliquias, visitas a lugares sagrados, y formas moderadas de exorcismo. En algunos monasterios y santuarios los exorcismos eran llevados a cabo por una moderada imposición de manos. Dichos métodos a menudo eran combinados con tratamientos médicos, vagamente entendidos, derivados principalmente de Galeno.

Por otro lado, Oltmans, T., y Emery, R.¹¹, señalan que los “lunáticos” e “idiotas” como se les llamaba a los enfermos mentales y discapacitados intelectuales en la Edad Media, despertaban poco interés y se les daba cuidado marginal. La mayoría de la gente vivía en ambientes rurales y se dedicaban a actividades agrícolas. La conducta perturbada era considerada responsabilidad de la familia en lugar de la comunidad o el Estado. Muchas personas eran resguardadas en su casa, y otras deambulaban libremente como pordioseros. Las personas perturbadas mentales que eran violentas o parecían peligrosas a menudo eran aprisionados con criminales. Los que no podían subsistir por sí mismos eran colocados en casas de beneficencia.

Es decir que en la Edad Media prevaleció básicamente la visión religiosa de la locura, por lo cual el tratamiento era de tipo religioso. Por otro lado, se destaca que en ámbitos rurales la locura se consideraba responsabilidad del ámbito familiar y el loco permanecía en la comunidad. Es interesante observar que las concepciones científicas de los médicos Hipócrates o Galeno no tuvieron ningún predominio en esta época.

1.6 Concepciones humanitarias de la locura.

En la última parte de la Edad Media y en los comienzos del renacimiento, las creencias religiosas y supersticiosas comenzaron a ser desafiadas a través del humanismo, implantándose una concepción que reconocía causas físicas y psicológicas a la locura y que ameritaba un

¹⁰ Butcher, J., et al., op.cit., nota 1, p. 35.

¹¹ Oltmans, T., y Emery, R., op.cit., nota 5, p. 14.

tratamiento más humano. Así destacaron los médicos Paracelso y Johan Weyer, y el sacerdote San Vicente de Paul, lo cual llevó posteriormente al surgimiento de asilos y hospitales en España, Inglaterra, México, Francia, Rusia, Austria y Estados Unidos, mismas instituciones que se encargarían del cuidado de los perturbados mentales, sin estar exentas de problemas.

Según Michel Foucault¹², el personaje del loco, mucho antes de haber recibido el estatuto médico que le dio el positivismo, había adquirido -ya en la edad media- una especie de densidad personal e individualidad que se deshizo y se reorganizó en el curso del Renacimiento, entregándose a la solicitud de cierto humanismo médico.

Dicho autor señala que el oriente y el pensamiento árabe tuvieron un papel determinante en dicho cambio. En el mundo árabe se fundaron verdaderos hospitales reservados a los locos: en Fez desde el siglo VII, en Bagdad a fines del siglo XII, en el Cairo en el siglo XIII, se practicaba allí una especie de cura de almas en que intervenían la música, la danza, los espectáculos y la audición de relatos maravillosos, siendo médicos quienes dirigían la cura y la interrumpían cuando decidían haber triunfado.

De acuerdo con Foucault, no es azar el hecho de que los primeros Hospitales de insensatos se hayan fundado en España a fines del siglo XV. La iniciativa para fundar el Hospital de Valencia, fue tomada en 1409 por uno de los Hermanos de la Merced, religión muy familiarizada con el mundo árabe, que practicaba el rescate de cautivos. Otros laicos, sobre todo ricos comerciantes, entre los que se encontraba Lorenzo Salou, se encargaron de reunir los fondos.

De acuerdo con López-Ibor¹³, la institución fundada por el padre Jofré en Valencia en 1410 es el primer Hospital Psiquiátrico del mundo. Dicho Hospital se llamó Hospital “Dels Innocents, Folls e Orats” (Hospital de retrasados mentales, psicóticos y dementes). Se presentó una iniciativa de artesanos y comerciantes que exigieron que el hospital fuera laico y mantuviera su independencia de la Corona, de la Aristocracia y de la Iglesia. Se trataba de un establecimiento sanitario, en el que a la atención humanitaria dispensada allí, se añadía la asistencia médica. Sus internos eran considerados enfermos y sus actividades estaban destinadas a

¹² Foucault, M., *La locura en la época clásica I*. Colombia, ed. FCE, 1998, p. 88.

¹³ López-Ibor, J.J., “La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo”, *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 36-1, 2008, p. 26.

aliviarles y, cuando eso era posible, a curarles de su enfermedad. Por tal motivo, varios historiadores de la medicina refieren que la cuna de la Psiquiatría estuvo en España, donde se construyeron los primeros edificios convenientes y adecuados para hospitalizar a dementes y que no fue Pinel sino los psiquiatras españoles los primeros en retirar las cadenas e instituir el tratamiento moral, con ejercicios, juegos, ocupaciones, entretenimientos, dieta e higiene.

Asimismo, López-Ibor citando a Marco Merenciano refiere que la auténtica revolución del Hospital de Valencia consistió en que «En este momento histórico y en este ambiente, un frailecito se atreve a decir que los locos son enfermos y que deben ser recogidos en un hospital para su curación. Este hecho insólito es lo más revolucionario que pudiera darse en aquellos días. Este afrontar una verdad médica contra las creencias religiosas y las conveniencias sociales se realiza en Valencia». «Por primera vez en la historia se expresa un sentido genuinamente médico de la locura con todas sus consecuencias: inocencia, irresponsabilidad, peligrosidad de origen psicopatológico, necesidad de tratamiento “especializado”».

De acuerdo con Butcher, J., Mineka, S. y Hooley, J.¹⁴ en Europa Paracelso (1490-1541), un médico suizo, insistía en que la manía danzante no era una posesión sino una forma de enfermedad y que debía tratarse como tal. Así, dicho médico consideraba la existencia de conflictos entre las naturalezas espiritual e instintiva del ser humano, formulando la idea de causas psíquicas para las enfermedades mentales, abogando por un tratamiento a través del magnetismo del cuerpo, posteriormente llamado hipnosis. Por su parte, Johan Weyer (1515-1588), un médico alemán y escritor, estaba tan profundamente perturbado por el aprisionamiento, la tortura y la quema de las personas acusadas de brujería que hizo un estudio cuidadoso del problema entero, argumentando que un número considerable de dichas personas, si no todas, estaban realmente enfermas de la mente o el cuerpo y que, en consecuencia, grandes errores se estaban cometiendo en contra de gente inocente. Fue ridiculizado por algunos de sus compañeros y sus trabajos fueron prohibidos por la Iglesia hasta el siglo XX. Por otro lado, el clero comenzaba a cuestionar las prácticas de ese tiempo. Por ejemplo, San Vicente de Paul (1576-1660), arriesgando su vida, declaró: “la enfermedad mental no es diferente de la enfermedad del cuerpo y la cristiandad demanda protección del humano y del poderoso y del habilidoso

¹⁴ Butcher, J., et al., op.cit., nota 1, p.36.

el alivio tanto de la una como de la otra”. En vista del testimonio persistente de dichos pensadores científicos, que continuó durante los dos siglos siguientes, la demonología y la superstición perdieron terreno. Así regresó la observación y la razón, misma que terminaron en las modernas aproximaciones clínicas y experimentales.

Oltmans, T., y Emery, R.¹⁵ explican que en los siglos XVI y XVII, los “manicomios” se establecieron para alojar a los perturbados mentales. Varios factores cambiaron la forma en que la sociedad veía a las personas con trastornos mentales y se reforzó la relativa nueva creencia en que la comunidad como un todo debería ser responsable de su cuidado. Tal vez lo más importante fue un cambio en las condiciones económicas, demográficas y sociales. Considérese por ejemplo, la situación en los Estados Unidos a comienzos del siglo XIX. El periodo entre 1790 y 1850 vio un crecimiento poblacional rápido y un incremento de grandes ciudades. El aumento de la urbanización de la población americana se acompañó de un cambio de una economía agrícola a una economía industrial. Los asilos de lunáticos – los hospitales mentales originales- fueron creados para servir a sociedades muy pobladas y para asumir las responsabilidades que previamente habían sido desempeñadas por las familias de los individuos.

Butcher, J., Mineka, S. y Hooley¹⁶ indican que a partir del siglo XVI en adelante, las instituciones especiales llamadas asilos -santuarios o lugares de refugio exclusivos para el cuidado de los enfermos mentales crecieron en número. A pesar de que la investigación científica sobre la conducta anormal iba en aumento, la mayoría de los primeros asilos, a menudo referidos como “casas de locos” o manicomios, no eran lugares agradables u “hospitales” sino residencias o lugares de depósito para los locos. Los residentes desafortunados vivían y morían entre condiciones de increíble suciedad y crueldad.

Dichos autores apuntan que el primer asilo que se estableció en Europa fue probablemente en España en 1409, a pesar de que dicha situación se ha discutido y no se conoce mucho del tratamiento de los pacientes en dicho asilo. En 1547 el Monasterio de St. Mary of Bethlem en Londres fue oficialmente convertido en un asilo por Enrique VIII. El nombre de dicho asilo se contrajo a “Bedlam” y fue ampliamente conocido por sus

¹⁵ Oltmans, T., y Emery, R., op.cit., nota 3, p.15.

¹⁶ Butcher, J., et al., op.cit., nota 1, p.37.

condiciones y practicas deplorables ya que por ejemplo los pacientes más violentos eran exhibidos al público por un centavo, y los internos menos peligrosos eran obligados a buscar caridad en las calles de Londres. Asimismo, comentan que los asilos para enfermos mentales fueron gradualmente establecidos en otros países, incluyendo México (1566) y Francia (1641). En Moscú se creó un asilo en 1764 y la torre de los lunáticos en Viena fue construida en 1784. Estos primeros asilos eran principalmente modificaciones de instituciones penales, y sus internos eran tratados más como bestias que como seres humanos.

Butcher, J., Mineka, S. y Hooley, J. refieren que en Estados Unidos, desde 1756 el Hospital de Pensilvania en Filadelfia incluía algunas celdas para pacientes mentales, sin embargo hasta 1773, se construyó el Hospital Público de Williamsburg en Virginia, mismo que se dedicó exclusivamente a pacientes mentales. El tratamiento no era mejor que el que se acostumbraba en instituciones europeas, y su filosofía era que los pacientes tenían que elegir la racionalidad sobre la locura. Por consiguiente las técnicas de tratamiento eran agresivas, se dirigían a restaurar un “equilibrio físico entre el cuerpo y el cerebro”. Estas técnicas, pese a que se basaban en el pensamiento científico de esa época, estaban diseñadas para intimidar a los pacientes. Incluían drogas poderosas, hidroterapia, sangrías y quemaduras, choques eléctricos y restricciones físicas. Por ejemplo, un paciente violento podría ser sumergido en agua helada o un paciente apático en agua caliente; a los pacientes frenéticos podrían administrárseles drogas para agotarlos; o a los pacientes se les podría hacer sangrar para drenar de su sistema los fluidos dañinos.

A finales del siglo XVIII, la mayoría de los Hospitales Mentales en Europa y América comenzaron a ser parte de una reforma humanitaria que recibió ímpetu del lego Pussin y el médico Pinel en Francia, el comerciante y filántropo Tuke en Inglaterra y el médico Rush en América.

1.7 La concepción moderna de la locura en Francia.

Nevid, J., Rathus, S. y Green, B.¹⁷, indican que la era moderna del tratamiento comenzó con los esfuerzos de los franceses Jean-Baptiste Pussin y Phillipe Pinel a finales del siglo XVIII y a principios del siglo XIX. Ellos argumentaban que las personas que se comportaban de forma anormal sufrían de enfermedades y debían ser tratadas humanamente. Este punto de vista no era popular en esa época ya que las personas mentalmente perturbadas eran vistas como amenazas para la sociedad, no como gente enferma que necesitara de tratamiento.

Dichos autores comentan que de 1784 a 1802, Jean-Baptiste Pussin, un lego, fue puesto a cargo de un pabellón de personas consideradas “locos incurables” en La Bicêtre, un Hospital Mental grande en París. A pesar de que Pinel es a menudo reconocido como la persona que liberó a los internos de La Bicêtre de sus cadenas, fue en realidad Pussin el primer oficial que desencadenó un grupo de “locos incurables”. Estos desafortunados habían sido considerados muy peligrosos e impredecibles para ser dejados sin cadenas. Pero Pussin creía que si ellos eran tratados con amabilidad, no habría necesidad de cadenas. Tal como él lo había previsto, la mayoría de los que estaban encerrados eran manejables y tranquilos después de que sus cadenas fueron removidas. Podían caminar por los terrenos del Hospital y tomar aire fresco. Pussin también prohibió que el personal tratara a los residentes severamente, y despidió a los empleados que ignoraban sus directrices.

Asimismo, señalan que Pinel se convirtió en el Director Médico del Pabellón de incurables en La Bicêtre en 1793 y continuó con el tratamiento humano que Pussin habían iniciado. Puso un alto a las prácticas de trato duro, como las sangrías y las purgas, y trasladó a los pacientes de oscuros calabozos a cuartos bien ventilados y con luz de sol. Pinel también pasó horas hablando con los internos, en la creencia de que mostrando entendimiento y preocupación podrían ayudarlos a restaurar su funcionamiento normal. La filosofía del tratamiento que emergió de estos esfuerzos se le llamó terapia moral. Se basaba en la idea de que proporcionar un tratamiento humano en un ambiente relajado y decente podría restaurar el funcionamiento.

¹⁷ Nevid, J., et al., op.cit, nota 2, p. 12.

Como puede verse el lego Pussin, y posteriormente, el Médico Pinel, fueron personas que en el contexto de la revolución francesa que luchaba por los ideales de libertad, igualdad y fraternidad, cambiaron radicalmente la forma en que se trataba a las personas con problemas mentales en su época y tuvieron un gran impacto, incluso a través de la nueva terapia moral que consistía en hablar con los internos mostrando entendimiento y preocupación para ayudarlos a restaurar su funcionamiento normal. Es decir que el tratamiento moral sería un antecedente histórico de lo que ahora conocemos como Psicoterapia.

1.8 La concepción moderna de la locura en Inglaterra.

Según Butcher, J., Mineka, S. y Hooley, J.¹⁸, aproximadamente al mismo tiempo que Pinel estaba reformando la Bicetre, un cuáquero inglés llamado William Tuke (1732-1822) estableció el Retiro de York, una agradable casa de campo donde los pacientes mentales vivían, trabajaban y descansaban en una atmósfera cálida y religiosa. Este retiro representó la culminación de una noble batalla contra la brutalidad, ignorancia e indiferencia de la época de Tuke. Los cuáqueros creían que debía tratarse a todas las personas, incluso a los locos, con calidez y aceptación. Su visión de que una cálida aceptación ayudaría a los enfermos mentales a recuperarse animó el crecimiento de un tratamiento psiquiátrico más humano durante un periodo en el que los enfermos mentales eran ignorados y maltratados. El Retiro Cuáquero de York ha continuado proveyendo tratamiento de salud mental por cerca de 200 años, a pesar de que el movimiento de hospitales mentales que engendró con su ejemplo evolucionó en grandes hospitales mentales que se sobre poblaron y a menudo ofrecieron un tratamiento infrahumano a finales del siglo XIX y principios del siglo XX.

Dichos autores explican que al igual que los sorprendentes resultados de Pinel se propagaron hacia Inglaterra, la pequeña fuerza de los cuáqueros gradualmente ganó apoyo de Médicos Ingleses practicantes tales como Thomas Wakley y Samuel Hitch. En 1841 Hitch introdujo enfermeras entrenadas en los pabellones en el Asilo de Gloucester y puso supervisores

¹⁸ Butcher, J., et al., op.cit., nota 1, p. 38.

entrenados en la Jefatura del Personal de Enfermería. Estas innovaciones, muy revolucionarias en la época, no solo mejoraron el cuidado de los pacientes mentales sino también cambiaron actitudes públicas hacia los perturbados mentales. En 1842, siguiendo la presión de Wakley para el cambio, se aprobó la Ley de Indagación de la Locura (LUNACY INQUIRY ACT), que incluía el requisito de inspección efectiva de los asilos y casas cada cuatro meses para asegurar una dieta apropiada y la eliminación del uso de restricciones. En 1845, se aprobó la Ley de Asilos del País (COUNTRY ASYLUMS ACT) en Inglaterra, la cual exigió que cada condado proveyera asilos a los “pobres y lunáticos”. La política británica de proveer tratamiento más humano a los enfermos mentales fue considerablemente expandida a las colonias (Australia, Canadá, India, El Caribe, Sudáfrica, etc.) después de un incidente ampliamente publicitado de maltrato de pacientes ocurrido en Kingston, Jamaica, provocando una inspección de las instalaciones coloniales y las practicas. En Kingston, un artículo escrito por un antiguo paciente reveló que el personal utilizaba el “tanking” (someter en una tina de baño) para controlar y castigar a los pacientes mentales. Durante el “tanking”, los “lunaticos” de forma rutinaria eran retenidos bajo el agua en una tina de baño por las enfermeras y a veces por otros pacientes hasta que estaban cerca de la muerte.

1.9 La concepción de la locura en los Estados Unidos de América.

Sarason, I. y Sarason, B.¹⁹, señalan que con frecuencia, se da el crédito de la fundación de la psiquiatría en América a Benjamin Rush (1745-1813), uno de los personajes que firmó la Declaración de Independencia. Rush creía que la “locura” se debía a un engrosamiento de los vasos sanguíneos del cerebro. A pesar de que los métodos de tratamiento que utilizó (sangrías, purgas y curaciones con agua) en la actualidad nos parecen más un castigo que una terapia, llevó a cabo su labor en un hospital y no en una institución de custodia, sus métodos intentaban reducir la presión sobre los vasos sanguíneos del cerebro y disminuir así la enfermedad mental. El Hospital de Pensilvania, donde Rush introdujo sus nuevos métodos para el tratamiento, fue el primer Hospital en América que admitió pacientes que padecían enfermedades mentales. Su obra *Medical Inquiries and Observations upon the diseases of the mind*, que se publicó en 1812, fue el primer libro de texto en América sobre psiquiatría y se utilizó

¹⁹ Sarason, I. y Sarason, B., *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*, México, ed. Pearson educación, 2006, p. 18

como referencia básica durante más de 50 años. Rush diseñó una silla tranquilizadora con la intención de calmar a los pacientes restringiéndolos y privándolos del uso de sus sentidos.

De acuerdo con Lieberman²⁰ Benjamin Rush en su momento fue considerado como el Pinel del Nuevo Mundo por sostener que las enfermedades mentales y las adicciones eran dolencias médicas, no defectos morales, y por liberar de sus cadenas en 1780 a los internos del Hospital Pensilvania. Dicho autor refiere que Rush para mejorar la circulación sanguínea en el cerebro mentalmente enfermo, Rush inventó una silla giratoria en la que ataba al paciente psicótico y le hacía dar vueltas y vueltas como en un tiovivo (carrusel) hasta que sus síntomas psicóticos eran sustituidos por el mareo, la desorientación y los vómitos. Además, para combatir la sobrecarga sensorial que desquiciaba la mente y reducir el exceso de estímulos, inventó la silla tranquilizadora. Primero, se ataba al paciente a una silla robusta, luego, se hacía descender sobre su cabeza una caja de madera vagamente parecida a una jaula de pájaros, privando al paciente de imágenes y sonidos (y volviendo complicado un simple estornudo). Pero el método predilecto de Rush para tratar la locura resultaba más sencillo todavía: era la purga intestinal con laxantes elaborados a base mercurio, el venenoso metal, mismas píldoras a las que los pacientes les pusieron las bombas de Rush. Al despejar los intestinos, observaba Rush, se expulsaban todas las sustancias nocivas que causaban la enfermedad mental, junto con el desayuno, el almuerzo y la cena del día anterior. Finalmente, Rush adquirió su fama como médico por su defensa de los enfermos mentales y por las normas que propugnaba para atenderlos. Tras presenciar las espantosas condiciones en las que se encontraban los pacientes mentales del hospital Pensilvania de Filadelfia, Rush encabezó en 1792 una exitosa campaña para que el estado construyera un pabellón mental separado donde alojar a los pacientes de modo más humano y aunque las “bombas” y los tiovivos (sillas giratoria y tranquilizadora) puedan parecer erróneas y hasta disparatadas, indudablemente eran métodos más humanos que las palizas y las cadenas que constituían la norma en los manicomios a finales del siglo XVIII.

Benjamin Rush avanzó en la humanización del tratamiento promoviendo que el personal del Hospital de Filadelfia tratara a los

²⁰ Lieberman, J., *Historia de la psiquiatría. De sus orígenes, sus fracasos y su resurgimiento*, España, ed. Ediciones B, 2006, p. 70, <https://bit.ly/2vTwP7U>.

pacientes con calidez, respeto y comprensión. También favoreció el uso terapéutico de la terapia ocupacional, la música y los viajes. Su Hospital se convirtió el primero de Estados Unidos en admitir pacientes con trastornos mentales (Nevid, J., Rathus, S. y Green, B., 2014).

Por su lado, Oltmans, T., y Emery, R. ²¹ indican que a partir de comienzos del siglo XIX, el movimiento del tratamiento moral mejoró las condiciones en al menos algunos Hospitales Mentales. Fundado en un respeto básico a la dignidad humana y en la creencia de que el cuidado humanístico ayudaría a aliviar la enfermedad mental, la reforma del tratamiento fue instaurada por el liderazgo de los profesionales de la salud mental de la época tales como Benjamin Rush en los Estados Unidos, Phillipe Pinel en Francia y William Tuke en Inglaterra. En lugar del simple confinamiento de los pacientes mentales, el tratamiento moral ofrecía apoyo, cuidado y un grado de libertad. La creencia en la importancia de la razón y los beneficios potenciales de la ciencia jugaron un papel importante en el movimiento del tratamiento moral. En contraste con las explicaciones fatalistas y sobrenaturales que habían prevalecido durante la Edad Media, estos reformadores promovieron una visión optimista, argumentando que los trastornos mentales podían ser tratados exitosamente. Muchas de las instituciones mentales más grandes de Estados Unidos fueron construidas en el siglo XIX como resultado de la filosofía del tratamiento moral.

Según Karon, B. y VandenBos, G.²², el tratamiento moral significaba un tratamiento psicológico; sus principios eran muy simples. El primer principio era eliminar la crueldad. La fuerza física solamente se usaría para prevenir que un paciente se lastimara a sí mismo o a otros. No se usaría como castigo, no se usaría sádicamente, ni se usaría ligeramente. A pesar de lo evidente que parece este principio humanitario, dicha regla es difícil hacerla cumplir en la mayoría de las instituciones. El personal asustado de un Hospital a menudo es cruel. Uno de los efectos secundarios benignos de la introducción de los tranquilizantes en el siglo XX fue la disminución del miedo en el personal de los Hospitales. Con la ayuda de una técnica de control que no requiere intervención violenta, el personal se siente más seguro y mas seguido puede ser cálido y humano.

²¹ Oltmans, T., y Emery, R., op.cit., nota 3, p. 15.

²² Karon, B. y VandenBos, G., *Psychotherapy of schizophrenia. The treatment of choice*, USA, ed. Jason Aronson, 2004, p. 10.

Según dichos autores, el segundo principio consistía en que si no puedes ayudar al paciente, no hagas nada que pudiera dañarlo. Este es un sonado principio de medicina desde la época de Hipócrates, pero uno que es difícil de llevar a cabo consistentemente. En consecuencia, los pacientes no serán sometidos a humillación, faltas de respeto o a crueldad física. El tercer principio del tratamiento moral era conservar historias de caso exactas. La opinión de Pinel era que sus pacientes eran personas enfermas y que si él conservaba una correcta historia del caso, o al menos, tan precisa como pudiera obtenerse, él aprendería algo acerca del paciente; y eventualmente aprendería algo acerca de dichos pacientes en general. El último principio, y el único que es responsable tanto por el poder como por la debilidad del tratamiento moral, es que debes hacer lo que puedas para entender al paciente como ser humano. Los pacientes obtendrían atención individual y se les motivaría para vivir una vida normal como su condición y la institución lo permitieran, con miras a reintegrarlos a un lugar normal a la sociedad. El trabajo productivo era visto como algo bueno, tal como era visto en el mundo externo. Los elementos depresivos y destructivos de la institución deberían ser minimizados y los elementos productivos e interesantes deberían ser promovidos.

Butcher, J., Mineka, S. y Hooley, J.²³, comentan que el tratamiento moral tuvo un alto grado de efectividad, - lo cual es impresionante porque se hizo sin el beneficio de los medicamentos antipsicóticos que se usan hoy día- y porque muchos de los pacientes probablemente estaban sufriendo sífilis, una enfermedad del sistema nervioso central incurable en ese entonces. En el periodo de veinte años de 1833 a 1853, el índice de alta de pacientes que habían estado enfermos menos de un año antes de la admisión al Hospital Estatal de Worcester (Massachussets) fue de 71 por ciento. Incluso para los pacientes que tuvieron un trastorno durante más tiempo antes de la admisión el índice fue de 59 por ciento. En Londres, se reportó que durante un periodo de 100 años que culminó en 1876, el índice de “cura” fue de 45.7 por ciento para el afamado Hospital Bedlam.

Según dichos autores, a pesar de la efectividad reportada en muchos casos, el tratamiento moral fue casi abandonado en la última parte del siglo XIX. Las razones eran muchas y variadas. Entre las más obvias estaban los

²³ Butcher, J., et al., op.cit., nota 1, p. 39.

prejuicios étnicos en contra de la población inmigrante que incrementó en los Hospitales, misma que generó tensión entre el personal y los pacientes; la falla de los líderes del movimiento en entrenar sus propios reemplazos; y la sobreextensión de las instalaciones hospitalarias, las que reflejaban la creencia equivocada de que los hospitales más grandes solo diferirían de los más pequeños en tamaño. Otras dos razones de la desaparición del tratamiento moral son, en retrospectiva, verdaderamente irónicas.

Una fue el aumento del movimiento de la higiene mental, el cual abogó por un método de tratamiento que se enfocó casi exclusivamente en el bienestar físico de los pacientes mentales hospitalizados. Aunque los niveles de confort de los pacientes aumentaron, los pacientes no recibieron ayuda para sus problemas mentales y, en consecuencia, fueron sutilmente condenados a la indefensión y la dependencia. Otra razón fue que debido a los avances en la ciencia biomédica se creía que todos los trastornos mentales eventualmente cederían ante explicaciones biológicas y tratamientos biológicamente basados. Así, el ambiente psicológico y social de un paciente era considerado ampliamente irrelevante. Sin embargo, la cura biológica no fue descubierta y a finales de los cuarentas (1940's) y principios de los cincuentas (1950's) el índice de alta de pacientes bajó hasta casi el 30 por ciento. A pesar de los efectos negativos que tuvo en la utilización del tratamiento moral, el movimiento de la higiene mental realizó muchos logros humanitarios.

De acuerdo con Barrios²⁴, Dorothea Dix fue una profesora que inicialmente fundó algunos internados para señoritas y posteriormente se dedicó a su labor filantrópica. Se convirtió en asidua visitante de la prisión de Massachussetts, a lo largo de 1841, en donde comprobó las pésimas condiciones de tratamiento y reclusión en las que se encontraban los enfermos mentales, encarcelados junto a criminales sin que existieran criterios de clasificación interior, por sexo o edad. En los dos años siguientes comprobó que tales condiciones no eran infrecuentes en el resto de los establecimientos del Estado y por ello en 1843 elaboró un informe a la Asamblea Legislativa estatal describiendo sus hallazgos. Su labor permitió la ampliación del Asilo de Locos de Worcester. Posteriormente, visitó Rhode Island y Nueva York. Su influencia fue notoria en las décadas siguientes influyendo sobre la legislación de 15 estados en Estados Unidos y en

²⁴ Barrios, L.F., "La enfermería y la reforma psiquiátrico-penitenciaria", *Cultura de los cuidados*. Año VI, núm. 12, 2002, p.23, <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/4827>.

Canadá. Hasta 32 instituciones erigidas en EEUU siguieron sus recomendaciones.

Oltmans, T., y Emery, R.²⁵ mencionan que a mediados de 1800's, la defensora de la salud mental Dorothea Dix argumentó que tratar a los enfermos mentales en Hospitales era más humano y más económico que atenderlos descuidadamente en sus comunidades, y ella exhortó a que se construyeran edificios para alojar a los pacientes mentales. Dix y los reformadores que pensaban igual que ella, tuvieron éxito en sus esfuerzos. En 1830, había solo cuatro Hospitales Mentales Públicos en los Estados Unidos que en conjunto albergaban un total de menos de 200 pacientes. Para 1880, había 75 hospitales mentales públicos, con una población total de más de 35,000 residentes.

Butcher, J., Mineka, S. y Hooley, J.²⁶ señalan que a comienzos del siglo XIX los Hospitales Mentales eran controlados esencialmente por legos debido a la prominencia del tratamiento moral en el tratamiento de los "lunáticos". Los profesionales médicos o "alienistas," como eran llamados los Psiquiatras en esa época en referencia a su trato con los "alienados" o loco, tenían un rol con poca trascendencia en el cuidado de los locos y la administración de los asilos de la época. Además, los tratamientos para los trastornos mentales no estaban disponibles, las únicas medidas eran los procedimientos como drugging, hacer sangrías, y purgas, los cuales producían pocos resultados objetivos. Como sea, durante la última parte del siglo, los alienistas ganaron control de los asilos de locos e incorporaron la terapia de manejo moral tradicional a sus otros procedimientos físicos médicos rudimentarios.

Oltmans, T., y Emery, R.²⁷, refieren que la creación de grandes instituciones para el tratamiento de pacientes mentales llevó al desarrollo de una nueva profesión, la Psiquiatría. A mediados del siglo XVIII, los superintendentes de los Asilos para locos eran casi siempre médicos que tenían experiencia en el cuidado de personas con trastornos mentales severos. La Asociación de Superintendentes Médicos de Instituciones

²⁵ Oltmans, T., y Emery, R., op.cit., nota 5, p. 15.

²⁶ Butcher, J., et al., op.cit., nota 1, p. 41.

²⁷ Oltmans, T., y Emery, R., op.cit., nota 5, p. 16.

Americanas para Locos (AMSAI), que después se convirtió en la Asociación Americana de Psiquiatría, se fundó en 1884. Las grandes poblaciones de pacientes dentro de estas instituciones dieron una oportunidad a estos hombres para observar varios tipos de psicopatología en un extenso periodo de tiempo. Pronto comenzaron a publicar sus ideas acerca de las causas de estas condiciones, y también experimentaron con nuevos métodos de tratamiento.

Oltmans y Emery agregan que la invención y expansión de los hospitales mentales públicos pusieron en movimiento un proceso de observación sistemática e investigación científica que llevó directamente hacia nuestro sistema de cuidado a la salud mental actual. La creación de la Psiquiatría como grupo profesional, encargada de entender la Psicopatología, puso la base para que aumentara la preocupación por este problema público y los recursos financieros para resolver los problemas de los trastornos mentales. En los últimos 150 años, los profesionales de la salud mental y el público simpatizante repetidamente han acogido nuevos procedimientos de tratamiento que han sido recibidos como curas para los trastornos mentales. Quizá los más notorios fueron un grupo de tratamientos somáticos introducidos en la década de los 1920's y 1930's. Dichos tratamientos incluían el inducir fiebre, coma insulínica y lobotomía, una forma cruda de cirugía cerebral. Estos procedimientos dramáticos, que subsecuentemente probaron ser inefectivos, fueron aceptados con el mismo entusiasmo que le dio la bienvenida a las grandes instituciones en el siglo XIX en América. Miles de pacientes sometidos a estos procedimientos, los cuales permanecieron diseminados hasta comienzos de la década de los 1950's, momento en el que se descubrieron tratamientos farmacológicos más efectivos.

Nevid, J., Rathus, S. y Green, B.²⁸, refieren que las instituciones mentales en los Estados Unidos aumentaron en tamaño pero no proveyeron más que cuidado custodial, se deterioraron y se convirtieron en lugares aterradores. No era poco común encontrar residentes “revolcándose en sus propios excrementos”. Las camisas de fuerza, esposas, cunas, correas y otras herramientas se usaban para sujetar a los pacientes nerviosos o violentos. A mitad de los 1950's, la población en los Hospitales Mentales había crecido a medio millón. A pesar de que algunos Hospitales Estatales

²⁸ Nevid, J., et al., op.cit, nota 2, p. 13.

proveían cuidado decente y humano, muchos eran descritos como un poco más que nidos de víboras humanos. Los residentes estaban abarrotados en pabellones que carecían incluso del saneamiento rudimentario, y eran abandonados a vivir el resto de su vida con poca esperanza o expectativa de recuperarse o de regresar a su comunidad. Muchos recibían poco cuidado profesional y eran abusados por personal pobremente entrenado y poco supervisado.

Dichos autores agregan que estas condiciones espantosas provocaron reformas del sistema de salud mental, dando lugar a un movimiento hacia la desinstitucionalización, una política de desplazamiento de la carga del cuidado de los Hospitales Estatales a tratamientos basados en la comunidad, los cuales llevaron a un éxodo al por mayor de los Hospitales Mentales Estatales. La población de los Hospitales Mentales a través de los Estados Unidos fue en picada de casi 600,000 en los 1950's a cerca de 40,000 en el 2012. Algunos Hospitales Mentales se cerraron por completo. Otro factor que contribuyó al éxodo masivo de los Hospitales Mentales fue el desarrollo de una nueva clase de medicamentos – las fenotiazinas. Este grupo de medicamentos antipsicóticos se introdujo en los 1950's y ayudó a apaciguar los patrones de conducta más flagrantes asociados a la esquizofrenia. Las fenotiazinas redujeron la necesidad de estancias indefinidas en el Hospital y permitieron que muchas personas con esquizofrenia fueran dados de alta y se fueran a casas de medio camino, hogares grupales, y vida independiente.

Según Butcher, J., Mineka, S. y Hooley, J.²⁹, a partir del año de 1946, hubo un importante periodo de cambio en los Estados Unidos, Mary Jane Ward, escribió un libro titulado *The Snake Pit*, que fue popularizado al mismo tiempo como película, contribuyó a crear conciencia sobre la necesidad de proveer más cuidado de salud mental en la comunidad en lugar de hospitales mentales sobrepoblados. En ese mismo año se organizó el Instituto Nacional de Salud Mental que proveyó apoyo activo para la investigación y la formación a través de residencias en Psiquiatría y (después) en programas de Psicología Clínica. Además, en este periodo se aprobó la Ley Hill-Burton que financió los hospitales de salud mental comunitarios. Dicha Ley aunada a la Ley de Servicios de Salud Comunitarios de 1963, ayudó a crear una serie de programas para

²⁹ Butcher, J., et al., op.cit., nota 1, p. 43.

desarrollar clínicas psiquiátricas de atención ambulatoria, pisos de internamiento en Hospitales Generales, Consultorios Comunitarios y programas de rehabilitación. El libro del sociólogo Erving Goffman, titulado *Asylums*, publicado en 1961, contribuyó a aumentar el interés en la salud mental.

Dichos autores explican que en las décadas siguientes se cerraron varios Hospitales Psiquiátricos y que la desinstitucionalización es un fenómeno internacional ya que ha habido un cambio de lugar del cuidado de los pacientes psiquiátricos crónicos de los Hospitales Psiquiátricos a Servicios Residenciales basados en la comunidad, como sucede por ejemplo en Hong Kong, Holanda y Finlandia. Algunos países han experimentado una extensa desinstitucionalización en los últimos 20 años. Por ejemplo, en Inglaterra y Gales durante las últimas décadas del siglo XX, sólo 14 de 130 instituciones psiquiátricas permanecen abiertas; y Australia en el mismo periodo redujo en un 90% sus camas hospitalarias. En un estudio de seguimiento de pacientes en 22 Hospitales en Italia, se reportó que todos fueron cerrados y que 39% de los pacientes del Hospital habían sido derivados a Casas Hogar, 29% a edificios residenciales, y 29 por ciento a otros Hospitales Psiquiátricos; solo 2% regresaron con sus familias. No obstante lo anterior, muchos antiguos pacientes no se adaptaron a la vida en comunidad y las autoridades ahora hablan del “abandono” de los pacientes crónicos a una existencia cruel y dura. Una evidencia de las fallas de tratar a los pacientes psiquiátricos exitosamente a nivel comunitario en los Estados Unidos, son la gran cantidad de personas que viven en las calles de las ciudades que no tiene hogar y padecen trastornos mentales. El siglo XX cerró con incertidumbre respecto a la mejor forma de manejar las necesidades de los pacientes psiquiátricos severamente perturbados. Resulta claro que cerrar los hospitales y proveer tratamiento para las personas severamente perturbadas en la comunidad no ha probado ser la panacea que se creía hace unos pocos años.

Nevid, J., Rathus, S. y Green, B.³⁰ sostienen que en la actualidad la mayoría de los Hospitales son mejor manejados y proveen un cuidado más humano que los Hospitales del siglo XIX o de principios del siglo XX, pero las condiciones deplorables persisten. Los Hospitales estatales de ahora están más orientados hacia el tratamiento y se enfocan a preparar a los residentes para regresar a vivir a la comunidad. Proveen un ambiente

³⁰ Nevid, J., et al., op.cit, nota 2, p. 13.

estructurado para quienes no están en capacidad de funcionar en un lugar de la comunidad menos restrictivo. Cuando la hospitalización ha restaurado a los pacientes un nivel de funcionamiento más alto, los pacientes se reintegran a la comunidad y se les da cuidado de seguimiento y residencias de transición, si las necesitan. Sin embargo, los pacientes ancianos y crónicos no están preparados para manejar las actividades más rudimentarias de vida independiente (hacer compras, cocinas, limpiar, entre otras cosas) en parte porque el Hospital Mental puede ser el único hogar que dichos pacientes han conocido como adultos.

1.10 La concepción de la locura en México:

a) La locura en la época prehispánica:

De acuerdo con Pineda Muñoz³¹, para los aztecas el elemento explicativo de todo lo que ocurría en la naturaleza y de la sociedad, eran los dioses. La acción de los dioses como causantes de enfermedad, muerte o curación se ejercía en forma directa o por emisarios.

Otro de los elementos etiológicos de la medicina náhuatl lo constituyen los aires (echacame), que eran espíritus errantes atormentados que fueron castigados por su dispensiosa vida y por ello aborrecían a las personas descuidadas y perezosas causándoles males como parálisis facial o dermatitis. No obstante, el poder de estos seres etéreos nunca fue mayor que el de los dioses. Otro ser mitológico es el nahual (nahualli) al cual se le considera parte misma del individuo, y, cuando por alguna razón llegaba a penetrar en el corazón, producía enfermedades que hoy caracterizamos como emocionales o mentales. De igual forma, había hombres dañinos que eran magos maléficos u hombres búos (tlatlacatecolo) que habían aprendido las malas artes y poseían una gran variedad de procedimientos para hacer daño.

Así pues, para los antiguos mexicanos no sólo los dioses acarreaban enfermedades; sino que ellos mismos se las podían causar.

Según Pineda Muñoz, sería erróneo buscar en la medicina azteca algún concepto idéntico al de enfermo mental que se emplea actualmente,

³¹ Pineda Muñoz, J., Cultura azteca: conceptos de enfermedad y salud mental. *Multidisciplinaria*, vol. 2, 1993, p. 23.

pues los conceptos fisionómico-morales y principios dinámicos del ser humano entre los mexicas se configuraban por medio del binomio rostro-corazón, y no concebían al cerebro como origen de ningún sentimiento, acción o actitud de respuesta. En este orden de ideas, aquel hombre que poseía un rostro sereno y firme denotaba una dinámica interna buena; es decir, un corazón firme y sereno. Es por lo anterior que el individuo que presentaba un “cuadro clínico” de alteración emocional era denominado yollopoliuhqui, o sea, el que ha perdido el corazón; una interpretación más actual sería “el que ha perdido la cabeza” (la razón o el juicio).

Para remediar esos males, los mexicas desarrollaron técnicas herbolarias y conjuros. Los hombres o mujeres que presentaban el “cuadro clínico” no eran encerrados ni separados de la comunidad; mucho menos martirizados o señalados por sus vecinos, sino atendidos por un especialista en arreglar o componer los corazones torcidos que era el (Tonalpohuqui), un terapeuta empírico que desde su nacimiento el destino lo elegía para ello; no obstante, tenía que prepararse durante su adolescencia y juventud en el Calmécac.

Además del Tonalpohuqui, para tratar dichos males existían, aunque con otras funciones, el tlamatini, el tetonalmacani o tetonallaqui y el teopatani, que se encargaban fundamentalmente de los problemas emocionales de los niños.

En cuanto a la terapéutica, aunque existían una gran cantidad de métodos herbolarios, al yollopoliuhqui se le trataba mediante la “técnica” de nahualatoli, que consistía en el uso de palabras suaves y la explicación del origen de su mal por parte del tonalpohuqui.

b) La locura en la época colonial:

De acuerdo con Rodríguez-Sala³², en 1567 Fray Bernardino creó el Hospital de San Hipólito para recoger y sustentar en él a “todos los locos, inocentes y mentecaptos que hay en este reino y sus provincias de donde se traen para curarse y alimentarse de todo lo que les es menester para su comida, vestuario y limpieza”. Los internos procedían de los diferentes estratos sociales, de “todas naciones y calidades”; había en las salas de

³² Rodríguez-Sala, M.L., *Los cirujanos de hospitales de la nueva España (siglos XVI y XVII): ¿miembros de un estamento profesional o de una comunidad científica?*, México, ed. UNAM-IIS, 2005, p. 127, <https://bit.ly/2n7i4KB>.

enfermería, sacerdotes seculares y regulares, españoles, indios, negros, mulatos, mestizos; por su puesto que en alojamientos diferentes, según su pertenencia étnica. No sólo dio asistencia a este tipo de enfermos; también se recibieron en la institución a los convalecientes de otras instituciones, quienes al mejorar quedaban expuestos a recaer al no contar en sus hogares con la atención debida. San Hipólito también tuvo sus puertas abiertas para los ancianos hombres, incurables o impedidos y para todos los pobres que no encontraban alojamiento durante su paso por la ciudad capital.

En este mismo orden de ideas, Sacristán³³, refiere que en 1567 se estableció en México «el primer manicomio de América», el cual ha pasado a la historia como un hospital especializado en la atención de los enfermos mentales. Bernardino Álvarez, fundó dicho hospital con el apoyo del Ayuntamiento y del Arzobispado al que llamó «**Hospital de San Hipólito de convalecientes y desamparados**» para recibir a los más desprotegidos: los convalecientes, los ancianos y los locos. El otro hospital que también ha sido objeto de atención, aunque menor, fue concebido en 1687 por un carpintero de nombre José quien acogió en su casa a una prima de su esposa al parecer demente, hecho que despertó en él cierta sensibilidad motivándolo a recoger a cuantas mujeres, en apariencia locas, encontró deambulando por las calles. Cuando su casa ya no le permitió seguir albergando a más, obtuvo el patrocinio del arzobispo de México para empezar a construir un hospital, el cual quedó a cargo de la Congregación del Divino Salvador fundada por los jesuitas, de ahí que se le conociera con el nombre de **Hospital del Divino Salvador** (Hospital de La Canoa). Ambos hospitales no fueron cerrados sino hasta 1910 cuando se inauguró el **Manicomio de La Castañeda**.

De acuerdo con De la Fuente y Heinze³⁴, México se adelantó a todos los demás países del continente americano en la atención hospitalaria de los enfermos mentales. No obstante, la obra de Fray Bernardino realmente no incidió en el panorama general. Los enfermos mentales eran con frecuencia abandonados por sus familias, deambulaban por las calles mal alimentados y, en el mejor de los casos, eran guardados en espacios improvisados al amparo de algún personaje o agrupación compasiva.

³³ Sacristán, C., “Historiografía de la locura y la psiquiatría en México. De la Hagiografía a la historia posmoderna”, *Frenia*, Vol. V-1, 2005, p. 12, <http://documentacion.aen.es/pdf/frenia/2005/009-historiografia-de-la-locura-y-de-la-psiquiatria-en-mexico-de-la-hagiografia-a-la-historia-posmoderna.pdf>

³⁴ De la Fuente, J.R. y Heinze, G., “La enseñanza de la Psiquiatría en México”, *Salud Mental*, vol. 37, 2014, p. 523, <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n6/v37n6a11.pdf>.

c) La locura en la época del México independiente:

Sacristán³⁵, refiere que San Hipólito y La Canoa, se fundaron en la Ciudad de México durante los siglos XVI y XVII para acoger hombres y mujeres dementes bajo un espíritu cristiano que se apoyaba en valores como la caridad y la misericordia, pero también en la necesidad de preservar la tranquilidad pública. Dichas instituciones vivieron desde 1830 remodelaciones arquitectónicas encaminadas a instaurar el tratamiento moral, la terapéutica que dio origen al nacimiento del manicomio en Europa entre fines del siglo XVIII y principios del XIX.

Dicha autora señala que la figura del director-administrador fue sustituida por la del director-médico, hecho que ocurrió en La Canoa en 1860 y en San Hipólito en 1861, medicalizándose un espacio que por siglos estuvo bajo el dominio de la Iglesia y de la filantropía de particulares. A partir de 1861 el Estado secularizó las instituciones de beneficencia y alentó la discusión sobre el modelo terapéutico más adecuado para sustituir a los hospitales coloniales. Los cinco proyectos de «manicomio moderno» que se elaboraron en la Ciudad de México entre 1865 y 1910 coincidían en que la nueva institución debía reunir las condiciones propias de un «manicomio moral»: mantener aislado al enfermo para alejarlo de pasadas emociones, distribuir a los internos en pabellones, contar con amplios terrenos que evitaran la sensación de encierro, disponer de agua abundante, luz y vientos que garantizaran la higiene; establecer el trabajo terapéutico mediante las faenas del campo para los hombres y las labores domésticas para las mujeres; hallarse bajo la dirección de un médico y dar cabida a la investigación y la enseñanza de la psiquiatría.

Según Capetillo³⁶, las recomendaciones de la Comisión de médicos para la creación de un nuevo manicomio están basadas en los modelos hospitalarios de Francia, Inglaterra, Alemania y Bélgica en una tradición que va desde Pinel, pasando por nombres importantes como Esquirol en Francia, Tuke en Inglaterra, Jacobi en Alemania, llegando hasta el gran

³⁵ Sacristán, C., “La contribución de la Castañeda a la profesionalización de la Psiquiatría mexicana, 1910-1968”, *Salud Mental*, vol. 33, 2010, p. 475, <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n6/v33n6a1.pdf>.

³⁶ Capetillo, J., “Cuerpos sin historia. De la psiquiatría al Psicoanálisis en México (1880-1920)”, *Frenia*, Vol. VIII, 2008, p. 214, <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16453/16298>.

Charcot del Hospital Sainte-Anne de París. Este modelo consiste en la implementación del método terapéutico conocido como tratamiento moral que fuera propuesto por los alienistas europeos durante la primera mitad del siglo XIX.

De la Fuente y Heinze³⁷, señalan que en 1910, unos meses antes de que estallara la Revolución mexicana, el presidente Porfirio Díaz inauguró en los terrenos de la hacienda La Castañeda, en el sur de la Ciudad de México, el Manicomio General. La Castañeda fue la cuna de la psiquiatría pública mexicana, y, aun cuando se carecía de conocimientos y de recursos terapéuticos efectivos, la atención que ahí se prestaba no era necesariamente inferior a la que se ofrecía en otros países. Simplemente no había otras opciones.

Sacristán³⁸, indica que tras su aparatosa inauguración, el 9 de septiembre de 1910 fueron recibidos 779 hombres y mujeres procedentes de San Hipólito y La Canoa (Hospital del Divino Salvador), y unos cuantos del Hospital para Epilépticos de Texcoco, algunos con décadas de internamiento y poca información clínica. Durante la primera década, La Castañeda vivió un notorio relajamiento en sus prácticas asistenciales. El 25% de los pacientes que ingresaron entre 1914 y 1916 no fueron diagnosticados, cifra que llegó a 45% entre 1917 y 1920.

Dicha autora refiere que el reglamento señalaba que La Castañeda debía acoger «a las personas que sufran cualquier forma de enfermedad mental» sin distinción de sexo, nacionalidad, religión o edad (desde los cinco años), siempre y cuando presentaran un certificado firmado por dos médicos que indicara el diagnóstico de la enfermedad o «los síntomas más salientes, principalmente los defectos de conducta y la falta de adaptación al medio social», así como la necesidad de ser internados para su tratamiento.

Desde nuestro punto de vista, dicha disposición reglamentaria constituye un antecedente histórico del derecho a la salud mental, ya que en la actualidad dicho derecho se le reconoce a toda persona, y entre otros aspectos, incluye el derecho a un tratamiento a través de los servicios públicos de salud mental que organice el Estado.

³⁷ De la Fuente, J.R. y Heinze, G., op. cit., nota 24, p. 523.

³⁸ Sacristán, C., op. cit., nota 25, p. 476.

El Manicomio recibió en herencia a los pacientes trasladados de San Hipólito y La Canoa cuya cronicidad pudo influir para que 70% de ellos murieran tras sus muros, cifra que contrasta con 31% de fallecimientos entre los que ingresaron de 1910 a 1913 y 47% de altas «por curación» Obviar la historia clínica, como se estaba haciendo con casi la mitad de los nuevos ingresos, significaba restar capacidad terapéutica a la institución y permitir que la idea de la incurabilidad de los padecimientos psiquiátricos aflorara entre la opinión pública (Sacristán, C., 2010).

De acuerdo con Ríos, A., Sacristán, C., Ordorika, T. y López, X.³⁹, el Manicomio formó parte del programa de modernización urbana impulsado por el gobierno de Porfirio Díaz desde fines del siglo XIX en el terreno de la salud. Dicha reforma sanitaria condujo a la construcción de hospitales, campañas de prevención y vacunación, creación de una policía sanitaria, la aprobación del primer código sanitario, por mencionar sólo algunas acciones. La construcción de la nueva institución psiquiátrica inició en 1908, cubría una extensión de 141,662 m² en los terrenos de la antigua Hacienda La Castañeda, y fue planeada para albergar 1300 pacientes.

Dichos autores agregan que el nuevo Manicomio fue considerado por las élites como un incuestionable signo de modernización en materia de atención psiquiátrica, que garantizaba un lugar para México a la «altura de los países avanzados». Además de haber atendido a 61,480 pacientes, fue un espacio central para la formación de psiquiatras, neurólogos, enfermeras, psicólogos, psicómetras y trabajadoras sociales. Sin embargo, pasado el tiempo resultó insuficiente: a fines de los años cuarenta llegó a albergar hasta 3.800 pacientes y las condiciones de insalubridad y el hacinamiento se hicieron más evidentes, por lo que se creó una leyenda negra que se agudizaba con artículos periodísticos donde se exhibía a esta institución en decadencia total. Finalmente, el Manicomio La Castañeda fue clausurado en 1968 tras casi seis décadas de existencia.

Ríos, A., Sacristán, C., Ordorika, T. y López.⁴⁰, argumentan que la institución pasó por tres periodos. El primero de 1910-1919, se caracterizó por el decrecimiento en el número de ingresos. Inaugurado el Manicomio en

³⁹ Ríos, A., et al., “Los pacientes del manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta de la Historia Cuantitativa. (México,1910-1968)”, *Asclepio*, Vol 68 (1), 2016, p.2, <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/691/1003>.

⁴⁰ Íbidem, p. 4.

1910, estalló la Revolución y llegó, de manera paralela, la inestabilidad política, económica y administrativa. Durante los diez años de la etapa armada de la Revolución hubo doce directores titulares y tres interinos, así como una alta movilidad entre los médicos, ya que de los 98 contratados en los primeros diez años, 82 ya no laboraban en 1921. Lo más llamativo, es que los ingresos disminuyeron hasta alcanzar un punto realmente bajo en 1915, justamente cuando la guerra civil estaba en su momento más álgido debido a la cantidad de epidemias, falta de agua y de comida que, con razón, hicieron que aquel año fuera conocido como el «año del hambre».

El periodo de 1920-1944 fue de crecimiento. Al iniciar la década de 1920 aparecieron informes sobre el mal estado de las instalaciones del Manicomio, ya que durante la Revolución el mantenimiento fue precario: ausencia de colchones y sábanas, ventanas con los vidrios rotos, plagas de ratas y una farmacia raquítica. En esos años las instalaciones se descompusieron, los enseres se dañaron y no hubo recursos suficientes para cambiarlos. En esta década inició el aumento de la población psiquiátrica que se detuvo en 1944, año donde se registra la mayor cantidad de ingresos: 1,663 pacientes. Muchos de los nuevos internos solían ser indigentes con altos grados de desnutrición, deshidratación y alcoholismo, quienes al cabo de unos cuantos meses eran dados de alta. Es probable que la presencia de pacientes sin claros síntomas psiquiátricos haya alentado el otorgamiento de permisos de salida, pues llama la atención que entre 1930 y 1950 una cantidad notable de pacientes no retornaron tras el permiso que se les otorgó.

El periodo de 1944-1968 fue de estancamiento en el número de ingresos. A partir de 1944 comenzó el proceso de descentralización de la atención psiquiátrica y La Castañeda dejó de ser la institución que inexorablemente recibía pacientes de todo el país. La Operación Castañeda fue una estrategia para crear una red de hospitales psiquiátricos en diferentes estados de la república, para poco a poco reducir la población del Manicomio General y finalmente clausurarlo en 1968. Después de numerosas solicitudes por parte de los directivos, donde señalaban la cantidad de problemas que generaba la saturación de pacientes, en 1945 fue inaugurada la primera granja para enfermos mentales localizada en San Pedro del Monte (Guanajuato) en una extensión de 92 hectáreas con capacidad para 400 enfermos. Esta propuesta buscaba desahogar el Manicomio mediante el traslado de los pacientes crónicos considerados incurables, y permitir que los agudos recibieran los beneficios de la ciencia.

Esta granja fue la primera de doce instituciones erigidas para remplazar a La Castañeda: seis hospitales-granja, tres hospitales campestres, un albergue y dos hospitales psiquiátricos para agudos. Además, en 1964 se inauguró el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y diversas instituciones psiquiátricas en Jalisco, Monterrey y Yucatán. La creación de estas instituciones nos permite comprender el estancamiento en el crecimiento de la población de La Castañeda, el cual se mantuvo en un promedio de 1,500 ingresos por año entre 1944 y 1968.

Ríos, A., Sacristán, C., Ordorika, T. y López, X.⁴¹, después de haber realizado un estudio histórico cuantitativo con una amplia muestra de los expedientes del Manicomio General, concluyeron que el paciente de la Castañeda en promedio tenía 33.6 años de edad y pasó encerrado 18.1 meses antes de que fuese dado de alta por solicitud de la familia o por no haber regresado de permiso. Además, la alta proporción de pacientes que fueron dados de alta por solicitud de la familia puso de manifiesto el determinante papel de las redes parentales a la hora de asumir el cuidado de los pacientes, lo cual significa que, desde la perspectiva cuantitativa, el encierro prolongado de sujetos en estado de cronicidad no fue un problema que aquejara al Manicomio General.

Además, dichos autores encontraron cambios que tuvieron lugar en el terreno de la clínica: la recepción de Kraepelin en La Castañeda se evidencia en el uso de las categorías propuestas por este reconocido psiquiatra, particularmente la demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva. La primera, que para la década de 1920 sería remplazada por el término esquizofrenia, fue la enfermedad más diagnosticada en el Manicomio General, 19.9% de la totalidad de pacientes de la muestra recibió dicho diagnóstico. Este uso revela un progresivo abandono de los criterios clasificatorios franceses que habían sido utilizados desde finales del siglo XIX; proceso posibilitado por la aparición de la primera generación de psiquiatras jóvenes que le dieron la bienvenida a Kraepelin en mayo de 1925 cuando visitó el Manicomio La Castañeda.

Otro de los autores que tuvo impacto en la incipiente Psiquiatría Mexicana fue el Psicoanalista Austriaco Freud. De acuerdo con Capetillo⁴², refiere que la más remota referencia a Freud en México se localiza en 1920,

⁴¹ Ríos, A., et al., op. cit., nota 29, p. 14

⁴² Capetillo, J., op. cit., nota 26, p. 209.

año en que los Doctores José Meza Gutiérrez (Primer Director de la Castañeda en 1910) y Francisco Miranda, catedráticos de la Antigua Escuela Nacional de Medicina y psiquiatras del manicomio La Castañeda estudiaban y enseñaban las teorías de Pierre Janet y Sigmund Freud. Una de las consecuencias de esta enseñanza serán la tesis de licenciatura en Medicina que, con el título: «Psicoanálisis», presenta Manuel Guevara Oropeza en 1923 para obtener su grado de médico cirujano y obstetra. Tanto esta tesis de licenciatura como la presentada en 1929 por José Quevedo Jr. con el título: «Isaena. Un caso de tratamiento psicoanalítico» son documentos que rescatan el sentido de la primera recepción médica de Freud en México.

De acuerdo con De la Fuente y Heinze⁴³, en 1952, en la Facultad de Medicina de la UNAM, se separaron la Neurología y la Psiquiatría que antes se enseñaban conjuntamente y se estableció formalmente el adiestramiento en Psiquiatría con reconocimiento de la Escuela de Graduados. Si bien el psicoanálisis ha dejado de tener la influencia que en una época tuvo en el contexto de la psiquiatría, conviene recordar que en nuestro país, a principios de la segunda mitad del siglo pasado, regresaron a México algunos jóvenes psicoanalistas formados en la tradición freudiana, entre los que destacaron Santiago Ramírez y Ramón Parres. En la misma época, invitado por la UNAM, llegó a México Erich Fromm, precedido de fama internacional por sus aportaciones a la corriente humanista y social en el campo del psicoanálisis. Hoy en día el psicoanálisis es una disciplina autónoma, un tanto apartada de la medicina pero que, sin duda, ha dejado una huella profunda en la cultura occidental.

Por otro lado, cabe señalar que en 1937, en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM se elaboró el primer plan de estudios en Psicología, destinado a otorgar el título de Maestro en Psicología, con una duración de tres años. Luego, en 1956, se instauró el Doctorado Especializado en Psicología en el Colegio de Psicología. Finalmente, en 1960 la UNAM aprobó el primer plan de estudios de la Licenciatura en Psicología. En 1973, el Colegio de Psicología se independizó de la Facultad de Filosofía y Letras y se transformó en la Facultad de Psicología de la UNAM.

⁴³ De la Fuente, J.R. y Heinze, G., op. cit. nota 24, p. 524.

No obstante, fue hasta 1974 que se reconoció oficialmente a la carrera de Psicología, evento que permitió a los estudiantes tener derecho a una cédula profesional. El Dr. Santiago Ramírez, uno de los primeros psicoanalistas mexicanos formado en el extranjero, al igual que otros profesores, tuvo un gran impacto entre los estudiantes de la Facultad de Psicología, entre quienes difundió el Psicoanálisis, imprimiendo dicha orientación teórica al área clínica de la licenciatura. Por otro lado, La Tesis de Doctorado en Psicología de Marisa Fernández Pérez (1965) que versó sobre la dinámica familiar de cinco pacientes esquizofrénicos y la Tesis de Doctorado en Psicología de Raquel Radosh Corkidi (1969) que investigó los factores psicodinámicos en cinco madres con hijas esquizofrénicas, revelan el interés de los psicólogos mexicanos en la comprensión de uno de los trastornos mentales más diagnosticados en la Castañeda.

Incluso algunos de los primeros psicólogos mexicanos pudieron realizar prácticas profesionales en dicho Manicomio, así por ejemplo el Dr. Raymundo Macías realizó prácticas de Terapia Ocupacional con Psicóticos, mismas que reseñó en su tesis de Maestría en Psicología dirigida por el Dr. Guillermo Dávila en 1958, y la Dra. Anne Marie Brugman García realizó prácticas en dicho lugar en 1963 con el Dr. Dionisio Nieto.

Sacristán⁴⁴, sostiene que en 1943, Guevara Oropeza, el director de La Castañeda, firmó la sentencia de muerte del Manicomio cuando se le ocurrió decir: «las necesidades que impone la asistencia a los alienados son en la actualidad tan graves como pudieron haberlo sido antes de 1910». Fue entonces cuando comenzó a idear el proyecto que, sin saberlo, acabaría por convertirse en la política de salud mental del Estado mexicano entre 1945 y 1968: las granjas para enfermos mentales. La primera de estas granjas, inaugurada en 1945 en los terrenos de una antigua hacienda a unos cuantos kilómetros de León, en el estado de Guanajuato, sobre una extensión de 92 hectáreas con capacidad para 400 enfermos, giraba en torno a la ergoterapia, un instrumento terapéutico identificado con algunas corrientes de la psiquiatría de la década de 1930, como la obra del psiquiatra alemán Hermann Simon, *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*. Guevara Oropeza quiso que esta granja pionera fuera «una prolongación del manicomio» para desahogarlo de los pacientes crónicos, considerados incurables, y permitir que los agudos, al beneficiarse de los «adelantos científicos», le dieran a La Castañeda el rango de «auténtico hospital

⁴⁴ Sacristán, C., op. cit., nota 25, p. 479.

psiquiátrico». Pero ¿cómo desterrar la palabra manicomio cuando las más de 3,400 almas que poblaban la Castañeda hacían que cada médico tuviera que atender a un promedio de 300? Parecía el principio del fin.

Dicha autora añade que a la primera granja siguieron en 1958 la del Estado de Jalisco, cerca de Guadalajara y la del Estado de Michoacán en los alrededores de Morelia. Entre 1959 y 1964, se abrieron seis más repartidas entre los Estados de México, Tabasco, Oaxaca, Sonora y el Distrito Federal. En ese momento se aseguró que con ellas «los sistemas manicomiales, coercitivos y casi de aprisionamiento, han sido desechados para implantarse los modernos establecimientos para enfermos neuropsiquiátricos, donde, regulando el trabajo, la diversión, el descanso, y fijándole responsabilidades al paciente que vuelve a la conciencia de su dignidad personal», se logra «reintegrar al enfermo a una vida absolutamente normal» gracias a «los recursos de la farmacoterapia, la psicoterapia individual o de grupo». Hoy se sabe que estas buenas intenciones se quedaron en el discurso.

Por otro lado, Sacristán⁴⁵ refiere que a finales de 1965, el Secretario de Salud del presidente Díaz Ordaz hizo una visita a La Castañeda, donde nunca había puesto un pie. Conducido por Guillermo Calderón Narváez, a la sazón jefe del Pabellón Central, que junto con el Pabellón Piloto, dirigido por Dionisio Nieto, eran los únicos lugares que se solían enseñar, rompió con el itinerario habitual y le mostró el resto del Manicomio. Al parecer fue ahí donde el Secretario, impresionado por la pobreza y el abandono de los 2,800 pacientes que subsistían, decidió el cierre del manicomio. Esta tarea se conoció con el nombre de «Operación Castañeda» y se fue dando paulatinamente conforme se fueron abriendo las instituciones necesarias, que entre todas alcanzaron la cifra de 3,030 camas.

Sacristán⁴⁶ indica que, cuando en 1910 se inauguró La Castañeda, el modelo que lo inspiró de un manicomio de grandes dimensiones, que daba cabida a todo tipo de enfermos, conservando tanto funciones terapéuticas como custodiales, ya había sido duramente criticado en varios países desde fines del siglo XIX por su limitada eficacia.

⁴⁵ Sacristán, C. “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968”, *Salud Mental*, no. 33, 2010, p. 479.

⁴⁶ Sacristán, C. “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, *Secuencia*, no. 51, 2001, p. 113, <http://secuencia.mora.edu.mx/index.php/Secuencia/article/view/751/667>.

De la Fuente y Heinze⁴⁷, señalan que entre 1960 y 1970, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (ahora Secretaría de Salud) estableció una red de 11 hospitales. Las nuevas instalaciones representaron un avance que, sin embargo, no logró consolidarse por falta de recursos técnicos y económicos. No obstante, destacan el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, que tuvieron y mantienen una función importante tanto para la enseñanza como para fines asistenciales.

De acuerdo con el Programa de Acción Específica en Atención Psiquiátrica (2013-2018), alineado al Programa Sectorial de Salud y al Plan Nacional de Desarrollo, la Secretaría de Salubridad y Asistencia creó el Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental en 1947, con funciones de planeación, organización y coordinación operativa de las actividades de salud mental. La organización se modificó en 1959 para dar origen a la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación. En 1964 el área de salud mental se separó de la Dirección de Neurología creándose la Dirección de Salud Mental. En 1965 se inauguró el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, para ofrecer atención a la población infantil y adolescente, y en 1967 fueron inaugurados el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y el Hospital Psiquiátrico Campestre “Dr. Samuel Ramírez Moreno”.

En el Programa antes referido se señala que durante el periodo de 1970 a 1976, la Dirección de Salud Mental se encargó de coordinar la red de hospitales psiquiátricos del país. Al final de este periodo, se estableció la Dirección General de Salud Mental, cuya función fue coordinación operativa de estos servicios, formación de recursos humanos y desarrollo de investigaciones en los campos de la salud mental y la farmacodependencia, adicionándose a la unidad estructural, el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia.

De acuerdo con Oscar Benassini F⁴⁸., en 1971 se creó la “**Dirección General de Salud Mental**” cuyas facultades eran eminentemente operativas, concentrando los recursos financieros para operar los hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud en todo el país, y los administra, los

⁴⁷ De la Fuente, J.R. y Heinze, G., op. cit. nota 24, p. 524.

⁴⁸ Benassini, O. “La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI”, Salud Mental, Vol. 24, No. 6, diciembre 2001, p. 64, <http://www.inprfcd.gob.mx/pdf/sm2406/sm240662.pdf>.

norma y los regula. Sin embargo, con la aparición de las Jefaturas Estatales de servicios Coordinados, en 1981, la Dirección General de Salud Mental pierde recursos y facultades, y se transforma en una instancia de carácter exclusivamente normativo como “**Dirección de Normas de Salud Mental, Asistencia Social y Rehabilitación**”. Benassini destaca que esta instancia desarrolló la primera norma técnica para la prestación de servicios, a la vez que explora las labores de inducción, diseño de programas y almacén de información acerca de los procesos de atención, coordinación y apoyo técnico, especialmente de los hospitales psiquiátricos.

Asimismo, el autor antes citado continúa explicando que el consumo de drogas, y los problemas para la salud y la seguridad pública consecutivos a este hábito, fue adquiriendo relevancia y ello llevó a la Secretaría a proponer un programa nacional en la materia, en tres diferentes direcciones: la farmacodependencia, el alcoholismo y el tabaquismo. Menciona que para garantizar la operación del programa se creó un organismo de coordinación interinstitucional e intersectorial: el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Refiere que en 1995 se consideró conveniente reactivar la **Dirección General de Salud Mental**, para lo cual se fusionó la Dirección de Normas de Salud Mental con la oficina operativa del CONADIC, y se propuso un programa nacional de salud mental, cuya elaboración no llegó a concluirse. Además, indica que simultáneamente, la dirección desarrolló la **Norma Oficial Mexicana para la atención psiquiátrica hospitalaria**, vigente desde 1995. Comenta que en 1996 se decidió que la CONADIC volviera a operar en forma autónoma y en 1997 se creó la **Coordinación de Salud Mental** (CORSAME). Subraya que en estos años destaca el interés por mejorar las condiciones en que operan los servicios especializados en los hospitales psiquiátricos de todo el país, mediante apoyo financiero y trabajo de asesoría y coordinación.

En Septiembre de 1996, el Gobierno Federal publicó el **Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud**, mediante el cual se buscó reestructurar el sistema nacional de salud reconociendo que bajo la forma del sistema de esa época se tenía poca probabilidad de superar los rezagos acumulados y hacer frente a los nuevos retos, por lo cual con dicho Acuerdo se buscó descentralizar a las entidades federativas los servicios de salud para la población no asegurada, la configuración de sistemas estatales de salud, la ampliación de la cobertura a través de un paquete básico de servicios, y el mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones nacionales mediante una mejor coordinación sectorial.

Como puede verse, la política de descentralización en salud partió de la idea de que resultaba necesario descentralizar responsabilidades, recursos y decisiones para fortalecer el federalismo y reintegrar a la esfera local las facultades que les eran propias al suscribir el pacto federal; y para acercar a la población servicios fundamentales, que al ser prestados por los estados asegurarían a los usuarios mayor eficiencia y oportunidad. El Consejo Nacional de Salud creado en Enero de 1995 sería la instancia permanente de coordinación y concertación entre las autoridades centrales de la Secretaría de Salud y las autoridades de las 31 entidades federativas para el desarrollo del proceso de descentralización.

De acuerdo con el Programa de Acción Específica en Atención Psiquiátrica (2013-2018), entre las funciones de la **Coordinación de Salud Mental** creada en 1997 se contemplaban la supervisión y evaluación de los hospitales psiquiátricos (de todo el país), así como la coordinación operativa y administrativamente de tres hospitales especializados y tres centros de salud mental en el Distrito Federal. En el 2000 esta Coordinación cambió su denominación a **Servicios de Salud Mental**, a cargo de tres hospitales psiquiátricos (“Fray Bernardino Álvarez”, “Dr. Juan N. Navarro” y “Dr. Samuel Ramírez Moreno”) y tres Centros Comunitarios de Salud Mental (“Iztapalapa”, “Zacatenco” y “Cuauhtémoc”), todos en la Ciudad de México. En el 2004 se creó el **Órgano Desconcentrado Servicios de Atención Psiquiátrica**, y continúa a cargo de las seis unidades antes referidas hasta el momento actual, agrupando el mayor número de personal especializado en salud mental en México y otorgando el mayor número de servicios multidisciplinares tanto para la atención ambulatoria como la hospitalaria.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) tiene como antecedente el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), que se constituyó en 1972. Debido a la necesidad de extender sus funciones al ámbito de la salud mental y en respuesta a las gestiones del doctor Ramón de la Fuente Muñiz, en junio de 1978 se transformó en el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM). En 1979, se creó el Instituto Mexicano de Psiquiatría, con la finalidad de generar soluciones a las necesidades de salud mental de la época. En el 2000 en honor a su fundador, este Instituto cambió su nombre a Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Dicho Instituto es un referente nacional e internacional en materia de investigación multidisciplinaria en el campo de la salud mental, la docencia y brinda servicios clínicos a la población con trastornos mentales que no se

haya podido atender en Hospitales Psiquiátricos. Dicho Instituto fue dirigido del 2008 al 2018 por la Doctora en Psicología María Elena Medina Mora y actualmente es dirigido por el Dr. Eduardo Ángel Madrigal de León.

d) El tratamiento a la salud mental en la actualidad.

De la Fuente y Heinze⁴⁹, explican que actualmente en México el eje de la atención de la salud mental es el tercer nivel de atención; es decir, el más especializado, que es también el más costoso. Hay 46 hospitales psiquiátricos, 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales y ocho establecimientos residenciales. La mayoría de estos servicios se ubican en las grandes ciudades o cerca a ellas. Actualmente existen 544 establecimientos de salud mental para pacientes ambulatorios que ofrecen atención a 310 usuarios por cada 100 000 habitantes. El 27% de la atención ambulatoria se proporciona a niños y adolescentes.

De acuerdo con el **Informe Especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre los Hospitales Psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y Estados de la República Mexicana de 2013**, se determinó que en varios de los Hospitales Psiquiátricos del país que fueron visitados entre 2011 y 2012 se vulneran los derechos humanos de los pacientes.

La comisión arribó a dicha conclusión ante las irregularidades siguientes: la inexistencia de establecimientos para albergar a pacientes crónicos que no cuentan con familiares; las inadecuadas condiciones de las instalaciones; la mala alimentación; la falta de abastecimiento, vestido y calzado; restricciones en la comunicación con el exterior; omisión de notificación al Ministerio Público sobre los ingresos involuntarios, la falta de reglamentos y manuales de procedimientos advierten violaciones a los derechos humanos relacionados con el trato digno, la legalidad y la seguridad jurídica. Asimismo, determinó que las irregularidades en el registro de pacientes y en el consentimiento informado; la falta de personal médico; deficiencias en la prestación del servicio, en el equipo y el abasto de medicamentos; insuficiente personal de seguridad; falta de capacitación en materia de derechos humanos; inexistente clasificación de los pacientes; ausencia de modificaciones y adaptaciones para el desplazamiento de

⁴⁹ Íbidem, p. 526.

personas con discapacidad física; así como negativa de servicio a las personas que viven con VIH/SIDA, restringen el acceso a la protección de la salud y generan actos contrarios a la dignidad en contra de las personas que padecen dichas afecciones de salud.

Como resultado de dicho informe, podemos percatarnos que al momento de la visita a dichos Hospitales, ocurría una violación generalizada a los derechos humanos de la dignidad humana, la seguridad jurídica, la protección de la salud y la integridad personal de los pacientes, lo cual no abona en nada a conseguir el más alto nivel posible de salud mental de las personas que son atendidas en las instituciones públicas de atención a la salud mental.

En la actualidad, varios de dichos problemas persisten ya que por ejemplo en el Estado de Nuevo León, según se informó en una nota⁵⁰ de fecha 13 de septiembre de 2017, publicada en la página electrónica de *El Financiero*, en los últimos siete años la demanda de servicios de atención psiquiátrica en la entidad se ha triplicado, pero no se ha incrementado de manera proporcional la infraestructura ni los recursos humanos, lo cual ha creado problemas significativos en la capacidad de atención en el estado. Así, el diputado Marco Martínez, señaló que “Con el servicio de un nuevo **Hospital Psiquiátrico en Nuevo León**, o la reestructuración del actual, se resolvería un gran problema histórico en el estado y se cubriría una deficiencia de servicio asistencial que agobia a nuestra sociedad y para la cual la **Secretaría de Salud** no tiene una respuesta muy efectiva actualmente”. Además, el Congreso de Nuevo León acordó enviar un exhorto a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para que las instituciones de seguros y fianzas incluyan en sus pólizas de gastos médicos servicios de hospitalización para la atención psicológica o psiquiátrica para el asegurado o sus familiares.

Asimismo, de acuerdo con una nota⁵¹ publicada el día 22 de Noviembre del 2017, en la página electrónica de *Noticias Voz e Imagen de Oaxaca*, el Director del Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur de los Servicios de Salud de Oaxaca informó que en dicho Hospital tienen un cuadro básico de medicamento que no lo han podido tener completo, ya que trabajan al 52% en el surtimiento de medicamento, y los reingresos a hospitalización

⁵⁰ Recuperada de: <http://www.elfinanciero.com.mx/monterrey/exigen-recursos-para-hospital-psiquiatrico>.

⁵¹ Recuperada de: <http://www.nvnoticias.com/nota/76990/hospital-psiquiatrico-de-oaxaca-urge-atender-salud-mental>.

tienen que ver con que los pacientes no cuentan con el medicamento ya que el medicamento es muy caro. Asimismo, indicó que los pacientes tienen que trasladarse desde las ocho regiones del Estado hacia dicho Hospital Público y muchos de ellos hacen hasta 20 horas para llegar, recibir una consulta de 50 minutos y recibir su tratamiento. Por ello, pese a que ha mejorado la plantilla laboral, desde el sexenio pasado solicitaron la habilitación de áreas de urgencias, el medicamento que falta y la rehabilitación del hospital que está deteriorado, y no les han proporcionado los recursos.

En otra nota⁵² publicada el 5 de Diciembre del 2017, el Director del Hospital Psiquiátrico de Oaxaca refirió que en el 2008 dicho nosocomio perdió cerca del 40 por ciento de sus instalaciones porque fueron demolidas al ser "no habitables". Además, el Hospital ha perdido la extensión de su terreno ya que la construcción del Almacén Estatal, el Laboratorio Estatal, la Ciudad Judicial y los hospitales de la Mujer y de Adicciones llevaron a reducir en 90 por ciento de su terreno donde los enfermos realizaban terapias recreativas. Enfatizó que durante años el hospital careció de áreas de Terapia Ocupacional, de Talleres, Trabajo social, de Psicología, de Enseñanza e Investigación. El abasto de medicamento alcanzaba apenas al 40 por ciento.

Dicho Director añadió que en el 2006 la secretaria técnica del Consejo Nacional de Salud Mental, Virginia González Torres, propuso la apertura de villas que se construyeron en el nosocomio como resultado de la Reforma Psiquiátrica para la Reestructuración del Sistema de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en México, iniciándose la aplicación del modelo Miguel Hidalgo, el cual da un viraje al tratamiento tradicional de asilo y se basa en un modelo en el que son primordiales el respeto de los derechos humanos, al igual que la promoción de la prevención de la salud mental, además de que los usuarios de estos servicios obtendrían beneficios para reinsertarse en la sociedad. Indicó que el modelo Hidalgo comprendía talleres donde los pacientes o internos reciben apoyos económicos, fomento de salidas (paseos terapéuticos) y la oportunidad de vivir en Villas de Transición Hospitalaria, donde realizarían actividades semejantes a una vida cotidiana. Sin embargo, después de varios meses las Villas de Transición Hospitalaria establecidas en OAXACA comenzaron con problemas en la infraestructura, "hubo daños severos en la construcción, se hundieron y agrietaron, el personal no las habita por el riesgo que

⁵² Recuperada de: <http://www.nvinoticias.com/nota/58880/psiquiatrico-de-oaxaca-hospital-confinado>.

significa un derrumbe, por lo que se solicitaron dictámenes para ver qué tan habitables son y así iniciar el nuevo modelo con los pacientes.

El día 2 de abril del 2018, en la página electrónica del periódico *El Sol de Hidalgo*, se publicó una nota⁵³ en la que el director de Villa Ocaranza, el único hospital especializado en salud mental de Hidalgo, mencionó que en todo el estado solo se dispone de 20 psiquiatras para tres millones de habitantes y que de esos especialistas, 12 se concentran en el Hospital de Ocaranza, donde desde el año 2010 se experimenta el Modelo Hidalgo de Atención a Salud Mental, que sustituyó el antiguo sistema asilar vigente durante 32 años. En este nosocomio, se disponen de jardines, comedor, habitaciones decorosas y ya no se admiten enfermos que no estén respaldados por familiares, ya no hay asilo permanente. Es decir que no se admiten indigentes con problemas mentales sin respaldo familiar por lo cual andan a su suerte, recorriendo calles, sin ninguna institución que los atienda. Refirió que en el Hospital Ocaranza, el costo de las consultas es de 350 pesos y de un poco más de 500 pesos por día de internamiento pero es absolutamente gratis el servicio para quienes poseen el Seguro Popular.

En este mismo orden de ideas, el día 11 de Abril del 2018, se publicó una nota⁵⁴ en la página electrónica del periódico *El Sol de San Juan del Río*, en la que la responsable del Centro Estatal de Salud Mental en Querétaro refirió que la falta de medicamento es una constante en relación a las necesidades que hay y muchas de las dificultades en los servicios públicos, no sólo es el presupuesto, sino otras situaciones, a la mejor en relación a la administración de esos presupuestos, y que a veces dificulta contar con estos medicamentos. Asimismo, mencionó que es necesario que dicha entidad cuente con un Hospital Psiquiátrico ya que en los Hospitales Generales pesa mucho el estigma y discriminación para atender a gente que pueda tener cualquier padecimiento psiquiátrico, por ejemplo un intento suicida en un hospital general.

Asimismo, el día 15 de Abril del 2018, se publicó una nota en la página electrónica de la revista *Debate*⁵⁵, en la que el Director del Hospital

⁵³ Recuperada de: <https://www.elsoldehidalgo.com.mx/local/el-alucinante-mundo-de-la-locura>.

⁵⁴ Recuperada de: <https://www.elsoldesanjuandelrio.com.mx/local/necesario-hospital-psiquiatrico-1604634.html>.

⁵⁵ Recuperada de: <https://www.debate.com.mx/culiacan/culiacan-hospital-psiquiatrico-camas-atencion-medica-20180415-0041.html>.

Psiquiátrico de Sinaloa informó que dicho nosocomio no tiene camas suficientes para atender a los pacientes y también necesita personal de enfermería.

Por otro lado, en Diciembre de 2018, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, publicó un informe del **Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT)**, relativo a la visita que se realizó en mayo y junio de ese año a 39 instituciones que dependen de los gobiernos federal y estatal del país, y que brindan atención intrahospitalaria para examinar, desde su ingreso y durante el tiempo que permanecen las personas privadas de la libertad, el trato y las condiciones de internación. Los resultados de dicho informe son alarmantes, ya que se destacó que en 43.58% de los hospitales visitados se utilizan medidas de aislamiento como parte del tratamiento o como medida de contención, lo que es innecesario y violatorio de los derechos humanos; en 66.66% existen deficiencias en el mantenimiento e higiene de las instalaciones, afectando la calidad en la prestación del servicio médico e impiden que las y los pacientes sean alojados en condiciones de estancia digna; en 10.25% hay hacinamiento, considerado como trato cruel, inhumano o degradante; en 25.64% las personas internas carecen de vestido, calzado y ropa de cama.

Asimismo, se percibieron deficiencias en 20.51% de los hospitales respecto del consentimiento informado de ingreso involuntario; en 35.89% no se implementan medidas específicas para garantizar estancia digna y segura a las personas con padecimientos mentales; en 38.46% las y los pacientes no pueden realizar llamadas telefónicas ni leer revistas ni periódicos; 7.69% tienen deficiencias en la integración de los expedientes clínicos; en 25.64% faltan manuales y reglamentos de procedimiento; en 82.05% hay carencias en programas preventivos de enfermedades y tratamientos, equipo médico y medicamentos; en 79.46% el personal médico es insuficiente; 48.71% no cuenta con personal suficiente de seguridad; 53.84% no tiene personal capacitado en derechos humanos, 43.58% requiere de infraestructura para facilitar la accesibilidad de grupos de personas mayores o con algún tipo de discapacidad física o psicosocial.

Por otro lado, Berenzon, S., Saavedra, N., Medina-Mora, ME., Aparicio, V., y Galván, J.⁵⁶, en una de las últimas evaluaciones a los servicios de salud mental realizadas en México, reportaron que del total del

⁵⁶ Berenzon, S., et al., "Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿Hacia dónde encaminar la atención?" *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol.33 (4), 2013, p. 252.

presupuesto asignado a la salud, sólo el 2% estaba destinado a la salud mental y, de ese porcentaje, 80% se empleaba para el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos. El eje de la atención de la salud mental se encontraba en el hospital psiquiátrico y existían muy pocas unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales y establecimientos residenciales, así como servicios específicos para niños y adolescentes. El acceso estaba limitado por la centralización del sistema de atención, ya que la mayoría de los establecimientos se ubicaban en las grandes ciudades. Solamente 30% de los servicios de atención primaria contaban con protocolos de evaluación y tratamiento para trastornos mentales. Finalmente, en los establecimientos de salud mental, la tasa de psiquiatras, médicos, enfermeros y psicólogos por cada 100 000 habitantes registró valores de 1,6, 1,3, 3,4 y 1,5, respectivamente.

Dichos investigadores señalaron como propuestas:

1. Aumentar de manera paulatina la proporción de gasto en salud destinado a salud mental y reestructurar el modo de distribución del presupuesto, lo que ayudaría a disminuir la brecha entre la carga que representan los trastornos mentales y el presupuesto asignado para su atención.

2. Ubicar a los servicios de atención primaria como ejes articuladores de la atención en salud mental. Para ello, será necesario fortalecer los equipos y programas de salud mental en el primer nivel de atención, así como mantener una adecuada coordinación entre los diferentes niveles.

3. Transformar a los hospitales psiquiátricos en unidades de atención especializada, con las camas necesarias para atender solamente a las personas que requieran hospitalizaciones prolongadas.

4. Fortalecer la enseñanza de la salud mental en el pregrado de medicina y en las carreras de psicología, enfermería y trabajo social, entre otras, y mantener una capacitación continua —sobre salud mental— en los primeros niveles de atención.

5. Incrementar la participación de la sociedad civil y establecer vínculos sólidos entre el sector salud y las asociaciones de usuarios y familiares, de manera que tengan una participación más proactiva en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental.

Por su parte, De la Fuente y Heinze⁵⁷, señalan que otros países latinoamericanos como Colombia, Brasil y Chile, asignan un presupuesto superior al que se asigna en México, pues en dichos países el monto oscila entre el 5% y el 8% del gasto total en salud. De acuerdo con dichos autores destacan los planteamientos para integrar la salud mental a la red de servicios de salud en general, y la propuesta de revisar y actualizar la legislación en materia de salud mental, así como la protección de los derechos humanos de los pacientes y la protección social obligatoria para quienes sufren los trastornos mentales más frecuentes.

De igual forma, De la Fuente y Heinze, citan a Okie, S., al señalar que dada la elevada prevalencia de los trastornos mentales entre la población que requiere atención médica por diversas afecciones físicas que tienen repercusión en la esfera mental, es absolutamente necesario fortalecer el primer nivel de la atención médica. Se estima que cerca del 25% de los pacientes que acuden a estos servicios pueden tener alguna patología psiquiátrica, que muchas veces no es reconocida y por lo tanto tampoco tratada. El motivo de esta falta de detección es el reflejo de múltiples factores, pero tal vez el más importante es la falta de una educación adecuada en el área de salud mental para los profesionales de la salud que, en general, están poco sensibilizados para detectar y atender a los pacientes que presentan alguna comorbilidad psiquiátrica. En suma, con base en la información veraz disponible, quedan pocas dudas de que la demanda rebasa cotidianamente a la oferta, y que ésta, a pesar del esfuerzo realizado, es aún muy limitada en términos de infraestructura, recursos profesionales y financiamiento.

Por otro lado, de acuerdo con Berenzon Gorn S., Saavedra Solano N., Medina-Mora Icaza ME., Aparicio Basaurí V., y Galván Reyes J.⁵⁸, uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento. El tiempo que demoran los pacientes para recibir atención en un centro de salud oscila entre 4 y 20 años según el tipo de afección, al igual que lo observado en la mayoría de los países de América Latina. Al respecto consideramos que la brecha entre las necesidades de atención a la salud mental que tienen las personas y las oportunidades de

⁵⁷ De la Fuente, J.R. y Heinze, G., op. cit. nota 24, p. 526.

⁵⁸ Berenzon Gorn S., Saavedra Solano N., Medina-Mora Icaza ME., Aparicio Basaurí V., y Galván Reyes J., "Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿Hacia dónde encaminar la atención? Revista Panamericana de Salud Pública. 2013; 33 (4):252-8.

tratamiento que se encuentran disponibles es muy amplia y amerita que se realicen distintas acciones para disminuir dicha brecha.

En el Programa de Acción Específico en Salud Mental (2013-2018)⁵⁹, alineado al Programa Sectorial de Salud y al Plan Nacional de Desarrollo, se señala que en el año 2006, el Secretariado Técnico del Consejo de Salud Mental promovió la **“Declaración de México para la Reestructuración Psiquiátrica”** firmada por los Secretarios de Salud de las entidades federativas y otras autoridades de la República Mexicana. Además, se establecieron Villas de Transición Hospitalaria en seis estados de la República Mexicana: Estado de México, Jalisco, Tamaulipas, Hidalgo, Durango y Oaxaca. Los Programas de Rehabilitación Psicosocial e Invierno sin Frío, se implementaron en las 33 unidades hospitalarias de atención psiquiátrica en 26 entidades federativas. Se dio inicio a la conformación de una red completa de servicios que consta de unidades de primer, segundo y tercer nivel, dirigidos a la población en general, con una visión de atención comunitaria. Se ha incrementado el personal especializado en salud mental para atención primaria comunitaria, dicho personal se sumó a las unidades de salud general de diferentes municipios en las 32 entidades federativas.

Para el 2012 se logró el establecimiento de 42 Unidades Médicas Especializadas, Centro Integral de Salud Mental (UNEMES-CISAME´s) en 20 entidades federativas, para brindar atención ambulatoria con un modelo integral, cercano a la comunidad, conformado por distintos profesionales de la salud mental. Dichas unidades fueron creadas con la visión de acercar la salud mental a la población promoviendo de esta manera la atención y detección oportuna, evitando tanto la concentración de la atención en hospitalización, como la institucionalización de los enfermos mentales, siendo este último uno de los principales objetivos del Modelo Miguel Hidalgo Programa Nacional de Salud Mental.

Como puede verse, en México existen dos paradigmas de atención a la salud mental. El paradigma dominante es el más antiguo y tiene como eje de atención los Hospitales Psiquiátricos tradicionales que funcionan con base en un modelo médico psiquiátrico de enfermedad mental por lo cual su tratamiento es predominantemente de tipo psicofarmacológico, con aproximadamente cuatro contactos al año con el médico tratante y con poca

⁵⁹ Programa de Acción Específico en Salud Mental (2013-2018). Programa disponible en la página electrónica: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf.

atención psicológica, la cual no está al alcance de todos los pacientes. Dicho paradigma se rige por el Programa de Acción Específica en Atención Psiquiátrica (2013-2018), así como por las directrices de salud mental de cada entidad federativa. Asimismo, la mayoría de los puestos directivos en los Hospitales Psiquiátricos únicamente pueden ser ocupados por Médicos Psiquiatras, con excepción del INPRF que al ser un Instituto Nacional de Salud enfocado en la investigación más que en servicios asistenciales pudo ser dirigido por una Psicóloga.

Por otro lado, el Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental, pretende convertirse en el nuevo paradigma de atención a la salud mental donde se respeten los derechos humanos, y está siendo impulsado por la Secretaria Técnica del Consejo de Salud Mental, basándose en experiencias exitosas de Brasil, Chile, Cuba, Belice, Jamaica, Argentina, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Costa Rica y México.

Con base en dicho Modelo a la fecha se han creado Villas de Transición Hospitalaria en seis estados de la República Mexicana: Estado de México, Jalisco, Tamaulipas, Hidalgo, Durango y Oaxaca; y además, en Yucatán, se encuentran en fase de implementación. Dichas Villas de Transición Hospitalaria, según el artículo 4.1.38 de la NOM-025-SSA2-2014, son áreas de estancia hospitalaria con la estructura de una casa común, donde las usuarias y usuarios reciben atención integral médico-psiquiátrica las veinticuatro horas del día. Cuentan con área de talleres de rehabilitación, banco de reforzadores, salón de usos múltiples para las personas usuarias, unidades de atención médica de cuidados especiales, oficinas administrativas, áreas de urgencias y consulta externa.

Asimismo, a la fecha existen un total de 51 Centros Integrales de Salud Mental (CISAME´S) distribuidos en las entidades federativas, con excepción de los Estados de Baja California Norte, Nuevo León, Colima, Michoacán, Guerrero, Oaxaca, Hidalgo, Tabasco y Campeche, que no cuentan con ninguno de dichos centros integrales de salud mental. Dichos CISAME´S, de acuerdo con el artículo 4.1.9 de la NOM-025-SSA2-2014, son centros de atención primaria ambulatoria que cuentan con los elementos y equipo necesario para la detección oportuna y la atención inmediata de cualquier trastorno mental, o en su caso, para referencia de las personas usuarias, así como para realizar actividades de prevención y promoción de la salud mental.

De acuerdo con el Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018, los CISAME´S están conformados por equipos multidisciplinarios básicos que constan al menos, de un psiquiatra, un psicólogo clínico, un psicólogo especialista (especialidad en psicoterapia), un trabajador social, un enfermero, admisión, farmacia y administrativos.

Según se explica en la página electrónica del Consejo Nacional de Salud Mental⁶⁰ de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, los CISAME´S fueron creados con la visión de acercar la salud mental a la población promoviendo de esta manera la atención y detección oportuna, evitando tanto la concentración de la atención en hospitalización, como la institucionalización de las personas con trastornos mentales, siendo este último uno de los principales objetivos del Modelo Miguel Hidalgo de Atención a la Salud Mental.

En este orden de ideas, el Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018, señala que los grandes hospitales psiquiátricos custodiales deben ser sustituidos paulatinamente por centros de atención comunitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales, con vistas a satisfacer todas las necesidades de los enfermos que eran competencia de dichos hospitales y que este viraje a la atención comunitaria requiere la existencia de personal sanitario y servicios de rehabilitación a nivel comunitario, junto con la provisión de apoyo para situaciones de crisis, viviendas protegidas y empleo protegido.

Asimismo, en dicho Programa se menciona que la Unidad de Psiquiatría en Hospital General, se refiere a unidades de estancia corta cuya prestación de servicios, tiene por objeto proporcionar atención médica a personas con trastornos mentales como patología única o asociada a otras enfermedades; requiere un área específica para hospitalización, urgencias y diferenciada para consulta externa al interior del hospital general. Así, el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, a través de dicha unidad, como parte de una red de servicios comunitarios, pretende participar activamente en la reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura, propuesta por la OMS.

De igual forma, en el multirreferido Programa indica que a través de esta estructura, se busca proporcionar atención ambulatoria en los hospitales generales, e ingresos breves, favoreciendo procesos integrales de

⁶⁰ Página electrónica del Consejo Nacional de Salud Mental: <http://www.consame.salud.gob.mx/contenidos/consame/antecedentes.html#>.

recuperación, centrados en el usuario, con enfoque de respeto a los Derechos Humanos, mediante procesos y personal competente, y asegurando la disponibilidad de la infraestructura y equipamiento pertinentes. Estas Unidades de Psiquiatría, constituyen el proceso de transición, de la atención al paciente en hospitales psiquiátricos de estancia prolongada, a diversos servicios interrelacionados, que incluyen, además de ingresos breves, atención ambulatoria.

Uno de los problemas que ha presentado la implementación del Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental cuando se intenta sustituir a un hospital psiquiátrico por villas de transición hospitalarias es que los trabajadores muestran resistencia al cambio principalmente por desconocer el modelo. Asimismo, también se muestra resistencia por intereses gremiales ya que por ejemplo las Asociaciones Psiquiátricas han mostrado su desacuerdo en que en algunas instituciones del Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental se hayan nombrado como Directoras a Psicólogas, como es el caso de los Estados de México y Yucatán, lo cual ha generado un recelo profesional al experimentar la pérdida del poder directivo que tienen los Psiquiatras en los Hospitales Psiquiátricos tradicionales.

Esto es así toda vez que en una nota periodística publicada el día 15 de Abril del 2018 en La Jornada Maya⁶¹, se publicó que Virginia González Torres, Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) expresó que lamenta que los integrantes de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM), entre ellos varios especialistas Yucatecos, “psiquiatras de la vieja guardia” pretendan interrumpir el programa que se desarrolla en diversos estados del país y desprestigiarlo. Recordó que en Marzo del 2018 inició la construcción de las villas de transición hospitalaria correspondientes al Modelo Hidalgo, con inversión de 147 millones 876 mil 458 pesos, cuyos logros ya empiezan a ser palpables en Yucatán.

Asimismo, Virginia González comentó que el Modelo Nacional Miguel Hidalgo es un programa humanista que defiende los derechos humanos de los usuarios, así como de los trabajadores de la salud mental, cuyos hospitales y villas de transición cumplen con la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSSA2-2014 correspondiente a la prestación de servicios de salud y unidades de atención integral médico-psiquiátrica. Remarcó que dicho Modelo, en todo momento busca la gratuidad en los servicios de salud

⁶¹ Recuperada de: <https://www.lajornadamaya.mx/2018-04-15/Yucatan--referente-del-Modelo-Miguel-Hidalgo--Virgina-Gonzalez>.

mental, es apolítico, no pertenece a asociación religiosa alguna y sobre todo busca acabar con la corrupción y se evita que los usuarios sean utilizados en investigaciones sin protocolos. De igual forma, reprobó los hechos violentos ocurridos en el Hospital José Sayago (Estado de México) donde 70 personas integrantes de la sección 63 del SNTSA, así como ajenas al gremio, trataron de ingresar a la fuerza a las instalaciones del nosocomio, pero los trabajadores del Hospital lo impidieron para salvaguardar el bienestar físico y mental de las 200 usuarias de dicho Hospital.

Si bien este nuevo Modelo se basa en varias experiencias exitosas en América Latina, el mismo no ha estado exento de fallas y polémicas en los Estados Unidos de América donde el cierre de hospitales psiquiátricos ha provocado que personas con trastornos mentales que estuvieron asiladas se hayan convertido en personas indigentes, e incluso en México, si bien se cuenta con la experiencia exitosa del Estado de Hidalgo, en el mismo se discrimina a las personas indigentes a quienes no se les da la atención requerida. Asimismo, en el caso de Oaxaca, dicho modelo no se logró implementar adecuadamente ya que las villas de transición creadas fueron afectadas en cuanto a su infraestructura por un sismo, por lo cual deberá tomarse con cautela y evaluarse continuamente su eficacia. Por otro lado, si bien se ha avanzado en la construcción de los Centros Integrales de Salud Mental (CISAME'S) aún estamos lejos de lograr la cobertura total de la población en cuanto a servicios de salud mental, ya que hay nueve entidades federativas que aún no cuentan con ningún CISAME.

1.11 Conclusiones:

1.- Las explicaciones religiosas atribuyen la locura a la posesión de la persona sea por espíritus benignos o malignos, y en consecuencia, los tratamientos son espirituales tales como el exorcismo para expulsar al demonio de la persona afligida. También se realizaba magia, rezos, encantamientos, ruidos, y se utilizaban mezclas de horrible sabor hechas de estiércol de oveja y vino. En el caso de Grecia, se enviaba a los locos a los templos de los dioses para recibir la curación. El descanso, la dieta nutritiva y el ejercicio también formaban parte del tratamiento.

2.- Las explicaciones médico-biológicas atribuyen la locura a causas naturales, y en consecuencia, los tratamientos son biológicos. Hipócrates atribuyó los trastornos mentales al desequilibrio de los humores y el tratamiento era un intento para restablecer el equilibrio ideal. Posteriormente Galeno, señaló que la locura no sólo era producto de desequilibrios humorales sino que también era resultado de lesiones en la cabeza, uso excesivo de alcohol, trauma, shock, miedo, adolescencia, cambios menstruales, reveses económicos y decepción en el amor. Los tratamientos médicos eran drásticos y dolorosos, ya que incluían sangrías, purgas, uso de frío y calor. También los entornos agradables eran considerados de gran valor terapéutico y se proveía a los pacientes mentales con constantes actividades, que incluían fiestas, bailes, paseos en los jardines del templo, remar a lo largo del Nilo y conciertos musicales. También se usaban dietas, masaje, hidroterapia, gimnasia, y educación.

3.- Las explicaciones filosóficas de la locura eran variadas. Por un lado, Platón tomó en cuenta influencias socioculturales en el moldeamiento del pensamiento y la conducta. Sus ideas sobre el tratamiento incluían la provisión de cuidado hospitalario para los individuos que desarrollaban creencias que iban en contra de las del orden social más amplio. Ahí se les involucraría en conversaciones comparables a la psicoterapia para promover la salud de sus almas, y admitía que los trastornos mentales eran causados por las divinidades. Por su parte, Aristóteles rechazó la posibilidad de que los trastornos mentales pudieran ser causados por factores psicológicos como la frustración y el conflicto, y adoptó la teoría hipocrática de las alteraciones de los humores para explicar por ejemplo los impulsos suicidas.

4.- En la época medieval la locura se atribuyó nuevamente a causas sobrenaturales. Durante los inicios de la Edad Media, los perturbados mentales, en su mayoría, eran tratados con considerable amabilidad. Los monasterios sirvieron como refugios y lugares de confinamiento. El “tratamiento” consistía en la oración, agua bendita, ungüentos santificados, el soplo o saliva de los sacerdotes, tocar reliquias, visitas a lugares sagrados, y formas moderadas de exorcismo, combinadas con tratamientos médicos. En caso de que no funcionara el exorcismo se usaba la tortura. La conducta perturbada era considerada responsabilidad de la familia en lugar de la comunidad o el Estado. Muchas personas eran resguardadas en su casa, y otras deambulaban libremente como pordioseros. Las personas perturbadas mentales que eran violentas o parecían peligrosas a menudo eran aprisionados con criminales. Los que no podían subsistir por sí mismos eran colocados en casas de beneficencia.

Paralelamente, en el mundo árabe se fundaron diversos hospitales reservados a los locos en los siglos VII, XII y XIII, practicándose un tratamiento a través de la música, la danza, los espectáculos y la audición de relatos maravillosos, siendo médicos quienes dirigían la cura.

5.- A fines de la Edad Media y comienzos del Renacimiento, se reconoció que la locura tenía causas físicas y psicológicas, lo cual ameritaba un tratamiento más humano. Así destacaron el médico suizo Paracelso (1490-1541), el médico alemán Johan Weyer (1515-1588), y el sacerdote francés San Vicente de Paul (1576-1660), lo cual llevó al surgimiento de asilos y hospitales en España, Inglaterra, México, Francia, Rusia, Austria y Estados Unidos, mismas instituciones que se encargarían del cuidado de los perturbados mentales, sin estar exentas de problemas. Destacó el Hospital de Valencia, España, fundado en 1410, como el primer Hospital Psiquiátrico del Mundo, ya que a la atención humanitaria dispensada allí, se añadía la asistencia médica. Se dice que no fue Pinel sino los psiquiatras españoles los primeros en retirar las cadenas e instituir el tratamiento moral, con ejercicios, juegos, ocupaciones, entretenimientos, dieta e higiene.

6.- La Era Moderna del tratamiento comenzó con los esfuerzos de los franceses Jean-Baptiste Pussin y Phillipe Pinel a fines del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, quienes abogaron por quitarle las cadenas a los “locos incurables”, y tratarlos con respeto y amabilidad, trasladando a los pacientes de oscuros calabozos a cuartos bien ventilados y con luz de sol.

Asimismo, Pinel desarrolló la terapia moral como un tratamiento consistente en hablar con los internos, en la creencia de que mostrar entendimiento y preocupación podrían ayudarlos a restaurar su funcionamiento normal. La filosofía del tratamiento se basaba en la idea de que proporcionar un tratamiento humano en un ambiente relajado y decente podría restaurar el funcionamiento.

7.- Al mismo tiempo que Pinel estaba reformando la Bicetre en Francia, un cuáquero inglés llamado William Tuke (1732-1822) estableció el Retiro de York en Inglaterra, una agradable casa de campo donde los pacientes mentales vivían, trabajaban y descansaban en una atmósfera cálida y religiosa. La pequeña fuerza de los cuáqueros gradualmente ganó apoyo de Médicos Ingleses Thomas Wakley y Samuel Hitch. En 1842, siguiendo la presión de Wakley para el cambio, se aprobó la Ley de Indagación de la Locura (LUNACY INQUIRY ACT), que incluía el requisito de inspección efectiva de los asilos y casas cada cuatro meses para asegurar una dieta apropiada y la eliminación del uso de restricciones. En 1845, se aprobó la Ley de Asilos del País (COUNTRY ASYLUMS ACT) en Inglaterra, la cual exigió que cada condado proveyera asilos a los “pobres y lunáticos”. La política británica de proveer tratamiento más humano a los enfermos mentales fue considerablemente expandida a las colonias (Australia, Canadá, India, El Caribe, Sudáfrica, etc.).

8.- La concepción de la locura en los Estados Unidos de América estuvo influida por las ideas europeas. Uno de los pioneros, Benjamin Rush (1745-1813), conocido como el Pinel del nuevo mundo, atribuyó la “locura” a un engrosamiento de los vasos sanguíneos del cerebro, en consecuencia sus métodos de tratamiento consistieron en sangrías, purgas intestinales, curaciones con agua, uso de sillas giratorias y sillas tranquilizadoras; y pese a que dichos tratamientos parecen más bien castigos, en realidad intentaban reducir la presión sobre los vasos sanguíneos del cerebro y disminuir así la enfermedad mental. Dicho médico promovió que el Estado construyera un pabellón mental separado para dar un trato más humano que las palizas y las cadenas que constituían la norma en los manicomios a finales del siglo XVIII. Además, promovió el trato cálido, respetuoso y comprensivo hacia los pacientes, introduciendo el tratamiento moral, la terapia ocupacional, la música y los viajes. En 1780 liberó de sus cadenas a internos del Hospital de Pensylvania.

Muchas de las instituciones mentales más grandes de Estados Unidos fueron construidas en el siglo XIX como resultado de la filosofía del tratamiento moral promovida por Pinel. Dicho tratamiento consiste básicamente en un tratamiento psicológico consistente en eliminar la crueldad, ayudar, no dañar, conservar historias de caso, y hacer lo posible por entender al paciente como ser humano. Pese a que el tratamiento moral tuvo un alto grado de efectividad en la última parte del siglo XIX se abandonó. Así, el ambiente psicológico y social de un paciente fue considerado ampliamente irrelevante en la expectativa de que eventualmente todos los trastornos mentales cederían ante explicaciones biológicas.

Otro de los pioneros fue Dorothea Dix, una profesora que al observar las pésimas condiciones de tratamiento y reclusión en las que se encontraban los enfermos mentales en los establecimientos del Estado presentó informes ante las Asambleas Legislativas, logrando influir sobre la legislación de 15 estados en Estados Unidos y en Canadá. Hasta 32 instituciones erigidas en EEUU siguieron sus recomendaciones. Ella fue la impulsora del movimiento de la higiene mental que abogaba por un método de tratamiento que se enfocó casi exclusivamente en el bienestar físico de los pacientes mentales hospitalizados. Aunque los niveles de confort de los pacientes aumentaron, los pacientes no recibieron tratamiento moral para sus problemas mentales y, en consecuencia, fueron sutilmente condenados a la indefensión y la dependencia.

Dorothea argumentaba que tratar a los enfermos mentales en Hospitales era más humano y económico que atenderlos descuidadamente en sus comunidades, y por ello exhortó a que se construyeran edificios para alojar a los pacientes mentales. En 1830, había solo cuatro Hospitales Mentales Públicos en los Estados Unidos que en conjunto albergaban un total de menos de 200 pacientes. Para 1880, había 75 hospitales mentales públicos, con una población total de más de 35,000 residentes.

Posteriormente, las instituciones mentales aumentaron en tamaño pero no proveyeron más que cuidado custodial, se deterioraron y se convirtieron en lugares aterradores. A mitad de los 1950's, la población en los Hospitales Mentales había crecido a **medio millón**. A pesar de que algunos Hospitales proveían cuidado decente y humano, muchos eran descritos en algunos libros como nidos de víboras humanos. Dichas condiciones espantosas provocaron reformas del sistema de salud mental,

dando lugar a un movimiento hacia la **desinstitucionalización**, consistente en una política de desplazamiento de la carga del cuidado de los Hospitales Estatales a tratamientos basados en la comunidad.

A partir del año de 1946, hubo un importante periodo de cambio en los Estados Unidos, en ese año se organizó el **Instituto Nacional de Salud Mental** que proveyó apoyo activo para la investigación y la formación a través de residencias en Psiquiatría y después en programas de Psicología Clínica. Además, en este periodo se aprobó la **Ley Hill-Burton** que financió los hospitales de salud mental comunitarios. Dicha Ley aunada a la **Ley de Servicios de Salud Comunitarios** de 1963, ayudó a crear una serie de programas para desarrollar clínicas psiquiátricas de atención ambulatoria, pisos de internamiento en Hospitales Generales, Consultorios Comunitarios y programas de rehabilitación.

La población de los Hospitales Mentales a través de los Estados Unidos fue en picada de casi 600,000 pacientes en los 1950's se pasó a cerca de 40,000 en el 2012. Algunos Hospitales Mentales se cerraron por completo. Otro factor que contribuyó al éxodo masivo de los Hospitales Mentales fue el desarrollo de las fenotiazinas. Dicho grupo de medicamentos antipsicóticos se introdujo en los 1950's y ayudó a apaciguar los patrones de conducta más flagrantes asociados a la esquizofrenia. Las fenotiazinas redujeron la necesidad de estancias indefinidas en el Hospital y permitieron que muchas personas con esquizofrenia fueran dados de alta y se fueran a casas de medio camino, hogares grupales, y vida independiente.

Diversos autores han señalado que cerrar los hospitales y proveer tratamiento para las personas severamente perturbadas en la comunidad no ha probado ser la panacea que se creía hace unos años, ya que existen muchas personas que padecen trastornos mentales viviendo en las calles de las ciudades en Estados Unidos de América. Los Hospitales ahora están más orientados hacia el tratamiento y se enfocan a preparar a los residentes para regresar a vivir a la comunidad. Cuando la hospitalización ha restaurado a los pacientes un nivel de funcionamiento más alto, los pacientes se reintegran a la comunidad y se les da cuidado de seguimiento y residencias de transición, si las necesitan.

Uno de los problemas que se han presentado en los EEUU es que los pacientes ancianos y crónicos no están preparados para manejar las

actividades más rudimentarias de vida independiente en parte porque su único hogar como adultos ha sido el Hospital Mental.

9.- La concepción de la locura en México en la época prehispánica era de tipo religiosa y sobrenatural. Así, para los Aztecas las enfermedades que ahora caracterizamos como mentales, tenían su origen en los dioses, en los espíritus errantes, los nahuales, los magos y hombres dañinos, entre otros. El individuo que presentaba una alteración emocional era denominado yollopolihqui, o sea, el que ha perdido el corazón. Para remediar esos males, los mexicas desarrollaron técnicas herbolarias y conjuros, y a nivel terapéutico desarrollaron la “técnica” de nahualatoli, que consistía en el uso de palabras suaves y la explicación del origen de su mal por parte del tonalpohuqui.

En la época colonial, el tratamiento de las personas con alteraciones mentales estuvo a cargo de congregaciones religiosas. El Hospital de San Hipólito de Convalecientes y Desamparados fundado por Bernardino Álvarez, y el Hospital del Divino Salvador “La Canoa” fundado por José un carpintero, se fundaron en la Ciudad de México durante los siglos XVI (1567) y XVII (1687) para acoger hombres y mujeres dementes, respectivamente, bajo un espíritu cristiano que se apoyaba en valores como la caridad y la misericordia, pero también en la necesidad de preservar la tranquilidad pública.

En la época independiente, las instituciones antes referidas vivieron remodelaciones arquitectónicas encaminadas a instaurar el tratamiento moral, la terapéutica que dio origen al nacimiento del manicomio en Europa entre fines del siglo XVIII y principios del XIX. A partir de 1861 el Estado secularizó las instituciones de beneficencia y alentó la discusión sobre el modelo terapéutico más adecuado para sustituir a los hospitales coloniales.

Así, entre 1865 y 1910 se hicieron varias propuestas para crear un «manicomio moral» basadas en los modelos hospitalarios de Francia, Inglaterra, Alemania y Bélgica, mismo manicomio que debía reunir las siguientes características: mantener aislado al enfermo para alejarlo de pasadas emociones, distribuir a los internos en pabellones, contar con amplios terrenos que evitaran la sensación de encierro, disponer de agua abundante, luz y vientos que garantizaran la higiene; establecer el trabajo terapéutico mediante las faenas del campo para los hombres y las labores

domésticas para las mujeres; hallarse bajo la dirección de un médico y dar cabida a la investigación y la enseñanza de la psiquiatría.

En 1910, el presidente Porfirio Díaz inauguró el Manicomio General en los terrenos de la hacienda La Castañeda, en el sur de la Ciudad de México. El reglamento de dicho Manicomio señalaba que La Castañeda debía acoger «a las personas que sufran cualquier forma de enfermedad mental» sin distinción de sexo, nacionalidad, religión o edad (desde los cinco años), siempre y cuando presentaran un certificado firmado por dos médicos que indicara el diagnóstico de la enfermedad o «los síntomas más salientes, principalmente los defectos de conducta y la falta de adaptación al medio social», así como la necesidad de ser internados para su tratamiento.

Desde nuestro punto de vista, dicha disposición reglamentaria constituye un antecedente histórico del derecho a la salud mental, ya que en la actualidad dicho derecho se le reconoce a toda persona, y entre otros aspectos, incluye el derecho a un tratamiento a través de los servicios públicos de salud mental que organice el Estado.

Diversos autores han señalado que el Manicomio General formó parte del programa de modernización urbana impulsado por el gobierno de Porfirio Díaz desde fines del siglo XIX en el terreno de la salud, situación que incluyó la construcción de hospitales y la aprobación del primer código sanitario, entre otras acciones. Dicha institución psiquiátrica fue planeada para albergar a 1300 pacientes y a fines de los cuarenta llegó hasta 3800 pacientes, y las condiciones de insalubridad y el hacinamiento se hicieron más evidentes, por lo cual se creó una leyenda negra donde se exhibía a esta institución en decadencia total.

El Manicomio General de La Castañeda atendió a 61,480 pacientes, y fue un espacio central para la formación de psiquiatras, neurólogos, enfermeras, psicólogos, psicómetras y trabajadoras sociales. Sin embargo, con el paso del tiempo resultó insuficiente, por lo cual dicho Manicomio fue clausurado en 1968 tras casi seis décadas de existencia, no sin antes llevar a cabo la operación Castañeda consistente en construir una Red de Hospitales Psiquiátricos en todo el País para reducir la población del Manicomio. Así por ejemplo, en 1965 se inauguró el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro“, para ofrecer atención a la población infantil y adolescente, y en 1967 fueron inaugurados el Hospital Psiquiátrico “Fray

Bernardino Álvarez“ y el Hospital Psiquiátrico Campestre “Dr. Samuel Ramírez Moreno”.

En 1947 la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia creó el Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental con funciones de planeación, organización y coordinación operativa de las actividades de salud mental. En 1959 se modificó dicha organización para dar origen a la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación. En 1964 se creó la Dirección de Salud Mental, separándose de la Dirección de Neurología.

Durante el periodo de 1970 a 1976, la Dirección de Salud Mental se encargó de coordinar la red de hospitales psiquiátricos del país. Al final de este periodo, se estableció la Dirección General de Salud Mental, cuya función fue coordinación operativa de estos servicios, formación de recursos humanos y desarrollo de investigaciones en los campos de la salud mental y la farmacodependencia, adicionándose a la unidad estructural, el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia.

En 1971 se creó la “Dirección General de Salud Mental” cuyas facultades eran eminentemente operativas, concentrando los recursos financieros para operar los hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud en todo el país, y los administra, los norma y los regula. Sin embargo, en 1981, con la aparición de las Jefaturas Estatales de servicios Coordinados, la Dirección General de Salud Mental pierde recursos y facultades, y se transforma en una instancia de carácter exclusivamente normativo como “Dirección de Normas de Salud Mental, Asistencia Social y Rehabilitación”, misma que creó la primera norma técnica para la prestación de servicios.

En 1972 se creó el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF). En 1978 dicho Centro extendió sus funciones al ámbito de la salud mental transformándose en el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM). En 1979, se transformó en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, con la finalidad de generar soluciones a las necesidades de salud mental de la época. En el 2000 en honor a su fundador, este Instituto cambió su nombre a Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Dicho Instituto es un referente nacional e internacional en materia de investigación multidisciplinaria en el campo de la salud mental, la docencia y brinda servicios clínicos a la población con trastornos mentales que no se haya podido atender en Hospitales Psiquiátricos. Dicho Instituto fue dirigido del 2008 al 2018 por

la Doctora en Psicología María Elena Medina Mora y actualmente es dirigido por el Dr. Eduardo Ángel Madrigal de León.

En 1985 se creó el Consejo Nacional contra la Farmacodependencia Y en 1986 se transformó en el Consejo Nacional contra las Adicciones. En 1995 se reactivó la Dirección General de Salud Mental, para lo cual se fusionó la Dirección de Normas de Salud Mental con la oficina operativa del CONADIC, y se propuso un programa nacional de salud mental, cuya elaboración no llegó a concluirse. En 1996 la CONADIC volvió a operar en forma autónoma.

En 1996, se publicó el **Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud**, descentralizándose a las entidades federativas los servicios de salud para la población no asegurada.

En 1997 se creó la **Coordinación de Salud Mental (CORSAME)**, entre cuyas funciones se contemplaban la supervisión y evaluación de los hospitales psiquiátricos (de todo el país), y únicamente la coordinación operativa y administrativa de tres hospitales especializados y tres centros de salud mental ubicados en el Distrito Federal. En el año 2000 dicha Coordinación cambió su denominación a **Servicios de Salud Mental**, a cargo de los hospitales psiquiátricos “Fray Bernardino Álvarez”, “Dr. Juan N. Navarro” y “Dr. Samuel Ramírez Moreno” y tres Centros Comunitarios de Salud Mental “Iztapalapa”, “Zacatenco” y “Cuauhtémoc”, todos en la Ciudad de México. En el 2004 se creó el **Órgano Desconcentrado Servicios de Atención Psiquiátrica**, y continúa a cargo de las seis unidades antes referidas hasta el momento actual, agrupando el mayor número de personal especializado en salud mental en México y otorgando el mayor número de servicios multidisciplinarios tanto para la atención ambulatoria como la hospitalaria.

En la actualidad el eje de atención a la salud mental en México es el tercer nivel de atención que es el más especializado y el más costoso. En una de las últimas evaluaciones al sistema de salud mental, Berenzon, S., Saavedra, N., Medina-Mora, ME., Aparicio, V., y Galván, J.⁶² señalaron que el hospital psiquiátrico es el eje de la atención de la salud mental en nuestro país y que existen muy pocas unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales y establecimientos residenciales, así como servicios específicos para niños y adolescentes. Además, indicaron que del total del

⁶² Berenzon, S., et al., “Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿Hacia dónde encaminar la atención?” *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol.33 (4), 2013, p. 252.

presupuesto asignado a la salud sólo el 2% es asignado a la salud mental y de ese porcentaje un 80% se emplea para el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos. La mayoría de estos servicios se ubican en las grandes ciudades o cerca a ellas.

Dichos investigadores propusieron aumentar de manera paulatina la proporción de gasto en salud destinado a salud mental y reestructurar el modo de distribución del presupuesto, lo que ayudaría a disminuir la brecha entre la carga que representan los trastornos mentales y el presupuesto asignado para su atención. Asimismo, recomendaron ubicar a los servicios de atención primaria como ejes articuladores de la atención en salud mental y transformar a los hospitales psiquiátricos en unidades de atención especializada, con las camas necesarias para atender solamente a las personas que requieran hospitalizaciones prolongadas. También sugirieron fortalecer la enseñanza de la salud mental en el pregrado de medicina y en las carreras de psicología, enfermería y trabajo social, entre otras, y mantener una capacitación continua —sobre salud mental— en los primeros niveles de atención. Además, consideraron necesario incrementar la participación de la sociedad civil y establecer vínculos sólidos entre el sector salud y las asociaciones de usuarios y familiares, de manera que tengan una participación más proactiva en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental.

En este orden de ideas, Berenzon Gorn S., Saavedra Solano N., Medina-Mora Icaza ME., Aparicio Basauri V., y Galván Reyes J.⁶³, señalan que uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento. Dichos investigadores señalan que el tiempo que demoran los pacientes para recibir atención en un centro de salud oscila entre 4 y 20 años según el tipo de afección, al igual que lo observado en la mayoría de los países de América Latina. Al respecto, consideramos que existe una amplia brecha de atención entre las necesidades de atención a la salud mental que tienen las personas y las oportunidades de tratamiento que se encuentran disponibles en el sistema de salud mental mexicano.

⁶³ Berenzon Gorn S., Saavedra Solano N., Medina-Mora Icaza ME., Aparicio Basauri V., y Galván Reyes J., “Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿Hacia dónde encaminar la atención? Revista Panamericana de Salud Pública. 2013; 33 (4):252–8.

De la Fuente y Heinze⁶⁴ han destacado los planteamientos para integrar la salud mental a la red de servicios de salud en general, y la propuesta de revisar y actualizar la legislación en materia de salud mental, así como la protección de los derechos humanos de los pacientes y la protección social obligatoria para quienes sufren los trastornos mentales más frecuentes.

En el año 2006, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental promovió la **“Declaración de México para la Reestructuración Psiquiátrica”** firmada por los Secretarios de Salud de las entidades federativas y otras autoridades de la República Mexicana. En dicha declaración se reconocía que el acceso franco al cuidado de la salud mental, con calidad y equidad, es un derecho humano fundamental y prerrequisito para la convivencia social y por lo tanto, todas las inequidades sociales en el acceso debían ser superadas. Se propuso la implementación del Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental como el instrumento nacional de la reestructuración de la atención psiquiátrica de México. El desarrollo de dicho modelo contempló acciones de prevención, hospitalización breve y reintegración social. Se estableció que la solidaridad en el financiamiento de todas las acciones y la responsabilidad social compartida son esenciales para asegurar que cada enfermo pudiera ser asistido con dignidad, con la finalidad de disminuir su dolor y el de su familia, y para que pudiera realizar su proyecto de vida con el menor grado de discapacidad posible.

De acuerdo con el diseño de las políticas públicas contenido en el **Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018**, se buscaba que los grandes hospitales psiquiátricos custodiales fueran sustituidos paulatinamente por centros de atención comunitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales, con vistas a satisfacer todas las necesidades de los enfermos que eran competencia de dichos hospitales y se mencionaba que este viraje a la atención comunitaria requiere la existencia de personal sanitario y servicios de rehabilitación a nivel comunitario, junto con la provisión de apoyo para situaciones de crisis, viviendas protegidas y empleo protegido.

En dicho programa se menciona que para el 2012 en México se habían creado villas de transición hospitalaria en los Estados de México, Jalisco, Tamaulipas, Hidalgo, Durango y Oaxaca, y posteriormente, los periódicos

⁶⁴ De la Fuente, J.R. y Heinze, G., op. cit. nota 24, p. 526.

locales informaron que también se construyeron villas en Yucatán, pero no resultó exitoso el modelo hidalgo en las últimas dos entidades federativas ya que en Oaxaca se dañó la infraestructura debido a un sismo y en Yucatán tuvo problemas de implementación por cuestiones de cambio del personal directivo. Por otro lado, existen en México al rededor de 51 Centros Integrales de Salud Mental (CISAME´S) distribuidos en las entidades federativas, con excepción de los Estados de Baja California Norte, Nuevo León, Colima, Michoacán, Guerrero, Oaxaca, Hidalgo, Tabasco y Campeche, que no cuentan con ningún centro. Dichos CISAME´S están conformados por equipos multidisciplinarios básicos que constan al menos, de un psiquiatra, un psicólogo clínico, un psicólogo especialista (especialidad en psicoterapia), un trabajador social, un enfermero, admisión, farmacia y administrativos.

Según se explica en la página electrónica del Consejo Nacional de Salud Mental⁶⁵ de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, los CISAME´S fueron creados con la visión de acercar la salud mental a la población promoviendo de esta manera la atención y detección oportuna, evitando tanto la concentración de la atención en hospitalización, como la institucionalización de las personas con trastornos mentales, siendo este último uno de los principales objetivos del Modelo Miguel Hidalgo de Atención a la Salud Mental.

A pesar de que el Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental intentó reformar la atención psiquiátrica en México, hasta el momento no lo ha conseguido, ya que continúa en vigor el paradigma psiquiátrico dominante basado en los hospitales psiquiátricos distribuidos en la mayoría de las entidades federativas de nuestro país, funcionando principalmente con base en un modelo médico psiquiátrico de enfermedad mental por lo cual su tratamiento es predominantemente de tipo psicofarmacológico, con aproximadamente cuatro contactos al año con el médico tratante y con poca o escasa atención psicológica, la cual no está al alcance de todos los pacientes. Dicho paradigma psiquiátrico se rige por el **Programa de Acción Específica en Atención Psiquiátrica (2013-2018)**, así como por las directrices de salud mental de cada entidad federativa.

El problema que presentan las instituciones públicas federales y estatales que brindan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica

⁶⁵ Página electrónica del Consejo Nacional de Salud Mental: <http://www.consame.salud.gob.mx/contenidos/consame/antecedentes.html#>.

en nuestro país es que de forma estructural y generalizada violan los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales. Así lo evidencia el **Informe del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT)**, publicado en Diciembre de 2018 por la **Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)**, relativo a la visita que se realizó en mayo y junio de ese año a 39 instituciones que dependen de los gobiernos federal y estatal del país, para examinar, desde su ingreso y durante el tiempo que permanecen las personas privadas de la libertad, el trato y las condiciones de internación.

Los resultados de dicho informe son alarmantes, ya que se destacó que en 43.58% de los hospitales visitados se utilizan medidas de aislamiento como parte del tratamiento o como medida de contención, lo que es innecesario y violatorio de los derechos humanos; en 66.66% existen deficiencias en el mantenimiento e higiene de las instalaciones, afectando la calidad en la prestación del servicio médico e impiden que las y los pacientes sean alojados en condiciones de estancia digna; en 10.25% hay hacinamiento, considerado como trato cruel, inhumano o degradante; en 25.64% las personas internas carecen de vestido, calzado y ropa de cama.

Asimismo, se percibieron deficiencias en 20.51% de los hospitales respecto del consentimiento informado de ingreso involuntario; en 35.89% no se implementan medidas específicas para garantizar estancia digna y segura a las personas con padecimientos mentales; en 38.46% las y los pacientes no pueden realizar llamadas telefónicas ni leer revistas ni periódicos; 7.69% tienen deficiencias en la integración de los expedientes clínicos; en 25.64% faltan manuales y reglamentos de procedimiento; en 82.05% hay carencias en programas preventivos de enfermedades y tratamientos, equipo médico y medicamentos; en 79.46% el personal médico es insuficiente; 48.71% no cuenta con personal suficiente de seguridad; 53.84% no tiene personal capacitado en derechos humanos, 43.58% requiere de infraestructura para facilitar la accesibilidad de grupos de personas mayores o con algún tipo de discapacidad física o psicosocial.

Por tal motivo, el MNPT de la CNDH recomendó a las autoridades destinatarias del Informe no realizar, bajo ninguna circunstancia, el aislamiento de los pacientes; invertir en el mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones para que ofrezcan estancia digna y evitar el hacinamiento; contar con vestido, calzado y condiciones de higiene necesarios; llevar a cabo un análisis de factibilidad que pondere la creación

de una figura jurídica que considere alternativas de solución a diferentes problemas, como instaurar un área de salud mental para personas que ingresaron por orden judicial. También se recomendó garantizar el derecho de las y los pacientes a decidir libremente si se someten a un tratamiento médico, clasificarles en salas y dormitorios específicos, y permitirles el acceso a medios de comunicación y servicio telefónico para tener contacto con el exterior; integrar adecuadamente sus expedientes clínicos; elaborar y expedir reglamentos y manuales de procedimiento para regular las actividades de los hospitales; las personas del servicio público que conozcan de maltrato o tortura que sufra alguna persona interna deben denunciar el hecho ante el Ministerio Público; dotar a los psiquiátricos de medicamentos, equipo y personal médico y de seguridad suficiente para resguardar la integridad física de las personas internas.

Finalmente, cabe señalar que el sistema de salud mental de México durante el último sexenio no estuvo regido bajo la dirección de un mismo modelo de atención, sino bajo dos modelos distintos, uno basado en el Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental de base comunitaria a través del **Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018**, y otro basado en el Modelo Psiquiátrico tradicional regulado por el **Programa de Acción Específica en Atención Psiquiátrica (2013-2018)**. Por otro lado, si bien la atención psicológica a los trastornos mentales se encuentra contemplada en ambos modelos de atención a la salud mental, y además se encuentra presente en diversas instituciones del sistema de salud en general, la misma no ha recibido la importancia que merece en el tratamiento de los padecimientos psíquicos y físicos del ser humano, ya que no existe actualmente ningún Programa de Acción Específica en Atención Psicológica en el país.

CAPÍTULO II

EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO.

En este capítulo estudiaremos los fundamentos jurídicos del derecho a la protección de la salud en los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por México, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Ley General de Salud y además, en la Constitución Política de la Ciudad de México.

2.1 Conceptualización teórica del derecho a la salud.

Una de las características que compartimos los seres humanos es nuestra vulnerabilidad frente a la enfermedad y la necesidad de contar con un mínimo de salud que nos permita desarrollar nuestro potencial humano. Esta situación ha sido reconocida por los Estados Contemporáneos y en las últimas décadas se ha ido configurando la idea de que el bienestar físico, mental y social del ser humano debe ser protegido. Si bien debemos aceptar que la salud está multideterminada por una serie de factores biológicos, psicológicos y socioculturales, que repercuten en el continuo salud-enfermedad y que algunos de ellos no son modificables a voluntad del ser humano, no hay razón alguna para que no se busque el más alto nivel posible de salud en cada ser humano de acuerdo a la etapa de desarrollo en que se encuentre y a las posibilidades de su entorno.

No obstante que el derecho a la protección de la salud fue incluido en el entonces capítulo de las garantías individuales de nuestra carta magna desde el tres de febrero de mil novecientos ochenta y tres, entre los doctrinarios y en los juzgadores surgieron dudas acerca de su exigibilidad jurisdiccional precisamente porque algunos no lo consideraban un verdadero derecho fundamental sino únicamente como una norma de contenido meramente programático, misma que serviría únicamente para orientar políticas públicas pero que no era exigible vía juicio de amparo.

Así por ejemplo, en 1985 recién elevado el derecho a la protección de la salud a rango constitucional, Ruiz Massieu⁶⁶, afirmaba que dicho derecho

⁶⁶ Ruiz Massieu, J.F., "El derecho a la salud", *Anuario Jurídico XII-1985*, México, ed. IJ UNAM, 1985, p. 261.

no era accionable, es decir que no gozaba de garantía jurisdiccional ya que venía a completar el contenido programático de la Constitución y a explicitar el proyecto social que esta contiene.

En este mismo sentido, se expresaba Muñoz⁶⁷ en el año 2000, cuando consideraba que en México no existen tribunales especiales para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, porque carecía de un procedimiento coactivo de carácter jurídico que hiciera a dicha norma programática efectiva como a las demás garantías sociales. Incluso, dicha autora sostenía que la denuncia popular contemplada en la Ley General de Salud, era la única forma de exigir este derecho, sin hacer mención alguna al juicio de amparo.

De igual forma, en ese mismo año López⁶⁸ sostenía que la salud como derecho social presentaba la problemática de que no se podía hacer valer en un juicio ya que es una norma no accionable, esto es, el ciudadano que se encuentre enfermo (paciente) no puede lograr que las autoridades obliguen al Estado a hacer efectivo ese derecho; no obstante, si el ciudadano o paciente encuentra que haya deficiencias programáticas u operacionales en los servicios de salud, si no se satisfacen sus necesidades tanto en forma individual como colectiva, podrá sancionarlo políticamente negándole el voto en las elecciones correspondientes, cuestionar la legitimidad de su mandato, censurarlo o tildarlo de iluso, utópico, demagogo o bribón.

Contrario a la sostenido por los autores antes mencionados, la entonces ministra Olga Sánchez Cordero de García Villegas⁶⁹, en una conferencia presentada en octubre del año 2000, sostuvo que el derecho a la protección de la salud se circunscribe dentro de la rama de los derechos sociales y por tanto, impone al Estado la obligación de realizar a favor del titular de este derecho una serie de prestaciones, las cuales están destinadas a satisfacer una necesidad de índole individual, pero colectivamente considerada. Es decir que el Estado asume el deber de proteger convenientemente la salud mediante la organización y puesta en

⁶⁷ Muñoz, M., “El derecho a la salud: ¿un derecho individual o social?”, en Cienfuegos, D. (Coord.) *Estudios en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Bioderecho, tecnología, salud y derecho económico*, México, IJ-UNAM, 2006, pp. 11. (Nota: El artículo en cita fue publicado originalmente en el 2000 en la revista *Concordancias. Estudios Jurídicos y Sociales*, Chilpancingo, Gro., núm 8, mayo-agosto de 2000, pp. 45-56).

⁶⁸ López de la Peña, J.A., *Los derechos del paciente*, Trillas, México, 2000, p. 23.

⁶⁹ Sánchez, O. “Derecho constitucional a la protección a la salud: su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del poder judicial de la federación en México”, ponencia presentada el día 9 de Octubre del 2000. Disponible en: <http://goo.gl/mTvfid>.

funcionamiento de los medios que se consideran necesarios para acceder a ella. La ex ministra concluyó que una vez creadas las leyes que desarrollan o reglamentan el derecho a la protección de la salud, surge para el gobernado la facultad (derecho subjetivo) de poder exigir frente al Estado su cumplimiento.

De acuerdo con Carbonell y Carbonell⁷⁰ el Derecho a la Salud (o a su protección) es uno de los derechos sociales por antonomasia. Se trata de un derecho complejo que se despliega en una amplia serie de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado. El derecho a la salud tiene un carácter prestacional en la medida en que principalmente implica y conlleva una serie de obligaciones positivas (de hacer) por parte de los poderes públicos.

En este orden de ideas, De la Torre⁷¹ considera que si bien el derecho a la salud tiene su vertiente de garantía prestacional, como derecho social que es, también tiene su faceta de derecho fundamental individual, lo que debe hacer posible su exigibilidad independientemente de cuestiones presupuestarias.

Por otro lado, Pahuamba⁷² si bien reconoce la justiciabilidad del derecho a la protección de la salud propone como requisitos para la misma el que exista una afectación grave a la salud que denote una situación de urgencia, la falta de cumplimiento, y además, que exista imposibilidad económica del solicitante, ya que considera que no por sostener la justiciabilidad de dicho derecho, las personas con plena capacidad de costearla podrán acudir a reclamar al Estado que garantice el derecho, y sea éste quien tenga que gastar su presupuesto.

Al respecto, consideramos que la postura de Pahuamba resulta contraria al principio de universalidad que debe caracterizar a los derechos humanos, por lo cual creemos que todas las personas, con independencia de su condición económica, deben tener derecho a reclamar vía amparo las violaciones al derecho a la protección de la salud porque se trata de un derecho humano, si bien reconocemos que el Estado podrá cobrar distintas tarifas o cuotas de recuperación por los servicios públicos de salud que

⁷⁰ Carbonell, M. y Carbonell, J, *El derecho a la salud: Una propuesta para México*, México, IJ-UNAM, p. 1.

⁷¹ De la Torre, R. "El derecho a la salud", Cienfuegos, D. (Coord.) *Estudios en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Protección de la persona y derechos fundamentales*, México, IJ-UNAM, 2006, p. 314.

⁷² Pahuamba, B. *El derecho a la protección de la salud*, México, Novum, 2014, p. 120.

brinde tomando en consideración los diferentes niveles socioeconómicos de los usuarios al ser la salud una corresponsabilidad social. Además, debe tomarse en cuenta que el presupuesto es fruto de las contribuciones aportadas por todos al Estado, por lo cual todos merecemos protección a nuestra salud.

El tema de la exigibilidad del derecho a la protección de la salud como un derecho humano se ha discutido durante largo tiempo, sin embargo en la actualidad ya no hay duda de que se trata de un derecho fundamental plenamente justiciable pues de la simple lectura del artículo cuarto constitucional y de su ubicación dentro de la parte dogmática de la Constitución donde se reconocen los derechos humanos así como su complementariedad con los demás derechos humanos contenidos en los tratados internacionales ratificados por el Estado Mexicano, se advierte que se trata de un verdadero derecho subjetivo público exigible vía amparo. Además, a partir del año 2000, ha habido un mayor consenso tanto en la doctrina como a nivel jurisprudencial, en el sentido de reconocer a dicho derecho como un derecho fundamental, si bien aún enfrenta varios problemas en cuanto a su eficacia plena en la práctica.

De acuerdo con Montiel⁷³ el Derecho a la Salud en México es un gran reto por resolver. Según dicha autora, la salud de la población depende de muchos factores (económicos, políticos, sociales, científicos, tecnológicos y culturales) que requieren de coordinación, inversión económica, leyes, acciones y políticas para perfilar la salud de la población de manera estable, progresiva y duradera. Es decir que se requiere de decisión política, ya que los encargados de las políticas nacionales, deben estar convencidos que la salud de la población, es un factor indispensable para el desarrollo de la nación y que, lejos de ser un gasto público es una inversión.

Consideramos que el principal problema de nuestro país con relación al derecho a la salud es de naturaleza política ya que no siempre se evidencia que el Estado haga el mejor uso de los recursos de que dispone y no se observa que la protección de la salud sea una prioridad para el mismo.

Coincidimos con Pahuamba⁷⁴, en que la protección de la salud dependerá de un presupuesto considerable que requiere ser debidamente

⁷³ Montiel, L. "Derecho a la salud en México, un análisis desde el debate teórico de la justicia sanitaria", *Revista Instituto Interamericano de Derechos Humanos*, México, Vol. 40, Julio-Diciembre 2004, p. 308.

⁷⁴ Pahuamba, B. op. cit., nota 54, p.66.

valorado por quienes diseñan las políticas públicas para que le otorguen su justa dimensión atendiendo a la importancia del derecho y la obligación constitucional que se le impone al Estado.

Además, nuestro sistema nacional de salud se basa principalmente en el modelo biomédico de salud que atiende únicamente las variables biológicas que inciden en la salud del ser humano, descuidando ampliamente los aspectos psicológicos y sociales que determinan la salud en general.

Por otro lado, en el ámbito de los servicios públicos de salud mental, hay una gran brecha en nuestro país, ya que no hay cobertura total para la población mexicana, y además porque, la atención psicológica y psiquiátrica no siempre están disponibles para la población.

Es decir que nuestro sistema nacional de salud para garantizar debidamente nuestro derecho a la protección de salud deberá transitar hacia un modelo de atención a la salud de carácter biopsicosocial, mismo que deberá prestar servicios públicos de salud mental en igualdad de condiciones a los tradicionales servicios de salud física que se prestan a la población, garantizando su calidad y accesibilidad a toda la población, situación que únicamente podrá lograrse si las políticas públicas de salud contemplan de forma integral los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad, y si se configura un Modelo de Atención a la Salud Mental que tenga cobertura nacional y sea de carácter interdisciplinario, en el cual participen no sólo las autoridades federales sino también las estatales y municipales, así como los sectores social y privado.

2.2 El derecho a la salud en los tratados internacionales de derechos humanos.

El Derecho a la Salud como un derecho humano ha venido desarrollándose paulatinamente desde comienzos de la segunda mitad del siglo pasado. Así, podemos encontrar su base fundamental en la **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, proclamada el día 10 de diciembre de 1948, misma que en su artículo 25 establece que *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, **la salud y el bienestar**, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, **la asistencia médica** y los servicios sociales*

necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, **enfermedad**, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”. En dicho artículo, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sentó las bases para el compromiso de los Estados firmantes para el reconocimiento del Derecho a la Protección de la Salud como un derecho fundamental de los seres humanos.

En este sentido, el **Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos** de 1966, celebrado ante la Asamblea General de las Naciones Unidas, mismo que entró en vigor a nivel internacional en 1976, y en México hasta 1981, contempla de forma implícita el *Derecho a la Protección de la Salud* ya que de la lectura e interpretación de los artículos 6.1, 7, 21 y 22.2, podemos darnos cuenta que los valores jurídicos que le subyacen a dichos numerales implican la existencia de un derecho subjetivo público de carácter social que se enfoca en la protección de la salud pública.

Lo anterior es así ya que el artículo 6.1, del Pacto referido establece que: “*El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente*”. Si la vida es un valor inherente al ser humano se sobreentiende que la salud deberá protegerse para que éste pueda alcanzar los fines esenciales de su vida.

Asimismo, el artículo 7 establece que: “*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos*”. Esta disposición protege la salud ya que prohíbe el maltrato y la experimentación que ponen en riesgo la salud del ser humano y vulneran su integridad física, lesionando con ello su dignidad humana.

De igual forma, el artículo 21 señala que: “*Se reconoce el derecho de reunión pacífica. El ejercicio de tal derecho sólo podrá estar sujeto a las restricciones previstas por la ley que sean necesarias en una sociedad democrática, en interés de la seguridad nacional, de la seguridad pública o del orden público, o para **proteger la salud** o la moral públicas o los derechos y libertades de los demás*”. También el artículo 22.2, al referirse al derecho que tiene toda persona a asociarse libremente con otras, agrega que: “*El ejercicio de tal derecho sólo podrá estar sujeto a las restricciones previstas por la ley que sean necesarias en una sociedad democrática, en interés de la seguridad nacional, de la seguridad pública o del orden público, o para*

proteger la salud o la moral públicas o los derechos y libertades de los demás”. En estos dos últimos artículos referidos, es muy claro y evidente que el Estado tiene el deber jurídico de **proteger la salud pública**, aun cuando para ello tenga que restringir los derechos humanos de algunas personas que con sus actividades la pongan en riesgo.

Por otro lado, el **Pacto Internacional de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales** de 1966, en el artículo 12.1 estableció que: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el *derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*”. Dicho artículo resulta sumamente interesante ya que de forma expresa reconoce la existencia del *Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, y dada su conceptualización, se parte de la idea de que la salud no es un valor que se posean en términos absolutos sino que más bien es un proceso que puede ir del nivel más bajo al nivel más alto posible de acuerdo con las condiciones de una persona determinada. También resulta novedoso que no sólo se reconozca la importancia de la salud física sino además la de la salud mental, ya que como bien sabemos la mente y el cuerpo no son entes independientes, y por ello no puede hablarse de salud en general si no se cuenta con salud mental.

Dicho Pacto, en su artículo 12.2, señala que entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

No obstante que dicho Pacto fue celebrado en New York, el día 16 de diciembre de 1966, se acordó que a nivel internacional entrara en vigor el día **3 de enero de 1976**, es decir diez años después, y en el caso de México, no entró en vigor sino hasta el día 23 de junio de 1981. Dicho Pacto al ser un instrumento que es vinculante jurídicamente para los países que lo ratifican sirvió como motivación internacional para que el Estado

Mexicano incorporara el **derecho a la protección de la salud** a nuestra constitución, un par de años después, en **1983**.

Por su parte, la **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad**, misma que fue promovida por México y aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en Diciembre de 2006, reconoce el **derecho al más alto nivel posible de salud para las personas con discapacidad**. La discapacidad incluye a aquellas personas que tengan deficiencias físicas, **mentales**, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. A mayor abundamiento, se transcribe el artículo 25 donde se reconoce dicho derecho humano:

“Artículo 25

Salud

Los Estados parte reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados parte adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados parte:

a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;

c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;

e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;

f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.”

Por otro lado, la **Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”** celebrada en 1969, cuya entrada en vigor a nivel internacional fue en 1978, y en el caso de México fue en marzo de 1981, en su artículo 5.1, consagró el **Derecho a la Integridad Personal**, y al respecto estableció que: **“Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”**. Desde mi punto de vista, este es un derecho íntimamente relacionado con el *Derecho a la Protección de la Salud* ya que al protegerse la integridad física, psíquica y moral se está protegiendo precisamente la salud del ser humano, su bienestar y su dignidad.

Asimismo, el **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”**, mismo que fue aprobado en la

Secretaría General de la Organización de Estados Americanos en 1988 y entró en vigor en México en abril de 1996, en su artículo 10.1 reconoció el *Derecho a la Salud* estableciendo que: **“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”**. Como podemos ver, en este instrumento el derecho fundamental en comento se describe como *derecho a la salud* y se define a la salud equiparándola con el más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Lo novedoso de esta definición fue que reconoció que el bienestar social es necesario, al igual que el físico y el mental, para que el ser humano pueda gozar de la salud. Es decir que se dio cabida a las determinantes sociales, psicológicas y biológicas en el proceso de salud-enfermedad, con lo cual se reconoció la importancia de los demás derechos económicos, sociales y culturales que aunados al efectivo goce de los derechos civiles y políticos tendrán un impacto en la salud de la población.

Además, en el artículo 10.2 de dicho Protocolo se estableció que: “Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b.** La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c.** La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d.** La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e.** La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f.** La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.”

Así, con el *Protocolo de San Salvador*, el concepto de salud se amplió, los Estados ya no deben proteger únicamente la salud física, sino también

la salud mental y social. La definición de salud adoptada en dicho Protocolo no es nueva, coincide con la señalada en el **Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York en 1946**, y firmada por los representantes de sesenta y un Estados, entrando en vigor el día siete de abril de 1948, misma que señala que **“la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”**. Desde ese entonces la definición no ha sido modificada en el texto legal, si bien habría que repensarla ya que diversos teóricos han propuesto nuevas conceptualizaciones de la salud que superan en algunos detalles a la adoptada por la OMS en aquella época.

En ese sentido la Constitución de la Organización Mundial de la Salud señala entre sus principios básicos que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social; y que la extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

2.3 El derecho a la protección de la salud en la legislación nacional.

A partir de la reforma de **tres de febrero de 1983**, el **derecho a la protección de la salud** se consagró en nuestro país en el artículo cuarto de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**. Dicho numeral, en su párrafo cuarto, contempla que **toda persona tiene derecho a la protección de la salud** y señala que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución. Me pareció acertado que el derecho a la protección de la salud se haya incorporado al texto de nuestra carta magna, específicamente en su parte dogmática, pues ello es una forma de reconocerle su carácter de derecho fundamental.

De acuerdo con Elizondo Mayer-Serra⁷⁵, en la constitución de 1917 se había entendido originalmente la idea de protección a la salud asociada

⁷⁵ Elizondo Mayer-Serra, Carlos, “El derecho a la protección de la salud”, *Salud pública de México*, México, vol. 49, número 2, marzo-abril de 2007, p. 146.

con las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora, es decir, no como derecho para todos los mexicanos, sino sólo para los trabajadores y su familia. Dicho autor señala que ésta es la lógica que animó la redacción de la fracción XXIX, del apartado A, del artículo 123, en el Título Sexto: “Del trabajo y la previsión social”, así como la promulgación de la ley del Seguro Social en 1943. En este sentido, Cano Valle⁷⁶ refiere que el derecho a la protección de la salud está vinculado, por su origen, al derecho asistencial y al de la seguridad social, pero al incluirse en los textos constitucionales el derecho a la protección de la salud adquiere autonomía, incorporándose a la cada vez más larga lista de los derechos sociales.

En este mismo orden de ideas, Mayer-Serra⁷⁷ refiere que el objetivo de la reforma que incorporó el derecho a la protección de la salud en la Constitución era, como se asienta en el dictamen de las comisiones que estudiaron la propuesta del Ejecutivo, **“dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos”**. Dicho autor comenta que la propuesta de reforma constitucional fue aprobada por 325 votos a favor, con una abstención y un voto en contra, aunque con algunas críticas durante el debate. Entre dichas críticas, una interesante es la del diputado Pedro Bonilla del Partido Socialista Unificado de México (PSUM), quien les recuerda a sus compañeros que la fecha en la que discuten la reforma, mismo día en que sería aprobada, es el **28 de diciembre, día de los inocentes**. En sus palabras: **“y a mí se me ocurre que esta iniciativa tiene mucho de lo que los mexicanos practicamos este día, es una tomadura de pelo. Una tomadura de pelo [...] si no expresa cómo se va a instrumentar”**. Con este fin, dicho Diputado sugirió una adición a la reforma constitucional: **“El Estado asignará los recursos materiales y humanos necesarios para hacer efectivo este derecho”**, porque de lo contrario, decía Bonilla, **“yo podría venir a esta tribuna a iniciar un proyecto de ley que declarara el derecho de los mexicanos a ser felices”**. Mayer-Sierra⁷⁸ opina acertadamente que si bien la reforma habla de derecho a la protección de la salud, Bonilla tenía razón al insistir en que, sin los recursos materiales y humanos adecuados, ese derecho a la protección es solamente una buena intención.

Creemos que el objetivo de la reforma constitucional que incorporó el derecho a la protección a la salud a nuestra constitución federal, era noble

⁷⁶ Cano, Valle, Fernando, *Percepciones acerca de la Medicina y el Derecho*, IJ UNAM, 2001, Serie Doctrina Jurídica, número 49, p. 50.

⁷⁷ Íbidem, p.147.

⁷⁸ Idem.

pues buscaba garantizar a los mexicanos el acceso en condiciones de igualdad para recibir atención su médica acorde con sus necesidades y no sólo de acuerdo con sus posibilidades y recursos económicos particulares, sin embargo el entonces diputado Pedro Bonilla y el Dr. Elizondo Mayer-Serra, tienen razón al señalar que primero debían asignarse los recursos materiales y humanos necesarios para hacer plenamente efectivo dicho derecho y, no contentarse solo, con intentar crear únicamente una realidad discursiva legaloide, como si por arte de magia a través de la palabra misma plasmada en la ley se pudiese transformar la realidad material.

Así, tenemos que nuestro sistema jurídico nacional reconoció en 1983, al menos formalmente, el *Derecho a la Protección de la Salud*, al incorporarlo al artículo cuarto, en su entonces tercer párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mismo que reza de la siguiente manera: **“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”**.

Cabe recordar que nuestro Estado decidió elevar este derecho humano a rango constitucional derivado del cumplimiento a los diversos compromisos internacionales que México había celebrado en diversos instrumentos internacionales, sin embargo al hacerlo lo incluyó precisamente en la parte dogmática de la constitución, dentro del entonces capítulo de las garantías individuales, y no estableció ninguna limitación o restricción lo suficientemente clara como para inferir que se tratara de algo distinto a un derecho público subjetivo como las demás garantías individuales, sin embargo desde entonces ha habido una discusión en torno a la exigibilidad jurisdiccional y los alcances de dicho derecho.

Incluso, en el año 2000, se tuvo que debatir en la SCJN si por lo que hace a dicho derecho estábamos o no ante la presencia de una garantía individual, plenamente exigible vía amparo, en caso de violación. En la actualidad, la jurisdicción constitucional ha reconocido al derecho a la protección de la salud como un derecho humano, sobre todo a partir de la reforma constitucional de 2011, sin embargo, aún continúa el debate acerca de cuáles deben ser los alcances y las limitaciones de dicho derecho.

Asimismo, la Constitución, contempla en su artículo 2, apartado B, fracción III, que para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, las autoridades, tienen la obligación de:

III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.

La **Ley General de Salud**, misma que reglamenta el cuarto párrafo del artículo cuarto constitucional, establece en su artículo segundo que el **derecho a la protección de la salud** tiene las **finalidades** siguientes:

- I.** El **bienestar físico y mental** de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II.** La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III.** La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV.** La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V.** El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI.** El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII.** El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Como puede verse, la ley reglamentaria del derecho a la protección de la salud describe, en su artículo segundo, el cúmulo de finalidades que alcanza dicho derecho fundamental, mismas que incluyen el **bienestar físico y mental** de la persona, la calidad de vida, el fomento de la responsabilidad social en la generación de condiciones de salud para el desarrollo social, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social, la educación y promoción de la salud y la enseñanza e investigación científica y tecnológica para la salud.

Además, dicha Ley General de Salud, en su artículo 74 Bis, fracción I, reconoce que las personas con trastornos mentales y del comportamiento tendrán **derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental** y acorde con sus antecedentes culturales, lo que incluye el trato sin discriminación y con respeto a la dignidad de la persona, en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud. Es decir, que contempla el derecho a la salud mental.

Según Frenk, J. y Gómez, O.⁷⁹, en 1983 se había dado un primer paso para hacer la atención a la salud un derecho ciudadano, ya que el artículo 4 constitucional se modificó para establecer que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, sin embargo para su puesta en práctica, este marco constitucional requería otros insumos jurídicos, financieros y administrativos sin los cuales el derecho pleno a la atención de la salud sólo se le podía garantizar a ciertos sectores de la población, a saber, los trabajadores asalariados y sus familias. Estos instrumentos se crearon a través de la reforma a la Ley General de Salud de 2003, que dio lugar al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Dichos autores señalaron que gracias a este sistema, los casi 50 millones de mexicanos que carecían de protección social en materia de salud se irían incorporando paulatinamente a la instancia operativa del SPSS, el Seguro Popular de Salud (SPS). Asimismo, sostuvieron que dicha reforma estructural permitiría que México fuera un país de derechohabientes, esto es, un país con un sistema realmente universal de protección social en salud que permitirá el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud por parte de todas las personas sin distinción de ningún tipo.

Contrario a lo afirmado por Frenk y Gómez, el sistema de protección social en salud no permite que el derecho a la protección de la salud se ejerza sin distinciones, puesto que desde el momento en que se necesita ser derechohabiente para recibir cabalmente los servicios de salud que contempla el Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES 2018, se está generando una situación de desigualdad entre quienes cuentan con seguro popular y quienes no lo tienen, ya que los costos del acceso a la salud son más altos para quienes no tienen dicho Seguro.

⁷⁹ Frenk, Julio y Gómez, Octavio, *Para entender el sistema de salud de México*, México, ed. Nostra Ediciones, 2008, p. 29.

En este sentido, Lugo Garfias⁸⁰, sostiene que el Sistema de Protección Social en Salud hasta el momento no ha conseguido la protección integral, es decir, física, psicológica y social, porque se ha hecho de forma limitada, sin fiscalización de las funciones, operación o gasto adecuados, además de hacerse aislado de los determinantes sociales.

Además, en el ámbito específico de la salud mental, son muy pocas las intervenciones que están garantizadas, lo que evidentemente es contrario al derecho a la protección de la salud, ya que debería garantizarse la atención para cualquier tipo de padecimiento mental no solamente para algunos cuantos trastornos mentales que se indican en el Catálogo antes referido del Seguro Popular. Además, existen limitaciones en la manera que se puede hacer uso de los recursos de los servicios incluidos en el catálogo CAUSES.

Por otro lado, cabe señalar que no fue sino hasta el día cuatro de diciembre del **2013**, que en México se realizó una reforma a la **Ley General de Salud**, misma que estableció, en su artículo primero bis, que ***se entiende a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades***. Es decir que el legislador mexicano ha adoptado en la ley reglamentaria del derecho a la salud el enfoque biopsicosocial de la salud propuesto previamente por la OMS y, por lo tanto, su reto será que tal concepto se vea reflejado en el diseño e implementación de nuevas políticas públicas de salud que superen el enfoque biomédico tradicional y se ubiquen en la moderna línea del enfoque biopsicosocial de salud.

Así es como el ***derecho a la protección de la salud*** ha venido desarrollándose en el sistema nacional e internacional de los derechos humanos, y los Estados han venido cobrando conciencia de la importancia que reviste el mismo para el bienestar de los seres humanos, ya que si no disfrutamos de este derecho difícilmente podríamos gozar de los demás. Sin embargo, no basta con que los Estados se concreten a manifestar sus buenas intenciones de proteger la salud en diversos instrumentos internacionales sino que es necesario que se construya un verdadero sistema nacional de salud que parta de un diagnóstico objetivo del estado de salud de la población mexicana, y que se diseñen, implementen y evalúen las políticas públicas de salud que se requieran, se asignen recursos

⁸⁰ Lugo, María Elena, *El derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación*, México, ed. CNDH, 2015, p. 233.

materiales y humanos, se elaboren planes y se tomen las acciones necesarias para hacer plenamente efectivo este derecho. Además, las personas deben poder exigir jurisdiccionalmente su derecho a la protección de la salud cuando éste haya sido violado por alguna autoridad.

En este orden de ideas, el Dr. Olivos Campos⁸¹ considera que los derechos humanos requieren de la garantía en el ordenamiento positivo, sobre todo de la Constitución, que como norma suprema de un sistema jurídico nacional, en que se sustentan las sociedades contemporáneas, debe asegurar la consagración de los derechos humanos, asimismo requiere garantizarlos todo ordenamiento legal que consigne garantías y regule una relación jurídica entre el sujeto titular de las mismas y la actuación de la autoridad estatal, a la cual se le imponen obligaciones que debe observar.

En este sentido, cabe señalar que el derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo cuarto constitucional no solamente está reglamentado en la Ley General de Salud, sino también en las Leyes de Salud locales de cada entidad federativa de la república. Además, en los últimos años algunas entidades federativas como la Ciudad de México, Morelos, Jalisco, Sonora, Michoacán, Querétaro, Zacatecas, Baja California, Nuevo León y Yucatán, han elaborado **Leyes de Salud especializadas en el ámbito de Salud Mental**, reconociendo la existencia del Derecho a la Salud Mental, mismas que establecen la construcción de sistemas de salud mental locales y que analizaremos más adelante.

En el caso de la Ciudad de México, el derecho a la salud se reconoce en la **Constitución Política de la Ciudad de México**, publicada el 5 de Febrero del 2017 en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México. Dicho derecho se ubica en el capítulo II de los derechos humanos, específicamente en el artículo 9 titulado Ciudad Solidaria, junto a otros derechos tales como el derecho a la vida digna, el derecho al cuidado, el derecho a la alimentación y a la nutrición, el derecho a la vivienda y el derecho al agua y a su saneamiento. Así en la letra D, del artículo 9, se consagra el **Derecho a la Salud**, mismo que se transcribe a continuación:

“Derecho a la salud

⁸¹ Olivos Campos, José René, *Las garantías individuales y sociales*, México, ed. Porrúa, 2008, p. 45.

1. **Toda persona tiene derecho al más alto nivel posible de salud física y mental**, con las mejores prácticas médicas, lo más avanzado del conocimiento científico y políticas activas de prevención, así como al acceso a servicios de salud de calidad. A nadie le será negada la atención médica de urgencia.

2. Las personas que residen en la Ciudad **tienen derecho al acceso a un sistema de salud público local que tenga por objeto mejorar la calidad de la vida humana y su duración, la reducción de los riesgos a la salud, la morbilidad y la mortalidad**. Asimismo, deberá incluir medidas de **promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades y discapacidades mediante la prestación de servicios médico-sanitarios universales, equitativos, gratuitos, seguros, de calidad y al alcance de todas las personas**. Aquéllas con discapacidad tienen **derecho a la rehabilitación integral de calidad**.

3. Las **autoridades** de la Ciudad de México **asegurarán progresivamente**, de conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y las leyes generales aplicables:

a) La **cobertura universal de los servicios** e infraestructura médica y hospitalaria, de manera prioritaria en las zonas que enfrentan mayores rezagos y el **abasto gratuito y oportuno de medicamentos esenciales**;

b) Las condiciones necesarias para **asegurar que en las instituciones de salud pública local existan los servicios de salud**, asistencia social y atención médica, la disponibilidad, accesibilidad, seguridad e higiene en las instalaciones de los centros de salud y hospitales, así como **la suficiencia de personal y profesionales de la salud capacitados, equipamiento, insumos y medicamentos**;

c) La existencia de entornos salubres y seguros, espacios públicos, actividades sociales, culturales y deportivas que mejoren la calidad de vida y la convivencia, **propicien modos de vida saludables**, desincentiven las violencias, las adicciones y las prácticas sedentarias;

d) La **prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades** transmisibles, no transmisibles, crónicas e infecciosas;

e) El **desarrollo de investigación científica** para rescate y promoción de la **medicina tradicional indígena**; y

f) La **prestación de los servicios locales de salud pública** es competencia del **Gobierno de la Ciudad** y en lo que corresponda a las **alcaldías**.

4. Las **personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a un trato digno, con calidad y calidez, a una atención médica oportuna y eficaz**, a que se realicen los **estudios y diagnósticos** para determinar las **intervenciones estrictamente necesarias y debidamente justificadas**, a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones, **a recibir información sobre su condición**, a contar con **alternativas de tratamiento**, así como a **expresar su consentimiento para la realización de procedimientos médicos** y a **solicitar una segunda opinión**.

5. Los **servicios y atenciones de salud públicos y privados respetarán los derechos sexuales y los reproductivos** de todas las personas y brindarán **atención sin discriminación alguna**, en los términos de la legislación aplicable.

6. Se respetará en todo momento el **derecho fundamental a la autodeterminación personal, la autonomía, así como las decisiones libres y voluntarias del paciente a someterse a tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida**, protegiendo en todo momento su dignidad. Para ello, se estará a lo que disponga esta Constitución y las leyes.

7. A toda persona **se le permitirá el uso médico y terapéutico de la cannabis** sativa, índica, americana o marihuana y sus derivados, de conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la legislación aplicable.”

Al respecto, cabe señalar que la regulación del **derecho a la salud** en la recién creada **Constitución Política de la Ciudad de México**, resulta adecuada en términos generales, sin embargo es evidente que se adoptó la

definición de dicho derecho humano contemplada en el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, omitiendo conceptualizar lo que deberá entenderse por salud física y mental y además, se dejó de lado el componente social de la salud, mismo que es fundamental, por lo cual en mi opinión resultaba más adecuado, atender a la definición que contempla el **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”**, mismo que señala que: **“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”**.

Por otro lado, cabe aclarar que el constituyente de la Ciudad de México, asoció el **derecho al más alto nivel posible de salud física y mental**, a la **atención médica o a las mejores prácticas y procedimientos médicos**, corriendo el riesgo de que se perpetúe la visión unidisciplinaria de tipo médico-biológica del sistema de salud, lo cual no resulta deseable en la actualidad cuando se ha demostrado la incidencia de otras variables psicológicas y sociales como determinantes de la salud, por lo cual lo ideal es que el sistema de salud sea de carácter multidisciplinario atendiendo a un modelo biopsicosocial de la salud, mismo que en la atención a la salud contempla los factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan el proceso salud-enfermedad.

No obstante lo anterior, en caso de controversia, el concepto de **atención médica** puede interpretarse acudiendo la definición que proporciona el artículo **32 de la Ley General de Salud**, mismo que establece que ***se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud***, por lo cual dicho concepto incluiría todos aquellos servicios que se proporcionen al individuo no sólo por parte de personal médico sino también por parte de cualquier otro prestador de servicios de salud tales como Psicólogos Clínicos, Enfermeros, Nutriólogos, Fisioterapeutas, Promotores de Salud, Trabajadores Sociales, Odontólogos, entre otros, siempre y cuando dichos servicios se dirijan a la protección de la salud. Es decir, que no debe existir razón alguna para limitar el contenido del **derecho al más alto nivel posible de salud física y mental**, a la recepción de atención por parte de personal médico sino que debe expandirse al derecho a recibir una atención integral por parte del personal de salud que sea necesario según la condición de salud que se padezca.

Finalmente, el derecho a la salud es un derecho humano complejo que tiene fuentes nacionales e internacionales entre las que se encuentran la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, la **Ley General de Salud**, la **Constitución Política de la Ciudad de México**, la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** de 1948, el **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos** de 1966, el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** de 1966, la **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad** de 2006, la **Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”** de 1969 y el **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”** de 1988.

En este sentido, coincidimos con Lugo Garfias⁸², quien señala que el Derecho a la Salud es un derecho humano de tipo económico y social, que tiene fundamento establecido en los valores históricos que continúan vigentes, de forma indirecta con la libertad, igualdad y seguridad jurídica y de manera directa con el denominado “*adaptabilidad social a una vida plena*”. Así, el Estado estaría obligado a establecer condiciones adecuadas para que las personas puedan acceder al disfrute y desarrollo de una vida con la posibilidad de satisfacer cada una de las necesidades básicas o de mejoría de una persona, sin importar el momento histórico en el que nos encontremos y tampoco de la organización social, política, económica y jurídica que se trate.

Además, dicha autora explica que la salud desde las diversas fuentes del derecho nacional e internacional está vista como un estado de bienestar o como un proceso que nos lleve a un alto nivel en los aspectos físico, psicológico y social, para lo cual se requiere de atención preventiva y correctiva o bien, de conservación, atención y mejora de la salud. Por ello, indica que la salud debe incluir el acceso y la mejora de los determinantes sociales con medidas de carácter: económico, medio ambiental, cultural y político que permitan conservarla y mantenerla. Lo anterior, porque esos involucran otros derechos humanos y los principios de derechos humanos de indivisibilidad e interdependencia, por ejemplo, el derecho al trabajo y a las condiciones justas, a la alimentación, a la vivienda, al trato digno, a la educación, a la información, y el acceso a la cultura, entre otros.

⁸² Lugo, María Elena, op. cit., nota 62, p. 231.

En conclusión, el derecho a la salud, busca asegurar el mayor nivel posible de bienestar físico, psicológico y social de las personas, por lo cual no sólo debe brindarse atención correctiva, sino que deben atenderse también los determinantes sociales de la salud a fin de prevenir el desarrollo de enfermedades, por lo cual el Estado está obligado a generar condiciones sociales de vida que permitan al ser humano una vida plena.

CAPÍTULO III

EL DERECHO A LA SALUD EN LA JUSTICIA CONSTITUCIONAL MEXICANA.

A continuación, realizaremos un breve análisis del derecho a la protección de la salud en la justicia constitucional, con miras a esclarecer su naturaleza jurídica, así como los alcances y las limitaciones de dicho derecho fundamental. Para ello, revisaremos tres casos paradigmáticos acerca del derecho a la protección de la salud en nuestro país. El primer caso se refiere a la naturaleza jurídica del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo cuarto constitucional, el segundo caso versa sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (en su vertiente de salud física) consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y el tercer caso, es acerca del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (en su vertiente de salud mental) consagrado en el mismo numeral del Pacto antes citado.

3.1 El derecho a la salud en la justicia constitucional:

Según Sánchez-Cordero⁸³, el tránsito a hacia una mejor protección de los derechos sociales, en este caso el derecho a la protección de la salud, se tendrá que ir dando en los hechos mediante las sentencias de los tribunales de la federación y mediante la creación de mecanismos más concretos que hagan justiciables y tangibles los derechos sociales.

De acuerdo con Cossío Díaz⁸⁴, el **juicio de amparo** habrá de controlar la constitucionalidad de los actos de aplicación de leyes concernientes a esta materia, toda vez que, aun cuando el derecho fundamental se desarrolle en la ley, no se confunde con ella, permaneciendo como parámetro de constitucionalidad.

⁸³ Sánchez-Cordero de García-Villegas, O., *Magistratura constitucional, elementos de juicio*, México, ed. IJ-UNAM, 2005, P. 281.

⁸⁴ Cossío Díaz, José Ramón, *Estado Social y Derechos de Prestación*, Madrid, ed. Centro de Estudios Constitucionales, 1989, P. 235.

En coincidencia con Huerta Lara⁸⁵, pensamos que cuando el legislador decidió crear una ley que desarrollara o ampliara el contenido del derecho a la protección de la salud, quiso salvaguardar su dimensión esencial consagrándolo en la constitución, precisamente para que el particular que se vea afectado pueda válidamente reclamar en juicio de amparo.

Siguiendo a la autora antes referida, podemos concluir que, una vez regulado a nivel constitucional el derecho a la protección de la salud, el legislador ordinario no puede desconocerlo; sino por el contrario, se ve obligado a regularlo conforme lo que dispone la propia carta magna y los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por México, con lo que se materializa el derecho del individuo para combatir aquellas situaciones que llegaren a violentar sus derechos humanos.

Podemos afirmar que el sujeto titular de este derecho humano tiene derecho a que el Estado, como sujeto obligado, adopte todas y cada una de las medidas que sean necesarias para hacer asequible al individuo el más alto nivel posible de salud física, mental y social.

No obstante lo anterior, consideramos que también debe existir la responsabilidad social en la salud, es decir que el individuo y la sociedad civil no deben dejar que el Estado sea el único que se preocupe por la protección de la salud pública sino que deben colaborar participando en tareas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad e incluso, cooperando en la medida de sus posibilidades económicas en los gastos que se deriven de los servicios públicos de salud, sin que esto implique que no se pueda acceder a los servicios de salud por falta de dinero ya que debe preverse la gratuidad para las personas que no puedan pagar las cuotas que se establezcan ya que como dicen Roberto Tappia y Ma. Lourdes Motta⁸⁶ “Es claro que si bien la Constitución impone al Estado un deber, también es cierto que al ser la salud un valor biológico a la vez que un bien social y cultural, el individuo y la comunidad deben colaborar en su protección”.

Tapia y Motta⁸⁷ refieren que hasta 1999 la mayor parte de la doctrina jurídica mexicana concebía al derecho a la protección de la salud como una

⁸⁵ Huerta Lara, María del Rosario, *Expansión y justiciabilidad de los derechos sociales en México*, México, ed. IJ Universidad Veracruzana, p. 6.

⁸⁶ Tapia, Roberto y Motta, Ma. De Lourdes, “El derecho a la protección de la salud pública”, en Brena Sesma, Ingrid (coord.) *Salud y Derecho. Memoria del Congreso Internacional de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados*, México, ed. IJ-UNAM, 2005, p. 170.

⁸⁷ Idem.

disposición meramente programática que se limitaba a establecer directivas de acción para el Estado. Dichos autores explican que las normas programáticas solamente representan una guía de acción, pero no tienen carácter vinculatorio, es decir, no son derechos justiciables por lo que se consideraba que los ciudadanos no podían hacerlo exigible mediante el amparo. Agregan que, sin embargo, el 9 de diciembre de 1996, una persona que vivía con VIH/SIDA inició el cambio de paradigma en la concepción del derecho a la protección de la salud en nuestro marco jurídico, al interponer un amparo solicitando que se le proveyeran medicamentos antirretrovirales, logrando que se iniciara el tránsito de la idea de una garantía social de contenido programático a un verdadero derecho constitucional justiciable.

3.2 El caso de un paciente con VIH del IMSS que impugnó la falta de suministro de medicamentos antirretrovirales que mejorarían su calidad de vida.

A continuación, revisaremos el caso referido en el párrafo anterior por ser paradigmático en la interpretación del alcance del Derecho a la Protección de la Salud contenido en el artículo cuarto constitucional.

Según consta en el **amparo en revisión 2231/97**, el señor JOSÉ LUIS CASTRO RAMÍREZ, *inconforme porque no se le suministraron los medicamentos más idóneos para el adecuado tratamiento del VIH en el IMSS*, en diciembre de 1996 presentó una demanda de amparo ante el Juzgado Sexto de Distrito en materia Administrativa en el Distrito Federal en contra de diversas autoridades sanitarias, ya que al emitir, aprobar y publicar el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos de 1996, en el DOF de fecha 15 de Noviembre de 1996, se contravinieron las garantías individuales contenidas en los artículos 1, **4, párrafo cuarto**, 14, párrafo segundo y 16, párrafo primero, de la Constitución Federal. Además, de que las autoridades sanitarias se abstuvieron de proporcionar al quejoso los medicamentos que le resultaban esenciales para un adecuado tratamiento del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), dado que se encuentra infectado con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El quejoso narró como antecedentes del acto reclamado que al ser derechohabiente del IMSS recibió atención médica en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SIGLO XXI, ubicado en la Ciudad de México. Señaló que padece hemofilia tipo A, clásica, factor VIII, razón por la cual desde que se le detectó dicho padecimiento en 1984, ha

sido tratado en el IMSS. Apuntó que con motivo de los tratamientos recibidos en el IMSS, fue contagiado en las instalaciones con el virus de la Hepatitis C, así como con el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) que es el agente etiológico causante del SIDA, y a dicha fecha (1996) ya había presentado sintomatología de SIDA, razón por la cual requería ser tratado con aquellos medicamentos que están indicados para tal tipo de enfermedad y que resultan esenciales para un adecuado tratamiento.

Agregó que recientemente habían sido descubiertos y comercializados diversos medicamentos que dadas sus ventajas terapéuticas, resultaban esenciales para el tratamiento médico de las personas enfermas de SIDA, tales como los denominados lamivudina, indinavir, zalcitabina y zidovudina (todos los nombres son genéricos), mismos que al ser suministrados de manera combinada con otros medicamentos producirían un mayor beneficio terapéutico, ya que impiden la replicación del virus, y consecuentemente, logran que el SIDA tienda a ser una enfermedad parecida a las enfermedades crónicas. Asimismo, agregó que con dichos medicamentos tendría una mayor sobrevida y una mejor calidad de vida.

Aclaró que, a pesar de lo anterior, dichos medicamentos no fueron incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos de 1996 que fue publicado en el DOF de 15 de Noviembre de ese año, lo que determina que, no obstante su disponibilidad en el mercado y que la Secretaría de Salud ya hubiese otorgado su registro sanitario (autorización), los mismos no le pudieran ser prescritos y suministrados al quejoso, no obstante su carácter esencial para el tratamiento de los enfermos del SIDA. Ello es así ya que en dicho Cuadro, expresamente se señalaba que las instituciones del Sector Salud, entre las que se encuentra el IMSS, únicamente podrían emplear (prescribir y suministrar) los medicamentos comprendidos en dicho Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos.

Dicha demanda fue admitida y después de haber sustanciado todo el procedimiento, el Juez de Distrito que conoció de dicho asunto dictó sentencia definitiva el 21 de mayo de 1997, en la que determinó que la justicia de la unión no ampararía ni protegería al quejoso porque *no existía una norma de derecho que obligara a las autoridades responsables a suministrar al quejoso específicamente los medicamentos que pretende, es decir que si bien es cierto que conforme al artículo 4 constitucional toda persona tiene derecho a la protección de la salud y el acceso a los servicios*

de salud, ello no se traducía en el derecho subjetivo a recibir en especial los medicamentos recientemente descubiertos que mencionaba el quejoso.

Inconforme con lo anterior, el quejoso interpuso recurso de revisión en contra de dicha sentencia, mismo que fue admitido por el Presidente de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, por auto de fecha 20 de Agosto de 1997. Dicho expediente le fue turnado al Ministro Mariano Azuela Güitrón y toda vez que la interpretación realizada en la sentencia recurrida se refería a una materia común y no a ninguna de las materias especializadas de las salas, a saber si el derecho a la protección de la salud, que como garantía individual consagraba el artículo 4 constitucional, comprendía o no el suministro de medicamentos básicos por las dependencias y entidades que presten servicios de salud, se surtió la competencia a favor del Tribunal Pleno de la SCJN.

En resumen, el recurrente hizo valer como agravio principal que el A quo incurrió en su perjuicio en una indebida interpretación del párrafo cuarto del artículo cuarto constitucional, que contiene el derecho a la protección de la salud, pues consideró erróneamente:

- a) Que no existe un derecho subjetivo para recibir en especial determinados medicamentos, esto es, que el derecho a la protección de la salud no otorga a los gobernados la prerrogativa de recibir determinados medicamentos.

El recurrente, argumentó que para que el derecho a la protección de la salud pueda considerarse satisfecho, se debe proporcionar a los enfermos la mejor alternativa terapéutica, definida como aquella que otorga una mayor calidad y cantidad de vida. Explicó que lo anterior es así porque en la Ley General de Salud en su artículo segundo delimita las finalidades que tiene el derecho a la protección de la salud, entre las que se encuentran las siguientes:

“Artículo 2. El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades: (...)

II.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana. (...)

V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

Asimismo, agregó que el derecho subjetivo público a la protección de la salud se encuentra pormenorizado en el artículo 27, de dicha Ley, siendo relevante el contenido de las fracciones siguientes:

Artículo 27.- Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: (...)

III.- La atención médica que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

VIII.- La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud.

En conclusión, el recurrente argumentó que contrario a la errónea interpretación del A quo, sí existe en el ordenamiento jurídico una norma de derecho que obliga a las autoridades responsables a suministrar a los enfermos los medicamentos que éstos pretendan, siempre y cuando tales medicamentos produzcan los mayores beneficios terapéuticos posibles para la enfermedad concreta de que se trate, siendo precisamente tal norma jurídica el derecho a la protección a la salud establecido en el artículo 4, párrafo cuarto, constitucional.

Al resolver dicho recurso, el pleno de la SCJN, sostuvo que contrariamente a lo determinado por el Juez del conocimiento, **el derecho a la protección a la salud sí se traduce en el derecho subjetivo a recibir los medicamentos básicos para el tratamiento de una enfermedad**, como parte integrante del servicio básico de salud consistente en la atención médica, sin que obste a lo anterior el que los medicamentos sean recientemente descubiertos y que existan otras enfermedades que merezcan igual o mayor atención médica por parte del sector salud, pues éstas son cuestiones ajenas al derecho del individuo de recibir los medicamentos necesarios para el tratamiento de su enfermedad como parte del derecho a la protección de la salud que como garantía individual consagra el artículo 4 de la Carta Magna.

Como puede verse, este caso fue sumamente relevante para entender que el Derecho a la Protección a la Salud es un verdadero derecho fundamental y que como tal obliga a las autoridades estatales a realizar acciones encaminadas al cumplimiento de las diversas finalidades que le asigna a dicho derecho la Ley reglamentaria, que en este caso es la Ley General de Salud.

Lo positivo de este caso fue que el Pleno de la SCJN reconoció que el Derecho a la Protección de la Salud sí se traduce en un derecho subjetivo público a recibir no sólo la atención médica sino incluso los medicamentos recientemente descubiertos para el tratamiento de la enfermedad. Lo desafortunado de esta decisión fue que dada la ausencia del Ministro Mariano Azuela Güitrón, y a pesar de la trascendencia del caso, no se logró integrar una tesis jurisprudencial porque obtuvo 7 de 8 votos necesarios para ello, razón por la cual se quedó como tesis aislada del pleno de la SCJN.

Algo para reflexionar es que en este caso, la dimensión psicológica del derecho a la protección de la salud no fue abordada, es decir que en el amparo no se mencionó ni se alegó nada respecto a si el bienestar mental de JOSÉ LUIS CASTRO RAMÍREZ, el quejoso, estaba debidamente garantizado, es decir si el IMSS le había proporcionado o no, **atención psicológica** que lo apoyara en el afrontamiento de sus múltiples enfermedades, ya que desde mi punto de vista dada su compleja condición médica dicho paciente probablemente necesitaría de un tratamiento psicológico paralelo al tratamiento médico precisamente para apoyarlo y fortalecerlo en el proceso tan difícil que vivía. No debemos olvidar que la finalidad primordial del Derecho a la Protección de la Salud según la Ley General de Salud es el **bienestar físico y mental del ser humano**.

Una situación bastante desafortunada fue que José Luis Castro Ramírez falleció antes de que el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolviera el recurso de revisión que interpuso, sin embargo su caso aportó un criterio fundamental para los posteriores casos que se discutieron en la justicia constitucional acerca del derecho a la protección de la salud.

El criterio adoptado por la Corte en lo medular reconoció:

- a)** Que el derecho a la protección de la salud se encuentra consagrado en la Constitución federal como una garantía individual (ahora **derecho humano**).
- b)** Que dicho derecho comprende la **recepción de los medicamentos básicos para el tratamiento de una enfermedad**, como parte integrante del servicio básico de salud consistente en la atención médica.
- c)** Que en su actividad curativa significa el **proporcionar un tratamiento oportuno al enfermo**, lo que incluye, desde luego, la

aplicación de los medicamentos básicos correspondientes conforme al cuadro básico de insumos del sector salud.

- d)** Que no debe obstar a lo anterior el que los medicamentos sean recientemente descubiertos y que existan otras enfermedades que merezcan igual o mayor atención por parte del sector salud, pues éstas son cuestiones ajenas al **derecho del individuo de recibir los medicamentos básicos para el tratamiento de su enfermedad.**

- e)** Que las **dependencias y entidades** que prestan los servicios respectivos **tienen el deber de proporcionar dichos medicamentos al individuo** para el tratamiento de su enfermedad.

Como puede verse, este caso es muy relevante ya que el criterio que adoptó la Corte al resolverlo reconoció que el derecho a la protección de la salud es un derecho subjetivo público exigible vía amparo y que implica entre otras cosas el derecho al suministro de medicamentos, inclusive **sin importar qué tan recientemente hayan sido descubiertos.**

El problema del derecho a la protección de la salud en México es que los recursos económicos que se destinan a su cumplimiento no alcanzan para la gran diversidad de necesidades de salud que tiene la población, lo cual se agrava con la corrupción que impera en muchas entidades y dependencias de la administración pública tanto federal como local, ya que se han conocido casos de desviación de fondos en el sector salud. Por ello es importante que la jurisdicción constitucional sea una vía que permita al ciudadano defenderse frente a las autoridades cuando se violen sus derechos humanos. Además, nuestras autoridades deben comprender que un país sin acceso a los servicios de salud o con atención a la salud de mala o baja calidad es un país que no podrá desarrollarse, simple y sencillamente porque los problemas físicos y psíquicos de la población impedirán o dificultarán que las personas puedan realizar aportaciones al desarrollo económico, social y cultural de nuestro pueblo.

3.3 El caso de tres pacientes con VIH del INER que impugnaron la cancelación de un proyecto de construcción de un pabellón exclusivo para pacientes con VIH que les disminuirá el riesgo de infecciones vía aérea.

A continuación revisaremos un caso muy interesante que propició la interpretación del derecho al más alto nivel posible de salud física positivizado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en relación con el artículo 4 constitucional.

Este caso es el relativo al **amparo en revisión número 378/2014**, de fecha **15 de Octubre de 2014**, tramitado ante la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, mediante el cual se resolvió el siguiente conflicto.

El día 20 de Diciembre del 2012, tres pacientes con VIH del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER), demandaron ante el Juez Tercero de Distrito en materia Administrativa del Distrito Federal el amparo y protección de la Justicia Federal en contra de varias autoridades, reclamando esencialmente, la omisión de ejecutar el proyecto denominado "**Construcción y Equipamiento del Servicio Clínico para Pacientes con VIH/Sida y Co-infección por Enfermedades de Transmisión Aérea**", también conocido como "**pabellón 13**", así como la omisión de autorizar la transferencia de los recursos suficientes para tal fin.

Los quejosos señalaron que las condiciones bajo las cuales se brinda atención a los pacientes que viven con VIH/SIDA dentro del pabellón 4 de dicho Instituto Nacional de Salud, no son las adecuadas, pues: "(I) Los cuartos son compartidos entre tres o cuatro pacientes que viven con diversos padecimientos, entre ellos VIH; (II) No se cuenta con la ventilación adecuada para evitar la transmisión de agentes infecciosos; (III) Los 4 sanitarios se comparten entre los veintitantos pacientes que son atendidos en el pabellón 4; (IV) No existen las condiciones adecuadas de aislamiento necesarias para evitar la coinfección entre pacientes".

Argumentaron, sustancialmente, que los actos reclamados impedían el acceso al goce del más alto nivel posible de salud; porque las autoridades responsables no habían destinado el máximo de los recursos que disponen para la ejecución del citado proyecto, con lo que se violaba no solo el derecho a la protección de la salud sino también el derecho a la vida, porque los enfermos de VIH/SIDA se encuentran expuestos a contagios y co-infecciones de enfermedades oportunistas; y que se discriminaba a los quejosos por cuestiones socioeconómicas, debido a que carecen de posibilidades para acudir con médicos privados que les puedan brindar el servicio especializado, lo que evidencia que el Estado no ha adoptado

medidas para prevenir, reducir y eliminar las condiciones y actitudes que generan la discriminación en la práctica.

Como antecedentes del asunto señalaron que el 31 de Agosto de 2007 el Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud autorizó la solicitud del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”, por un monto de \$61,738,445.00, del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos-Industria Tabacalera, para el desarrollo del proyecto **“Remodelación y Equipamiento del Servicio Clínico 4”**.

No obstante lo anterior, el 23 de junio de 2008, el Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud llevó a cabo la Primera Sesión Extraordinaria del Ejercicio dos mil ocho, en la que se analizó la solicitud del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”, para **sustituir** el proyecto **“Remodelación y Equipamiento del Servicio Clínico 4”** por el nuevo proyecto **“Construcción y Equipamiento del Servicio Clínico para pacientes con VIH/SIDA y Co-infección por Enfermedades de Transmisión Aérea”**, por el mismo monto autorizado de \$61’738,445.00.

En este sentido, el 3 de julio de 2008, el Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud celebró la Quinta Sesión Ordinaria Ejercicio dos mil ocho, en la que, por una parte, **aprobó la cancelación** del proyecto **“Remodelación y Equipamiento del Servicio Clínico 4”** autorizado por un monto de \$ 61, 738, 445.00 –sesenta y un millones setecientos treinta y ocho mil cuatrocientos cuarenta y cinco pesos 00/100 M.N–, del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos-Industria Tabacalera, y por otra, **autorizó** la aplicación de recursos por un monto de \$7’500,000.00 –siete millones quinientos mil pesos, 00/100 M.N–, únicamente para la elaboración del proyecto ejecutivo del proyecto **“Construcción y Equipamiento del Servicio Clínico para pacientes con VIH/SIDA y Co-infección por Enfermedades de Transmisión Aérea”**, en el marco del anteproyecto preparado por la Dirección de Administración del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”, cuyo presupuesto estimado es de \$ 61,738, 445.00.

La Dirección General de Financiamiento de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, emitió las cartas de instrucción, con las que se transfirieron recursos económicos al INER “Ismael Cosío Villegas” por un total de \$7’500,000.00, para la contratación del proyecto ejecutivo relativo

a la "**Construcción y Equipamiento del Servicio Clínico para pacientes con VIH/SIDA y Co-infección por Enfermedades de Transmisión Aérea**" y con el resultado se procedería a analizar su viabilidad estando sujeto al cumplimiento de diversos requerimientos técnicos, administrativos y presupuestarios.

El Juez Tercero de Distrito en Materia Administrativa del Distrito Federal, una vez sustanciado el procedimiento, dictó la sentencia el día 21 de Junio del 2013, mediante la cual **resolvió no amparar ni proteger** a los quejosos contra los actos que reclamaron del Comisionado Nacional de Protección Social en Salud y del Presidente del Comité Técnico del Fideicomiso en Protección Social en Salud, así como del Director General del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas y el Director General de Administración de dicho Instituto.

En esencia dicho Juez consideró que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud es un "derecho a lo posible", no a que se concedan una serie de prerrogativas exclusivas como la construcción del pabellón trece. De igual forma, consideró que el Estado ha garantizado a los quejosos el derecho contenido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, con la atención médica que se les ha brindado a los quejosos y que reciben mes con mes, cuando acuden por sus medicamentos retrovirales imprescindibles para contener el avance de la enfermedad y cuya dotación gratuita se encuentra constitucionalmente garantizada. Y que, el Estado mexicano ha celebrado diversos actos jurídicos para que quien recibe atención médica en el instituto tenga un servicio óptimo y en instalaciones dignas; lo que se acredita con diversos documentos exhibidos por las autoridades responsables.

Dicho Juez, sostuvo que de los propios expedientes clínicos que se exhibieron como pruebas, se advierte que en el instituto responsable se brinda atención médica integral a la población portadora de VIH/SIDA que requiere de diversas especialidades, como los demandantes, que hicieron uso de especialistas en oncología, estomatología, psicología, otorrinolaringología y oftalmología, entre otras. Además, considerando el estado de salud en que arribaron al referido nosocomio y que los tres egresaron debido a la mejoría de su estado de salud, se concluye que los servicios que recibieron fueron de calidad y profesionales, **sin que para la consecución de esa finalidad sea necesaria la construcción del pabellón trece.**

Por otro lado, agregó que el hecho de que el proyecto del pabellón trece cuente con certificado de necesidad del proyecto, certificado de necesidad de un equipo de rayos “X” portátil, permiso sanitario de construcción de establecimiento médico, certificado de factibilidad y registro de cartera, no quiere decir que se encuentre completo y haya obligación para su ejecución, sino que en su momento se consideró oportuno contar con dichas instalaciones, pero sin que fuera una prioridad de salud, absolutamente necesario o que sin la ejecución de la obra se esté trastocando en perjuicio de los quejosos el derecho a la salud establecido en el artículo 4º constitucional, ya que en las instalaciones que actualmente cuenta el instituto fueron atendidos y dados de alta *sin que se advierta la afectación que pudieran sufrir, el peligro en la demora o el reconocimiento implícito que argumentan los demandantes de garantías.*

El Juez sostuvo que según la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, el riesgo de infección cero en cualquier hospital no existe. Por tanto, la omisión de ejecutar el proyecto **Construcción y Equipamiento del Servicio Clínico para Pacientes con VIH/Sida y Coinfección por Enfermedades de Transmisión Aérea**, no vulnera el derecho a la vida de los quejosos ni del sector de la población que representan.

Inconformes con la anterior determinación, los quejosos **interpusieron un recurso de revisión** en contra de dicha sentencia, del cual tocó conocer al **Décimo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito**, sin embargo por auto de fecha diecinueve de febrero de dos mil catorce, la **Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación** determinó ejercer la **facultad de atracción** ya que el problema jurídico a dilucidar se refería al *alcance y las implicaciones del derecho a la protección de la salud y la vida de los pacientes con VIH-SIDA*, y así determinar si la omisión de ejecutar el proyecto denominado **“Construcción y equipamiento del servicio clínico para pacientes con vih-sida y coinfección por enfermedades de transmisión aérea”** es inconstitucional, turnándose el asunto al Ministro Alberto Pérez Dayán.

Uno de los argumentos principales que los quejosos plantearon en el Recurso de Revisión, señaló que tal y como lo reconoció el Juez de Distrito, la salud es un derecho a lo posible, siendo que el proyecto del pabellón 13 no nace del imaginario o capricho de los quejosos, sino de la necesidad

reconocida por la propia autoridad responsable de contar con mayor y mejor infraestructura para el tratamiento y cuidado tanto del paciente que cuenta con VIH, como de aquellos que han padecido co-infección o alguna enfermedad de transmisión aérea dado que las condiciones del pabellón 4 no son las adecuadas, **"ya que las posibilidades de adquirir infecciones y enfermedades oportunistas en las condiciones actuales en que se encuentra dicha clínica, son realmente altas"**.

Además, agregaron que el Juez de distrito fue omiso en valorar el testimonio de uno de los quejosos, que estuvo hospitalizado durante ochenta días, habida cuenta que las razones por las que se prolongó tanto la hospitalización, estriba en que *"adquirió diversas infecciones durante el tiempo que estuvo ingresado como paciente de la Clínica 4 del INER, ello por compartir espacio, habitación y servicios de baño y aseo de pacientes que padecían enfermedades o infecciones diferentes a las del quejoso y porque las condiciones de aislamiento que su estado requería no podían ser provistas por las condiciones de infraestructura del pabellón en el que fue hospitalizado"*.

Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación estimó que resultaron parcialmente fundados los agravios que hicieron valer los quejosos y, antes de resolver el sentido de la resolución precisó de manera previa el contenido y alcance del **derecho humano al nivel más alto posible de salud contemplado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales**.

Para ello nuestro máximo tribunal primero recordó los principios generales que ha pronunciado la SCJN acerca del **derecho a la salud contemplado en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, estableciendo literalmente que:

*"El derecho a la salud no se limita a prevenir y tratar una enfermedad, sino que atento a la propia naturaleza humana, va más allá, en tanto comprende **aspectos externos e internos, como el buen estado mental y emocional del individuo**, es decir, se traduce en la obtención de un determinado **bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona**, del que deriva un derecho fundamental más, consistente en el **derecho a la integridad físico-psicológica**."*

Del artículo 4 de la Constitución Federal, que establece que toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho. La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado periodo no priva de contenido significativo a las obligaciones de los Estados, sino que les impone el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización.

Si bien para la justiciabilidad del derecho a la salud en el juicio de amparo es menester constatar que se invoque la violación de un derecho fundamental que incorpora pretensiones jurídicas subjetivas y que la invasión al derecho que se denuncia represente un tipo de vulneración remediable por dicha vía, lo cierto es que ello no permite descartar que, en ciertas ocasiones, dar efectividad al amparo implique adoptar medidas que colateral y fácticamente tengan efectos para más personas que las que actuaron como partes en el caso concreto, siempre y cuando tales efectos tengan una relación fáctica o funcional con los de las partes.”

Asimismo, la SCJN señaló que el derecho a la salud previsto en el artículo 4 de la Constitución General de la República, es un *derecho complejo* que despliega una amplia serie de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado, en el entendido de que ***la protección de la salud y el desarrollo de los correspondientes sistemas sanitarios asistenciales es una de las tareas fundamentales de los Estados democráticos contemporáneos*** y representa una de las claves del Estado del bienestar.

Además, agregó que la plena realización del derecho humano a la salud es uno de los requisitos fundamentales para que las personas puedan desarrollar otros derechos y libertades de fuente constitucional y convencional, por lo que ***la prosecución de la justicia social no puede***

ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sin enfermedades y sufrimientos que se resulten evitables o tratables, y sobre todo, en la evitabilidad de padecer una mortalidad prematura.

Una vez precisados los principios generales del derecho a la protección de la salud contemplado en el artículo cuarto constitucional, la SCJN se pronunció acerca del *contenido y el alcance del **derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*** que consagra el **artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**.

Al respecto la SCJN concluyó que el **derecho al nivel más alto posible de salud física y mental**, debe entenderse como:

“Un derecho al disfrute de toda una gama de **facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar un estado de bienestar general**, que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, *incluida la salud sexual y reproductiva*. En el entendido que existen elementos esenciales que informan el desarrollo del derecho humano a la salud, a saber, **la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad**.

De acuerdo con la SCJN ello implica, entre otras cuestiones, que el Estado mexicano:

I.- Debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, cuya naturaleza dependerá particularmente de su nivel de desarrollo;

II.- Que tales establecimientos deben estar al alcance de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, y;

III.- Que además de resultar aceptables desde el punto de vista cultural dichos establecimientos deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

IV.- Que la **“lucha contra las enfermedades”** tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, en tanto que **“la creación de condiciones que aseguren a las personas asistencia médica y servicios médicos en casos de enfermedad”**, no se limita al acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, sino al tratamiento **apropiado** de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades. Por ello, la obligación de **“cumplir”** requiere que los Estados adopten **medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.**

V.- Que en virtud del derecho consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se impone al Estado mexicano, por una parte, una obligación inmediata de asegurar a las personas, al menos, un nivel esencial del derecho al nivel más alto a la salud y, por otra, una de cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio hasta el máximo de los recursos que disponga.

VI.- Que si el Estado mexicano aduce que la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento de las obligaciones que ha contraído en virtud del pacto, tendrá que justificar no sólo ese hecho, sino que ha realizado todo lo posible por utilizar al máximo los recursos de que dispone para satisfacer el derecho a la salud.

VII.- Que se configurará una violación directa a las obligaciones del pacto, cuando, entre otras cuestiones, el Estado mexicano no adopte todas **“las medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental”**, dentro de las que se encuentra el establecimiento de **bienes y**

servicios públicos de calidad, que sean **aceptables** desde el punto de vista **cultural, científico y médico**, y que cuenten con las tecnologías pertinentes para dar un tratamiento apropiado a las enfermedades, habida cuenta que se deberá dar **especial cuidado a los grupos vulnerables o marginados**.

Una vez que la SCJN determinó la interpretación del alcance y el contenido del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, primeramente refirió algunos aspectos generales básicos entorno al VIH/SIDA para proceder posteriormente a ponderar la aplicabilidad de los criterios generales de interpretación del derecho antes mencionado al caso concreto.

Esencialmente, refirió que acorde con el estudio intitulado: **"Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH"** emitido por la Organización Mundial de la Salud y publicado en junio de dos mil trece, resulta frecuente que las personas con VIH "padezcan otras infecciones, enfermedades y trastornos concomitantes de diversos tipos que repercuten en el tratamiento y la atención que reciben, y en particular en la elección de los ARV [*antirretrovíricos*] y el momento de administrarlos". De ahí que, durante el tratamiento y la atención que reciben las personas que padecen de VIH, resulta necesario que se tomen las medidas necesarias para evitar el riesgo de co-infección de enfermedades oportunistas.

Una vez manifestado lo anterior, la Segunda Sala de la SCJN estimó que las propias autoridades responsables reconocieron que el tratamiento médico que se proporciona a los pacientes con VIH/SIDA en el "pabellón 4" del INER "ISMAEL COSÍO VILLEGAS" resulta inadecuado y no cumple con los estándares de calidad internacional, esto a partir de las constancias en las que se advierte que dicho Instituto solicitó al Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, quien le autorizó el acceso a un monto de \$61,738,445.00 para la realización del proyecto de "Remodelación y equipamiento del servicio clínico 4".

Dicha Sala sostuvo que contrario a lo estimado por el juzgador de distrito, las instalaciones y servicios del "pabellón 4" del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas", *no son de óptima calidad, por lo cual se encuentra comprobada la necesidad de que se realicen*

las obras necesarias a efecto de que la atención médica pueda ser considerada de calidad, previniendo, en la medida de lo posible, que los pacientes con VIH/SIDA padezcan otras infecciones, enfermedades y trastornos concomitantes de diversos tipos que repercuten en el tratamiento y la atención que reciben, y que inclusive, pueden poner en riesgo su vida.

A consideración de la Sala, la adecuación a la infraestructura del INER "Ismael Cosío Villegas", *se encuentra comprendida* dentro de las obligaciones que los artículos 2 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, imponen al Estado mexicano, pues éste debe contar con establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, que resultan aceptables desde el punto de vista cultural y que resulten **"apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad"**. Máxime que como se ha señalado, la obligación de **"cumplir"** requiere que los Estados **"adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud"**.

Al respecto, la Sala consideró que cuando un Estado contratante incumpla con la plena realización del derecho al nivel más alto a la salud, aduciendo una falta de recursos, ***no basta la simple afirmación de limitación presupuestaria por parte del Estado mexicano para que se tenga por demostrado que ha adoptado todas las medidas hasta el máximo de los recursos que disponga*** para lograr la plena realización del derecho humano del nivel más alto posible a la salud, pues los entes estatales se encuentran obligados a aportar el material probatorio en que sustente su dicho, pues es precisamente a la autoridad a quien le compete acreditar tal situación financiera, máxime que en todo asunto en el que se combata la violación a los derechos económicos, sociales y culturales que integran el bloque de constitucionalidad, los juzgadores nacionales deben distinguir entre la ***incapacidad estatal para cumplir con las obligaciones*** que el Estado mexicano ha contraído en materia de derechos humanos y la ***renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones***, pues es precisamente tal situación la que permitirá determinar judicialmente qué acciones u omisiones equivalen a una violación a tales derechos humanos.

Derivado de lo anterior, la Segunda Sala consideró que las autoridades responsables no demostraron *que han realizado todos los esfuerzos posibles para utilizar los recursos que están a su disposición, para lograr la plena*

efectividad del derecho humano al nivel más alto a la salud de los quejosos, ya que se limitaron a afirmar la falta de disponibilidad presupuestaria para llevar a cabo las medidas tendientes a lograr ese objetivo, sin embargo, fueron omisas en aportar a juicio el material probatorio en que se sustente tal aserto.

Finalmente, respecto a los efectos del amparo, la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación determinó que el INER “Ismael Cosío Villegas”, en coordinación con el Comisionado Nacional de Protección en Salud y Comité Técnico del Fideicomiso en Protección Social en Salud, deben tomar todas las medidas necesarias para salvaguardar, hasta el máximo de los recursos, el derecho humano al nivel más alto posible a la salud de los quejosos, dentro de un plazo razonablemente breve, en el entendido de que dichas medidas deberán ser deliberadas, concretas y orientadas lo más claramente posible hacia la satisfacción de las obligaciones contempladas en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Para ello, tomando en consideración el presupuesto con el que cuentan, deberán considerar qué medida resulta la más adecuada y plausible para poder brindar el servicio y tratamiento médico apropiado y de calidad para los pacientes con VIH/SIDA, en aras de evitar que se encuentren indebidamente expuestos a contagio de enfermedades oportunistas que repercutan en la atención médica que reciben. Así, la mejoría en las instalaciones y servicios del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”, podrá llevarse a cabo mediante remodelación del Servicio Clínico 4, o bien, mediante la construcción de un nuevo pabellón, siempre y cuando se empeñen en asegurar el disfrute más amplio posible del derecho en referencia, dadas las circunstancias económicas existentes, y que la inversión respectiva se encuentre orientada a que los establecimientos, bienes y servicios de salud, resulten apropiados desde el punto de vista científico y médico, así como de buena calidad. En el entendido que durante el procedimiento de ejecutoria de la sentencia de amparo, las alusiones a la limitación de recursos por parte de las responsables tendrán que encontrarse plenamente acreditadas con los medios conducentes, pues de lo contrario, no tendrán valor alguno para justificar la falta de exacto cumplimiento al fallo protector.

Como puede verse, la Segunda Sala de la SCJN, marcó un importante precedente al resolver este caso en atención a que consideró que

la infraestructura hospitalaria debe ser de óptima calidad como lo indica el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y además, recalcó que no basta con que el Estado Mexicano aduzca limitación presupuestal cuando incumple el derecho a la salud sino que debe aportar material probatorio para comprobar tal afirmación, puesto que el Juzgador debe poder distinguir cuando existe una verdadera **incapacidad estatal para cumplir con las obligaciones** que el Estado mexicano ha contraído en materia de derechos humanos y cuando se está ante la **renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones**.

Asimismo, resulta trascendente que los efectos del amparo no se limitaron únicamente a proteger a las tres personas que lo promovieron sino que indirectamente beneficiarán al grupo de pacientes que se atenderán en el servicio clínico que será remodelado o construido, corrigiéndose con este amparo una falla estructural en los servicios públicos de salud a la población con VIH/SIDA y otras afecciones, que históricamente ha sido un grupo marginado socialmente.

3.4.- El caso de un paciente diagnosticado con esquizofrenia que reclamó la falta de un Hospital Psiquiátrico en Nayarit.

Este caso resulta sumamente relevante en atención a que versa sobre la interpretación del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud mental contenido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El día 20 de marzo del 2015, un gestor solidario y oficioso de una persona en situación de calle con padecimientos mentales, al considerar que en Nayarit no existe un Hospital Psiquiátrico para atender los trastornos mentales que ameritan internamiento, presentó una demanda de amparo indirecto, misma que fue tramitada ante el Juez Segundo de Distrito en Materia de Amparo Civil, Administrativo y de Trabajo y de Juicios Federales en el Estado de Nayarit, en la cual se demandó como autoridades responsables a las siguientes:

- a) Congreso del Estado de Nayarit.
- b) Comisión de Salud y Seguridad Social del Honorable Congreso del Estado de Nayarit.
- c) Secretario de Salud del Gobierno del Estado de Nayarit.

- d) Presidente Municipal de Tepic.
- e) Director del Centro de Salud Mental (CESAME)
- f) Director General del Instituto contra las Adicciones “Marakame”.
- g) Director General del Consejo Estatal contra las Adicciones.

Los actos reclamados consistieron en la omisión de adoptar las medidas apropiadas de carácter presupuestario, administrativo y de cualquier otra índole, para dar plena efectividad al **derecho de del quejoso al nivel más alto posible de atención a su salud mental** y con ello salvaguardar su integridad física y aun su vida, en el contexto de un sistema de protección integral que reúna los siguientes recaudos mínimos: a) **Disponibilidad**. Construcción y disponibilidad de un hospital psiquiátrico en el Estado de Nayarit, así como disponibilidad de personal especializado y de medicamento para el tratamiento necesario; b) **Accesibilidad**. Ausencia de políticas discriminatorias, así como accesibilidad física y económica; c) **Aceptabilidad**, y d) **Calidad**.”

De las autoridades responsables, dos de ellas que son el f) Director General del Instituto contra las Adicciones “Marakame” y el Director General del Consejo Estatal contra las Adicciones, negaron la existencia del acto por no ser de su competencia, por lo cual se sobreseyó el amparo respecto de dichas autoridades. Únicamente el Presidente Municipal del XL Ayuntamiento de Tepic reconoció la certeza del acto que se le atribuyó mientras que las demás autoridades manifestaron expresamente unos y tácitamente otros, que no es cierto el acto que se les atribuye, sin embargo en el juicio de amparo se tuvieron por ciertas las omisiones que se les atribuyeron a dichas responsables, dado que por la naturaleza del acto, les correspondía a las propias autoridades demostrar que no existían tales omisiones, lo que no aconteció en el caso.

En esencia, el promovente, planteó en su demanda de amparo que debía dilucidarse si las autoridades del Estado de Nayarit señaladas como responsables, han proporcionado al quejoso las condiciones necesarias para que éste reciba tratamiento a su padecimiento mental, conforme a los estándares previstos en el derecho humano al disfrute más alto posible a la salud, consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales –y a partir de ello, establecer si la omisión de contar con un hospital psiquiátrico en el Estado de Nayarit, así como disponibilidad de personal especializado y de medicamento necesario,

constituye o no una violación a las obligaciones convencionales del Estado mexicano.

El gestor solidario y oficioso del adulto incapaz adujo que en el Estado de Nayarit no se cuenta con los establecimientos idóneos o convenientes para internar al hoy quejoso, dado que el Centro de Salud Mental (CESAME) está orientado al tratamiento psicológico ambulatorio de pacientes, mientras que el Instituto Contra las Adicciones “Marakame” y el Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA), se ocupan precisamente de personas en recuperación por adicciones, mientras que la patología del solicitante de amparo es de orden psiquiátrico: esquizofrenia tipo desorganizado.

El Juzgado determinó que la litis en el juicio se limitaba a determinar si las condiciones en que se le ha proporcionado la atención médica al quejoso, resultan apegadas al derecho humano del nivel más alto posible de salud, de manera tal que no se encuentre indebidamente expuesto no solo a no recuperar su óptimo estado de salud mental, sino a empeorar esta, que vulnere su integridad personal, e inclusive, puedan poner en peligro su vida.

Fijado el motivo de la Litis, el Juzgador Federal, advirtió que las propias autoridades responsables han reconocido la conducta omisiva de donar un terreno para la construcción de un hospital psiquiátrico; la omisión de contemplar recursos suficientes en los presupuestos de egresos para la construcción del mencionado hospital psiquiátrico en el Estado; la falta de un centro médico ex profeso para la atención e internamiento (no ambulatoria) de personas con enfermedades psiquiátricas; así como que el quejoso fue atendido en el Hospital Civil “Antonio González Guevara”, lo cual resulta inadecuado y no cumple con los estándares de calidad internacional.

Además, con las constancias del expediente en que se actuó, quedó fehacientemente acreditado en autos con los dictámenes psiquiátricos y psicológicos del Médico José Antonio Palacios Isaac, de la Licenciada en Psicología Deniz Selene Sierra Gutiérrez y del Médico Jorge Rubio Reynoso, que el quejoso padece de psicosis en estudio con esquizofrenia paranoide y/o desorganizado, y que debía permanecer con tratamiento constante y supervisado; que se encuentra ubicado en persona, no así en tiempo y circunstancia, que no se logra entablar una conversación para determinar alteración en su pensamiento, alucinaciones o síntomas típicos de un estado psicótico.

Asimismo, de acuerdo con el Juzgador Federal, con las testimoniales desahogadas en la audiencia constitucional, a cargo de dos personas, se justifican las circunstancias en que fue encontrado el quejoso mientras deambulaba por una de las vías de comunicación de la ciudad de Tepic, Nayarit, así como los cuidados que ha recibido por parte de las propias declarantes, y por el ahora promovente del Amparo.

El Juez de Distrito apreció que lo cierto es que en el Estado de Nayarit no existe un hospital psiquiátrico donde se pueda brindar atención médica adecuada a personas con el tipo de padecimientos que tiene el ahora quejoso, lo cual fue reconocido por las propias autoridades responsables, quienes inclusive esgrimieron que han hecho todos los esfuerzos posibles por darle el tratamiento adecuado al quejoso con la infraestructura con la que cuentan actualmente, ya que no han contado con la asignación de recursos para construir un hospital psiquiátrico o para llevar a cabo las adecuaciones necesarias en los hospitales ya existentes; lo que se desprende de los informes justificados que rindieron las autoridades responsables. Esto significa que, la omisión de construir un hospital psiquiátrico no deriva del hecho de que se considere innecesaria la realización de un proyecto de esa naturaleza, porque en el Estado de Nayarit se cuente con las condiciones de calidad clínica para dar un tratamiento apropiado a los pacientes con enfermedades psiquiátricas, sino de la falta de asignación del presupuesto necesario para llevarlo a cabo.

Por tanto, el Juez Federal sostuvo que es dable colegir que en dicha Entidad Federativa no existen las instalaciones adecuadas para el tratamiento de la enfermedad mental que padece el quejoso, conforme al derecho humano del nivel más alto posible de salud, pues se encuentra comprobada la necesidad de que se realicen las obras necesarias a efecto de que la atención médica pueda ser considerada de calidad, previniendo, en la medida de lo posible, que se deteriore aún más la salud mental del quejoso y que deambule por las calles, con el peligro que esto conlleva.

En esa tesitura, dicho Juzgador concluyó que la construcción o adecuación a la infraestructura de las instalaciones hospitalarias del estado de Nayarit, se encuentra comprendida dentro de las obligaciones que los artículos 2 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, imponen al Estado mexicano, pues éste debe contar con establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, que resultan aceptables desde el punto de vista cultural y que

resulten "apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad", en las condiciones antes descritas, lo que no fue justificado por las autoridades responsables.

Asimismo, el Juzgador Federal consideró que las autoridades responsables no demostraron que hayan realizado todos los esfuerzos posibles para utilizar los recursos que están a su disposición, para lograr la plena efectividad del derecho humano al nivel más alto posible de salud del quejoso, y de quienes se encuentran en similares condiciones de salud, no sólo en las calles de Tepic, sino también en áreas de marginación a lo largo y ancho de la Entidad, y en general con personas que requieren dicha atención por parte de los Servicios de Salud de Nayarit, ya que se limitaron a afirmar la falta de disponibilidad presupuestaria para llevar a cabo las medidas tendientes a lograr ese objetivo, empero, fueron omisas en aportar a juicio el material probatorio en que se sustente tal aserto.

En esa lógica, el Juez de Distrito consideró que en la especie se encuentra acreditada la transgresión a las obligaciones previstas en los artículos **4 constitucional, 2 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**; consecuentemente, al resultar **fundados los conceptos de violación** suplida su deficiencia, procede conceder el amparo y protección de la Justicia Federal al quejoso, para el efecto de que las autoridades responsables, en el ámbito de sus respectivas atribuciones, tomen todas las medidas necesarias para salvaguardar el derecho humano al nivel más alto posible de salud del quejoso, considerando que tiene un trastorno mental que lo hace jurídicamente incapaz, motivo por el cual debe recibir tratamiento médico en instalaciones adecuadas, a efecto de que no se siga deteriorando y en su caso mejore su salud mental.

Dicho Juez determinó que el cumplimiento de la sentencia de amparo implica la obligación de que las autoridades responsables consideren qué medida resulta más adecuada para poder brindar al quejoso un tratamiento médico apropiado a su padecimiento, ya sea mediante remodelación o adecuación de alguno de los centros hospitalarios existentes; la construcción de un pabellón; o bien mediante la construcción de un centro psiquiátrico adecuado, para lo cual las autoridades legislativa y ejecutiva de la Entidad, deberán preparar, gestionar, obtener y asignar partidas y recursos necesarios para ello; incluso del próximo presupuesto de egresos, lo que deberán hacer del inmediato conocimiento de este Juzgado Federal.

Por otro lado, señaló que en caso de que se acredite que ninguna de las opciones antes mencionadas resulte por el momento suficiente, deberán realizar las gestiones que estimen pertinentes para que el quejoso, a satisfacción razonable –calificada por el juzgador–, sea atendido en algún hospital o clínica del sector salud en el que pueda recibir su tratamiento en las condiciones adecuadas e idóneas a su enfermedad, a efecto de garantizarle el ya referido derecho a obtener el nivel más alto posible de salud.

En conclusión, si bien es entendible que el Juzgador le haya dado diversas alternativas a las autoridades responsables para que remodelaran o adecuaran alguno de los centros hospitalarios existentes, sea construyendo un pabellón en los mismos o bien un centro psiquiátrico adecuado, no resulta pertinente que les haya otorgado la oportunidad de que el quejoso sea atendido en algún hospital o clínica del sector salud porque ello implicaría la posibilidad de repetición del acto reclamado ya que el mismo fue atendido previamente en el Hospital Civil sin que el mismo contara con un espacio adecuado para el internamiento de pacientes psiquiátricos, por lo cual las autoridades responsables pueden tratar de evadir fácilmente sus obligaciones atendiendo al paciente en cualquier centro de salud, además de que esa solución improvisada no remediará la falla estructural de los servicios públicos de salud mental en el Estado de Nayarit, porque ese mismo problema que presentó quejoso lo viven muchas personas más que no tiene acceso a una institución donde puedan ser internados en caso de requerirlo en alguna situación de crisis, ya que en dicha entidad únicamente existen centros de salud mental de atención ambulatoria.

Además, desde mi punto de vista, el Juez de Distrito, debió haber ordenado como medida cautelar que el quejoso fuese internado, de ser necesario, en la institución psiquiátrica privada o pública más cercana a su domicilio, con cargo al gobierno del Estado a fin de salvaguardar la salud de dicha persona hasta en tanto se resolviera el juicio y las autoridades responsables dieran cumplimiento a la sentencia protectora.

3.5 Reflexiones.

En los casos paradigmáticos que analizamos en este capítulo se abordaron derechos de personas infectadas con VIH, así como de personas con trastornos mentales en situación de calle, quienes forman parte de grupos que históricamente han sido marginados por la sociedad y sobre los cuales pesan diversos estigmas sociales, y que tal vez por ello, sus derechos no siempre son tomados en cuenta por los que deciden las políticas públicas de salud, siendo esta situación gravemente violatoria del derecho a la no discriminación por condición de salud o condición social, y sobre todo, restringiendo su goce efectivo del derecho a la protección de la salud.

Afortunadamente, las tres sentencias de los casos referidos constituyen un avance en la protección de dichos grupos y en el reconocimiento de su dignidad humana por parte de los órganos jurisdiccionales y una llamada de atención para que las autoridades de salud que diseñan y ejecutan las políticas públicas de salud sean más respetuosas de los derechos humanos e incluyan en sus políticas públicas programas y servicios destinados para la atención oportuna de grupos vulnerables.

No debe olvidarse que el derecho a la salud tiene también una dimensión colectiva, y por tanto, al ordenarse que se le suministren a los pacientes los medicamentos que necesiten como parte de su tratamiento, o al ordenarse que se remodele o construya un pabellón de óptima calidad para brindar servicio clínico a pacientes con VIH o que se realicen adecuaciones a centros hospitalarios existentes o se construya un centro psiquiátrico para internamiento de pacientes con padecimientos mentales, se estarán protegiendo al mismo tiempo los derechos humanos de otras personas, no solamente los del quejoso. Por ello resulta imperativo, que frente a este tipo de casos, los Jueces Federales se atrevan a ordenar a las autoridades responsables la construcción o adecuación de tales espacios, ya que solo de esa manera se logrará concretizar en el mundo fáctico el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental.

CAPÍTULO IV

LA EVOLUCIÓN JURISPRUDENCIAL DEL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO.

A continuación, revisaremos la evolución histórica del derecho a la salud en la jurisprudencia mexicana, para ello revisaremos en orden cronológico las principales tesis aisladas y jurisprudenciales que existen en torno al derecho a la protección de la salud contemplado en el artículo cuarto constitucional y al derecho al más alto nivel posible de salud física y mental positivizado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a efecto de conocer y comprender el alcance y el contenido que se la ha ido asignando a dicho derecho humano a través del tiempo en nuestro país.

4.1 Evolución histórica del derecho a la salud en México.

En **1984** se publicó en México la primera tesis en torno al alcance y contenido del **derecho a la protección de la salud**, y en ella, aunque fue una tesis aislada, se reconoció que de acuerdo con el artículo 4 constitucional toda persona tiene derecho a la protección de la salud y al acceso a los servicios de salud, aclarándose que el mismo no se traduce en un derecho subjetivo a recibir en especial un tratamiento específico que demande el quejoso. Si bien en dicha tesis no se dan mayores elementos para comprender el alcance o el contenido del derecho a la protección de la salud la misma es importante porque es la primera que aparece en torno a dicho derecho en nuestro país, aunque su contenido es un tanto confuso. Para mayor conocimiento dicha tesis⁸⁸ se transcribe a continuación:

“SALUBRIDAD. SUSPENSION DE UN TRATAMIENTO POR UN METODO ESPECÍFICO.

No existe una norma de derecho que obligue a las autoridades responsables a otorgarle a la quejosa específicamente el tratamiento médico que se le

⁸⁸ Tesis sin número, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Séptima Época, Volumen 187-192, Sexta Parte, 1984, p. 150.

suspendió. Es cierto que conforme al vigente artículo 4o. de la Constitución General de la República, toda persona tiene derecho a la protección de la salud y al acceso a los servicios de salud, pero ello no se traduce en un derecho subjetivo a recibir en especial el tratamiento exclusivamente por el método que le fue suspendido a la quejosa. No es obstáculo para lo anterior, el alegato en el sentido de que desde hace muchos años se aplicaba ese tratamiento a otros mexicanos, toda vez que en caso de ser cierto, dicha práctica tampoco crearía una obligación a cargo de las autoridades médicas.”

En **1992**, se publicó una **tesis jurisprudencial** que en esencia reconoce al derecho a la salud consagrado en el artículo 4 constitucional como un **derecho a recibir un tratamiento**, mismo que incluso puede llegar a ser violado por una autoridad jurisdiccional si esta advierte que una persona acusada de haber cometido un delito padece un problema de salud y omite ordenar se le aplique un tratamiento. Esta tesis es sumamente relevante puesto que desde dicho año se reconoce por primera vez el derecho a la salud como un derecho fundamental en una tesis de jurisprudencia que como sabemos es obligatoria, por lo cual el Juzgador Federal no dudó en considerar al derecho a la salud como un derecho fundamental plenamente exigible vía amparo. Se concluyó que el derecho a la salud implica el derecho a recibir un tratamiento cuando se padece algún problema de salud, en el caso concreto se trata de una persona que fue procesada penalmente y que ameritaba recibir un tratamiento de desintoxicación o deshabituación de las adicciones. Dicha tesis⁸⁹ se reproduce a continuación:

“SALUD, DERECHO A LA. TRANSGREDE EL, CUANDO NO SE ORDENA EL TRATAMIENTO SOBRE LA ADICCIÓN DE UN SENTENCIADO TOXICOMANO.

Se transgrede el sentido del artículo 4o. constitucional, que consagra el derecho a la salud, así como lo estatuido en el precepto 194, fracción IV del Código Penal Federal, cuando en un delito contra la salud, al sentenciarse a un acusado que es toxicómano adicto al consumo de enervantes o estupefacientes, la responsable ordenadora omite dejarlo a disposición de la autoridad sanitaria para su tratamiento.”

⁸⁹ Tesis I.2o.P. J/44, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta núm. 57, Octava Época, 1992, p. 43.

En este mismo orden de ideas, en **1995**, se publicó una tesis aislada⁹⁰ que reconoció al derecho a la protección de la salud como una **garantía individual** que *se traduce en recibir el tratamiento requerido*, misma que se transcribe a continuación:

“SALUD, DERECHO A LA. LA AUTORIDAD DEL RAMO NO PUEDE NEGARSE A PROPORCIONAR TRATAMIENTO A UN PROCESADO.

Si conforme a lo establecido por el artículo 4o. de la Constitución General de la República, toda persona tiene derecho a la protección de su salud y acceso a los servicios correspondientes, el quejoso tiene tal derecho, *lo que se traduce en recibir el tratamiento requerido*. Luego, con el hecho de que el secretario de Salud del Estado de Tlaxcala, no proporcione la atención médica a un procesado y niegue su traslado a un hospital especializado, es inconcuso que viola esa garantía individual consagrada en el párrafo cuarto del artículo 4o. de la Constitución General de la República”.

En **Marzo del 2000**, se publicó a instancia del Pleno de la SCJN, una tesis aislada⁹¹ que surgió del primer caso paradigmático analizado en esta tesis, en la cual se reconoció que el derecho a la protección de la salud tiene en otras finalidades, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga las necesidades de la población. Asimismo, se indicó que los servicios básicos de salud, entre otros, consisten en: a) la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, definiéndose a las actividades curativas como aquellas que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; y b) la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud para cuyo efecto habrá un cuadro básico de insumos del sector salud, sin que obste a lo anterior el que los medicamentos sean recientemente descubiertos. Es decir que dicho derecho implica, entre otras cosas, el derecho a recibir la atención médica y los medicamentos básicos para el tratamiento de la enfermedad, implicando que las dependencias y entidades que prestan los servicios

⁹⁰ Tesis VI.2o.37, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. II, 1995, p. 574.

⁹¹ Tesis P. XIX/2000, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XI, 2000, p. 112.

respectivos tienen el deber de proporcionarlos aún cuando dichos medicamentos sean recién descubiertos. A continuación, para evitar repeticiones, se reproduce únicamente el rubro de dicha tesis:

“SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN, QUE COMO GARANTÍA INDIVIDUAL CONSAGRA EL ARTÍCULO 4o. CONSTITUCIONAL, COMPRENDE LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y SU SUMINISTRO POR LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS RESPECTIVOS”.

Por otro lado, en el **2004**, se publicó una tesis aislada⁹² donde se reconoció que el derecho a la protección de la salud es un derecho fundamental y que, en materia de salubridad general existe concurrencia legislativa entre la federación, las entidades federativas y el entonces Distrito Federal, por lo cual dentro de las potestades de las entidades se encuentra la de emitir dentro del ámbito local, cualquier disposición legal que tenga por objeto el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud; todo ello, en términos de la Ley General de Salud, por ser ésta el ordenamiento que reglamenta el derecho fundamental a la protección de la salud. Dicha tesis se transcribe a continuación:

“PROTECCIÓN A LA SALUD DE LOS NO FUMADORES EN EL DISTRITO FEDERAL. LA ASAMBLEA LEGISLATIVA TIENE FACULTADES PARA EXPEDIR LA LEY RELATIVA.

⁹² Tesis I.15o.A.9 A, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XX, 2004, p. 1410.

La interpretación relacionada de los artículos 4o., 73, fracción XVI y 122, apartado C, base primera, fracción V, inciso i), de la Constitución General de la República, permite determinar que está elevada al rango de derecho fundamental la protección del derecho a la salud y que se encuentra autorizada la concurrencia legislativa de la Federación y las entidades federativas, así como del Distrito Federal, en materia de salubridad general, pues explícitamente se otorga competencia al Congreso de la Unión para legislar en materia de salubridad general de la República y a la Asamblea Legislativa del Distrito Federal facultades para normar (sinónimo de legislar) lo relativo a la salud, en el ámbito local. Por consiguiente, si esa asamblea tiene competencia constitucional para normar lo relativo a la salud dentro del territorio en donde ejerce jurisdicción, es evidente que al expedir la Ley de Protección a la Salud de los no Fumadores en el Distrito Federal actuó en ejercicio de facultades constitucionales, pues conforme a lo dispuesto en el último de los artículos citados, dentro de sus potestades se encuentra la de emitir dentro del ámbito local, cualquier disposición legal que tenga por objeto el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud; todo ello, en términos de la Ley General de Salud, por ser ésta el ordenamiento que reglamenta el derecho fundamental a la protección de la salud. No es obstáculo para estimar lo contrario, que el artículo 122, apartado C, base primera, fracción V, de la Constitución Federal, al conferirle facultades a la Asamblea Legislativa del Distrito Federal para "expedir", "legislar" y "normar" en distintas materias, y específicamente en el ramo de salud, emplee el vocablo "normar", a diferencia de otros casos, pues esa diferencia no debe interpretarse de manera restrictiva ajena a la función legislativa, ya que finalmente el uso de vocablos distintos sólo obedece al empleo de sinónimos que inciden sobre la función legislativa y, por ende, ello implica la atribución de expedir las leyes respectivas. Tampoco es óbice para lo expuesto que en el artículo 73, fracción XVI, de la Constitución General de la República se utilice el término "salubridad general" mientras que en el diverso 122, apartado C, base primera, fracción V, inciso i), de la propia Constitución se haga alusión al vocablo "salud", pues lo cierto es que ambos convergen sobre una misma materia: la protección a la salud".

En **julio** del **2008**, la Primera Sala de la SCJN, publicó una tesis aislada⁹³ en la que estableció que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. Además, se consideró que este derecho implica que el Estado debe vigilar que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios para garantizar el derecho a contar con un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Además, el Estado estaría autorizado para controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y tendría la obligación de asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación y experiencia. También se reconoció que el derecho a la protección de la salud implica la libertad de controlar la salud y el cuerpo, así como la libertad sexual y reproductiva, y el derecho a no padecer injerencias, torturas, tratamientos o experimentos médicos no consensuales.

Desde mi punto de vista, el Estado debería utilizar sus facultades para reglamentar el ejercicio profesional de las profesiones de la salud mental, esclareciendo los requisitos legales necesarios para ejercer la Psicoterapia, ya que no existe una reglamentación federal para dicha actividad. Asimismo, el Estado debe vigilar que no se realicen intervenciones quirúrgicas en contra de la voluntad de las personas para evitar la reproducción sin su consentimiento, ya que se han presentado muchos casos principalmente en personas indígenas. Dicha tesis se reproduce a continuación:

“DERECHO A LA SALUD. SU REGULACIÓN EN EL ARTÍCULO 4o. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y SU COMPLEMENTARIEDAD CON LOS TRATADOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS”.

Este Alto Tribunal ha señalado que el derecho a la protección de la salud previsto en el citado precepto constitucional tiene, entre otras finalidades, la de garantizar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población, y que por servicios de salud se entienden las

⁹³ Tesis 1ª. LXV/2008, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXVIII, 2008, p. 457.

acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. Así, lo anterior es compatible con varios instrumentos internacionales de derechos humanos, entre los que destacan el apartado 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que señala que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que alude al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y refiere que los Estados deben adoptar medidas para asegurar la plena efectividad de este derecho; y el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", según el cual toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. En ese sentido y en congruencia con lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el derecho a la salud debe entenderse como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y no sólo como el derecho a estar sano. Así, el derecho a la salud entraña libertades y derechos, entre las primeras, la relativa a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, torturas, tratamientos o experimentos médicos no consensuales; y entre los derechos, el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Asimismo, la protección del derecho a la salud incluye, entre otras, las obligaciones de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con ella; vigilar que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación y experiencia; de ahí que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”.

En **Septiembre del 2008**, se publicó una **tesis jurisprudencial**⁹⁴ que reconoce al derecho a la protección de la salud contemplado en el artículo 4 constitucional, como un derecho humano fundamental, es decir como un derecho público subjetivo cuyo objeto es proteger la salud, mismo

⁹⁴ Tesis I.7o.A. J/44, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXVIII, 2008, p. 1151.

que puede implicar entre otras cosas, facultades de los órganos estatales para garantizar las condiciones necesarias para que la salud de la población esté protegida a través de la emisión de reglas de carácter general como por ejemplo la Ley General para el Control del Tabaco. Además, se adoptó la definición de salud proporcionada por la OMS, misma que la define como un *estado de completo bienestar físico, mental y social*. Dicha tesis se transcribe a continuación:

“SUSPENSIÓN EN EL AMPARO. DEBE NEGARSE CONTRA LOS EFECTOS Y CONSECUENCIAS DEL DECRETO POR EL QUE SE REFORMA, ADICIONA Y DEROGA LA LEY DE PROTECCIÓN A LA SALUD DE LOS NO FUMADORES EN EL DISTRITO FEDERAL, PUBLICADO EN LA GACETA OFICIAL EL 4 DE MARZO DE 2008, AL SER DE INTERÉS COLECTIVO SU EXPEDICIÓN.

El artículo 4o., párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos tutela el derecho fundamental a la protección de la salud. Por otra parte, el organismo de las naciones unidas especializado en la materia ha reiterado que la salud, entendida como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de la salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo...". Por su parte, en la Enciclopedia Jurídica Mexicana del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, Tomo XII, página siete, se considera al derecho a la salud como: "el conjunto de normas de derecho público que regulan las actividades de las instituciones del Estado y los sujetos públicos, privados y sociales que tengan por objeto común proteger la salud.". Por tanto, se concluye que ese derecho subjetivo implica un cúmulo de facultades de los órganos estatales cuyo ejercicio permite, entre otras cosas, garantizar las condiciones necesarias para que la salud de la población esté protegida a través de la emisión de reglas de carácter general; de ahí que sea de interés colectivo la expedición de ordenamientos legislativos que tengan como objeto la prevención y disminución de las consecuencias derivadas del consumo y de la exposición al humo de tabaco en cualquiera de sus formas, que eviten la propagación de cualquier peligro en la salud, como es el decreto por el que se reforma, adiciona y deroga la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial el 4 de marzo de 2008; por lo que debe negarse la suspensión en el amparo contra sus efectos y consecuencias”.

En **octubre del 2008**, se publicó a instancia del Pleno de la SCJN, una **tesis jurisprudencial**⁹⁵ mediante la cual por un lado se le impone la obligación al Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud y por otro lado, se impone a las personas la obligación de contribuir al financiamiento de los respectivos servicios de salud mediante cuotas de recuperación para que no corra a cargo del Estado exclusivamente, eximiéndose de su cobro a aquellos que carezcan de recursos para cubrirlas, de ahí que la salud sea una responsabilidad social que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados, con base en criterios de capacidad contributiva y redistribución del ingreso. Además, se realizó una clasificación de los distintos tipos de servicios de salud que existen en nuestro país: a) Servicios públicos que se brindan a la población en general regidos por los principios de universalidad y gratuidad, b) Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, c) Servicios sociales y privados y d) Servicios de Protección Social en Salud que se prestan a quienes no sean derechohabientes de instituciones de seguridad social o no cuenten con ningún otro mecanismo de previsión social en salud. Dicha tesis se reproduce a continuación:

“SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN CONFORME AL ARTÍCULO 4o., TERCER PÁRRAFO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ES UNA RESPONSABILIDAD SOCIAL.

La Ley General de Salud, reglamentaria del citado precepto constitucional, precisa que los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en: a) servicios públicos a la población general, que se prestan en establecimientos públicos de salud a los residentes del país, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad, cuyas cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando éstos carezcan de recursos para cubrirlas; b) servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, que son los prestados a las personas que cotizan o las que hubieren cotizado conforme a sus leyes, así como los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal se presten por tales instituciones a otros grupos de usuarios; c) servicios sociales y privados, los primeros se prestan por los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y beneficiarios de los mismos, directamente o mediante la contratación de

⁹⁵ Tesis P./J. 136/2008, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXVIII, 2008, p. 61.

seguros individuales y colectivos, y privados, los que se prestan por personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, sujetos a las leyes civiles y mercantiles, los cuales pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros individuales o colectivos y, d) otros que se presten de conformidad con la autoridad sanitaria, como lo son aquellos que conforman el Sistema de Protección Social en Salud, previsto para las personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, que será financiado de manera solidaria por la Federación, los Estados, el Distrito Federal y los propios beneficiarios mediante cuotas familiares que se determinarán atendiendo a las condiciones socioeconómicas de cada familia, sin que el nivel de ingreso o la carencia de éste sea limitante para acceder a dicho sistema. Lo anterior permite advertir que el derecho a la protección de la salud se traduce en la obligación del Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud y que en virtud de que ésta es una responsabilidad que comparten el Estado, la sociedad y los interesados, el financiamiento de los respectivos servicios, no corre a cargo del Estado exclusivamente, pues incluso, se prevé el establecimiento de cuotas de recuperación a cargo de los usuarios de los servicios públicos de salud y del sistema de protección social en salud, que se determinan considerando el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas de los usuarios, eximiéndose de su cobro a aquellos que carezcan de recursos para cubrirlas, de ahí que la salud sea una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados, con base en criterios de capacidad contributiva y redistribución del ingreso.

En **Abril del 2009**, se publicó a instancia de la Primera Sala de la SCJN, una **tesis jurisprudencial**⁹⁶ en la que se realizó una ponderación entre el derecho a la libertad de trabajo de los profesionales de la salud contemplada en el artículo 5º constitucional y el derecho a la protección de la salud contemplado en el artículo 4 constitucional, enfatizándose que los profesionales de la salud no están libres de toda regulación porque el Estado puede establecer medidas para garantizar la calidad de los servicios de salud que se brindan a los pacientes, siempre y cuando dichas medidas sean admisibles constitucionalmente, necesarias y proporcionales. Dicha tesis se transcribe a continuación:

⁹⁶ Tesis 1a./J. 51/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXIX, 2009, p. 507.

“RESTRICCIÓN A LA LIBERTAD DE TRABAJO. EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD PREVÉ UNA RESTRICCIÓN VÁLIDA A LA LIBERTAD DE TRABAJO DE LOS MÉDICOS.

La libertad de trabajo no es absoluta y, como otros derechos fundamentales, admite restricciones. El juez constitucional al analizar esas restricciones para determinar si son válidas o no, debe comprobar que éstas satisfagan tres requisitos: a) que sean admisibles constitucionalmente, b) que sean necesarias, y c) que sean proporcionales. Si atendemos a que la práctica de la medicina no puede permanecer ajena a una regulación o control por parte del Estado, ya que el ejercicio de esta profesión necesariamente implica la probabilidad de afectación de derechos de terceros, entendemos que el segundo párrafo del artículo 271 de la Ley General de Salud, satisface el primero de los requisitos antes señalados al ser en principio una restricción de aquellas que son admisibles en el artículo 5o. constitucional. Asimismo, satisface el segundo requisito, pues dicha regulación que puede considerarse como una restricción al derecho al trabajo para el ejercicio profesional de los médicos, se encuentra justificada y es necesaria para garantizar el derecho a la salud, que puede comprender de manera específica el establecimiento de medidas para garantizar la calidad de los servicios de salud, al concretarse a exigir a los médicos que quieran practicar cirugías estéticas y cosméticas a que satisfagan condiciones mínimas necesarias de capacitación, educación, experiencia y tecnología; y que las realicen en establecimientos con condiciones sanitarias adecuadas y en donde se utilicen medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, es decir, a que ofrezcan servicios médicos de calidad, lo cual claramente protege el derecho a la salud. Finalmente, la medida prevista en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud, satisface el tercer requisito de análisis para las restricciones a los derechos fundamentales, ya que es proporcional porque el grado de restricción sobradamente es compensada por los efectos benéficos que tiene desde una perspectiva preocupada por garantizar la práctica de las cirugías estéticas y cosméticas bajo los parámetros de profesionalización y calidad que garantizan la protección de la salud de los pacientes.

En **Abril del 2009**, se publicó a instancia de la Primera Sala de la SCJN, una **tesis jurisprudencial**⁹⁷ que entiende al derecho a la salud como aquel que comprende el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, definiendo **calidad** como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas. No obstante lo

⁹⁷ Tesis 1a./J.50/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXIX, 2009, p. 164.

anterior, resulta importante entender que los servicios de salud no son prestados únicamente por médicos sino también por psicólogos, odontólogos, nutriólogos, fisioterapeutas, enfermeros, trabajadores sociales, entre otros, y por ello, la definición de calidad debería ser más general y abstracta para que se comprenda dentro de la misma a todas las profesiones de la salud. Dicha tesis se reproduce a continuación:

“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas. De lo anterior se desprende que para garantizar el derecho a la salud, es menester que se proporcionen con calidad los servicios de salud, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos. Esto es, para garantizar la calidad en los servicios de salud como medio para proteger el derecho a la salud, el Estado debe emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin. Una de estas acciones puede ser el desarrollo de políticas públicas y otra, el establecimiento de controles legales. Así, una forma de garantizar el derecho a la salud, es establecer regulaciones o controles destinados a que los prestadores de servicios de salud satisfagan las condiciones necesarias de capacitación, educación, experiencia y tecnología, en establecimientos con condiciones sanitarias adecuadas y en donde se utilicen medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, tal como dispone el legislador ordinario en el artículo 271, segundo párrafo de la Ley General de Salud.

En **Diciembre del 2009**, se publicó a instancia del Pleno de la SCJN, una tesis aislada⁹⁸ en la que se establece que **el derecho a la protección de la salud implica también aspectos como el buen estado mental y emocional del individuo**, es decir que se concibe al derecho a la protección de la salud como un derecho a la integridad físico-psicológica. Esta tesis es una de las más relevantes para el tema en estudio ya que se explica claramente que dentro del Derecho a la Protección de la Salud se implican no solo aspectos físicos sino también aspectos psicológicos y

⁹⁸ Tesis P. LXVIII/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXX, 2009, p. 6.

sociales, por lo cual dicho derecho fundamental se manifestaría en tres dimensiones a saber, el Derecho a la Salud Física, el **Derecho a la Salud Mental** y el Derecho al Bienestar Social. Dicha tesis se transcribe a continuación:

“DERECHO A LA SALUD. NO SE LIMITA AL ASPECTO FÍSICO, SINO QUE SE TRADUCE EN LA OBTENCIÓN DE UN DETERMINADO BIENESTAR GENERAL.

El referido derecho, contenido en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y reconocido en diversos tratados internacionales suscritos por México, no se limita a la salud física del individuo, es decir, a no padecer, o bien, a prevenir y tratar una enfermedad, sino que atento a la propia naturaleza humana, va más allá, en tanto comprende aspectos externos e internos, como el buen estado mental y emocional del individuo. De ahí que el derecho a la salud se traduzca en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva un derecho fundamental más, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica.

En **Diciembre del 2009**, también se publicó a instancia del Pleno de la SCJN, una tesis aislada⁹⁹ en la que se entiende al derecho a la salud como un **derecho a obtener un determinado bienestar general, integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona**. En el caso concreto del que deriva la tesis se advirtió que los tratamientos psicológicos, hormonales e incluso quirúrgicos a que se hubiere sometido una persona transexual para lograr la reasignación del sexo que vive como propio, no resultan suficientes para alcanzar ese estado de bienestar integral, si no se le permite también, mediante las vías legales correspondientes, adecuar su sexo legal con el que realmente se identifica y vive como propio. Por dicha razón se estimó que si la ley genera una situación tortuosa en la vida cotidiana de una persona con reasignación sexo genérica al impedirle obtener un documento legal de identidad se estaría afectando su estado emocional o mental y por ello la persona no gozaría de su derecho a una salud integral. Dicha tesis se reproduce a continuación:

⁹⁹ Tesis P. LXX/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXX, 2009, p. 6.

“DERECHO A LA SALUD. TRATÁNDOSE DE LA REASIGNACIÓN DEL SEXO DE UNA PERSONA TRANSEXUAL, ES NECESARIA LA EXPEDICIÓN DE NUEVOS DOCUMENTOS DE IDENTIDAD, A FIN DE LOGRAR EL ESTADO DE BIENESTAR GENERAL PLENO QUE AQUEL DERECHO IMPLICA.

Considerando el derecho a la salud como la obtención de un determinado bienestar general, integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, se advierte que los tratamientos psicológicos, hormonales e incluso quirúrgicos a que se hubiere sometido una persona transexual para lograr la reasignación del sexo que vive como propio, no resultan suficientes para alcanzar ese estado de bienestar integral, si no se le permite también, mediante las vías legales correspondientes, adecuar su sexo legal con el que realmente se identifica y vive como propio, con la consiguiente expedición de nuevos documentos de identidad, dado que se le obligaría a mostrar un documento con datos que revelarían su condición de transexual, sin el pleno reconocimiento de la persona que realmente es, generando una situación tortuosa en su vida cotidiana, lo que indudablemente afecta determinadamente su estado emocional o mental y, de ahí, su derecho a una salud integral”.

En el **2011**, se publicó a instancia de la Primera Sala de la SCJN, una tesis aislada¹⁰⁰ en la que se reconoció que existen documentos que esclarecen el contenido del derecho a la salud y su alcance jurídico mínimo consensuado. Así, la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, por ejemplo, dispone que el derecho a la salud garantiza pretensiones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y refiere que los poderes públicos tienen obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con él. No obstante lo anterior, en nuestra realidad social podemos observar que los servicios de salud no siempre están disponibles en todas las zonas del país ya que por ejemplo en las comunidades rurales de alto rezago social y en las comunidades indígenas los servicios de salud no son muy accesibles ni de la mejor calidad. Dicha tesis se transcribe a continuación:

¹⁰⁰ Tesis P. XVI/2011, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXXIV, 2011, p. 29.

“DERECHO A LA SALUD. IMPONE AL ESTADO LAS OBLIGACIONES DE GARANTIZAR QUE SEA EJERCIDO SIN DISCRIMINACIÓN ALGUNA Y DE ADOPTAR MEDIDAS PARA SU PLENA REALIZACIÓN.

Del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, según el cual toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho, y existen documentos que esclarecen su contenido y alcance jurídico mínimo consensuado. Así, la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, por ejemplo, dispone que el derecho a la salud garantiza pretensiones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y refiere que los poderes públicos tienen obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con él. Algunas de estas obligaciones son de cumplimiento inmediato y otras de progresivo, lo cual otorga relevancia normativa a los avances y retrocesos en el nivel de goce del derecho. Como destacan los párrafos 30 y siguientes de la Observación citada, aunque el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representa la limitación de los recursos disponibles, también impone a los Estados obligaciones de efecto inmediato, como por ejemplo las de garantizar que el derecho a la salud sea ejercido sin discriminación alguna y de adoptar medidas para su plena realización, que deben ser deliberadas y concretas. Como subraya la Observación, la realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado periodo no priva de contenido significativo a las obligaciones de los Estados, sino que les impone el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización. Al igual que ocurre con los demás derechos enunciados en el Pacto referido, continúa el párrafo 32 de la Observación citada, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud”.

En **Marzo del 2012**, se publicó a instancia de la Primera Sala de la SCJN, una tesis aislada¹⁰¹ que también es muy relevante para el tema en estudio ya que al momento de analizar el Derecho a la Identidad lo relacionó con el Derecho a la Salud Física y Mental, y se comprendió al **DERECHO A LA SALUD MENTAL** como un derecho que incluye el derecho a la *debida formación de la personalidad*, es decir como un *derecho a obtener protección*

¹⁰¹ Tesis 1a. XLIV/2012 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. 1, 2012, p. 274.

frente a la generación de problemas personales, psiquiátricos y de desarrollo de la personalidad. Dicha tesis se reproduce a continuación:

“DERECHO A LA IDENTIDAD. SU PROTECCIÓN DESDE EL DERECHO A LA SALUD FÍSICA Y MENTAL.

El ***derecho a la salud mental*** se encuentra en estrecha relación con el derecho a la identidad, en tanto es relevante para el individuo el conocer su origen biológico para la debida formación de su personalidad. En efecto, el desconocer el origen biológico puede generar problemas personales, psiquiátricos y de desarrollo de la personalidad, por lo que el conocimiento de dichos orígenes está protegido tanto desde el derecho a la identidad como del derecho a la salud mental. Por otro lado, en determinadas circunstancias, el saber quién es el padre o madre puede revelar información relevante para ayudar a prevenir o a tratar las afectaciones médicas de los hijos, por lo que el conocimiento del origen biológico incide en la protección del derecho a la salud física, en su vertiente de prevención y tratamiento de enfermedades”.

En **Enero del 2013**, se publicó a instancia de la Primera Sala de la SCJN, una tesis aislada¹⁰² en la que se reconoce que el derecho a la salud consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos impone **deberes complejos** no sólo a los poderes públicos sino también a los particulares tales como los hospitales privados y el personal médico, por lo cual su regulación no deberá limitarse a las figuras del derecho privado ya que la salud de los pacientes se considera un fin público al ser una meta inherente del Estado Mexicano. Dicha tesis se transcribe a continuación:

“DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. IMPONE DEBERES TANTO A LOS PODERES PÚBLICOS COMO A LOS PARTICULARES QUE SE DEDICAN AL ÁMBITO DE LA SALUD.

El derecho a la salud consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos impone deberes complejos a todos los poderes públicos dentro del Estado, desde el legislador y la administración, hospitales públicos y su personal médico, hasta los tribunales; pero también a los particulares, tales como los médicos, hospitales privados, empleadores y administradores de fondos de pensiones y jubilaciones. En consecuencia, del análisis del contenido

¹⁰² Tesis 1a. XXIII/2013 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. 1, 2013, p. 626.

y estructura del derecho fundamental a la salud, se desprende que éste es vinculante no sólo frente a los órganos del Estado, sino que adicionalmente, posee eficacia jurídica en ciertas relaciones entre particulares. Por ello, en los asuntos de su conocimiento, los tribunales deben atender a la influencia de los valores que subyacen en el derecho a la salud, fungiendo como un vínculo entre la Constitución y los particulares al momento en que resuelven un caso concreto. Así las cosas, en virtud de la fuerza normativa de la Constitución, no resulta compatible concebir que los hospitales privados y su personal médico son regidos únicamente bajo figuras de derecho privado, en especial cuando estos sujetos obran en aras a la protección de la salud de las personas. En efecto, en virtud de la complejidad de los sistemas jurídicos en la actualidad, y de la estrecha relación entre sus componentes normativos, es claro que existen numerosos ámbitos en los cuales no se puede hacer una división clara y tajante entre derecho público y privado. Lo anterior se actualiza en el ámbito de los hospitales privados y su personal médico, ya que su actuar tiene repercusiones en la protección de la salud de los pacientes. En conclusión, no puede negarse que el objetivo consistente en proteger el derecho a la salud de los pacientes es un fin público, pues excede el mero interés de los particulares al ser una meta inherente del Estado mexicano.

En **Agosto del 2013**, se publicó una tesis aislada¹⁰³ en la que se aporta la idea de que la nutrición es necesaria para mantener un óptimo estado de salud y por ello cualquier norma que promueva un ayuno prolongado será violatoria del derecho a la protección de la salud. Esto significaría que el derecho a la protección de la salud también se relaciona con el derecho a la alimentación, puesto que la nutrición es necesaria para mantener un óptimo estado de salud como se afirma en la tesis citada. Dicha tesis se transcribe a continuación:

“DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. LO TRANSGREDE LA FRACCIÓN VI DEL ARTÍCULO 214 DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER JUDICIAL DEL ESTADO DE GUANAJUATO, AL IMPEDIR A SUS SERVIDORES PÚBLICOS CONSUMIR O AUTORIZAR EL CONSUMO DE ALIMENTOS DURANTE EL HORARIO LABORABLE EN EL ÁREA DE TRABAJO.

La fracción VI del artículo 214 de la Ley Orgánica del Poder Judicial del Estado de Guanajuato prevé que constituye una falta administrativa de sus servidores

¹⁰³ Tesis XVI.1o.A.T.23 A (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. 3, 2013, p. 1629.

públicos, el consumo de alimentos o su autorización durante el horario laborable en el área de trabajo. Por su parte, de acuerdo con el artículo 4o., cuarto párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, toda persona tiene derecho a la protección de la salud y, en términos de los numerales 2o., 23, 27, fracción IX, 110, 111, 114, 115, fracción VI y 215, fracciones I y V, de la Ley General de Salud, uno de los factores reconocidos para su preservación lo constituye la nutrición, que se logra, en conjunto con otras medidas sanitarias, mediante la ingesta de los alimentos y suplementos alimenticios que cada organismo requiere de acuerdo con las exigencias propias de cada persona, derivadas de la actividad que desempeña ordinariamente. Así, la nutrición es el resultado de la alimentación, que ocurre al consumir alimentos en horarios establecidos y conforme al Programa del Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria (ANSA), lo cual ha sido confirmado con opiniones periciales, un plan alimentario promedio debe prever cinco tomas, a saber, desayuno, comida y cena, así como dos colaciones, una matutina y otra vespertina, con un promedio de entre tres y cuatro horas entre cada una. En estas circunstancias, los servidores públicos que desempeñan una jornada laboral máxima de ocho horas, cuyo horario de atención al público comprende de las nueve a las quince horas, como ocurre con los adscritos al Poder Judicial del Estado de Guanajuato, de acuerdo con los artículos 23, 24 y 28 de sus condiciones generales de trabajo, requieren, por lo menos, la toma de una de las dos colaciones que las normas sanitarias recomiendan, con la finalidad de lograr la nutrición necesaria para mantener un óptimo estado de salud. Por tanto, la porción normativa referida inicialmente, sin margen de acudir a alguna interpretación distinta, al impedir a los servidores públicos "consumir o autorizar el consumo de alimentos durante el horario laborable en el área de trabajo", transgrede el mencionado derecho fundamental, pues les obliga a mantenerse en un estado de ayuno prolongado que afecta su salud.

En **Noviembre del 2014**, se publicó a instancia de la Segunda Sala de la SCJN, una tesis aislada¹⁰⁴ que deriva de uno de los casos paradigmáticos analizados en el presente estudio, en la que se reconoció que se configurará una violación directa a las obligaciones del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales cuando, entre otras cuestiones, el Estado Mexicano no adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental contenido en el artículo 12 del citado Pacto. Dicha tesis se reproduce a continuación:

¹⁰⁴ Tesis 2ª. CVIII/2014, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. 1, 2014, p. 1192.

“SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO.

El artículo **2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** prevé obligaciones de contenido y de resultado; aquéllas, de carácter inmediato, se refieren a que los derechos se ejerciten sin discriminación y a que el Estado adopte dentro de un plazo breve medidas deliberadas, concretas y orientadas a satisfacer las obligaciones convencionales, mientras que las de resultado o mediatas, se relacionan con el principio de progresividad, el cual debe analizarse a la luz de un dispositivo de flexibilidad que refleje las realidades del mundo y las dificultades que implica para cada país asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales. En esa lógica, teniendo como referente el ***derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental contenido en el artículo 12 del citado Pacto***, se impone al Estado Mexicano, por una parte, la obligación inmediata de asegurar a las personas, al menos, un nivel esencial del derecho a la salud y, por otra, una de cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio por todos los medios apropiados, hasta el máximo de los recursos de que disponga. De ahí que se configurará una violación directa a las obligaciones del Pacto cuando, entre otras cuestiones, el Estado Mexicano no adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho indicado”.

En **Agosto del 2015**, se publicó a instancia de Tribunales Colegiados de Circuito, una tesis aislada¹⁰⁵ en la que se estableció que el derecho a la protección de la salud no se pierde cuando se es privado de la libertad, ya que las autoridades de los centros de reclusión deberán garantizar que los internos reciban la opción más adecuada de tratamiento de acuerdo a la condición del enfermo, proveyendo que se reciba el mejor tratamiento aunque la persona tenga que ser trasladada a algún hospital o en las clínicas del sector salud donde se tengan las condiciones adecuadas e idóneas al padecimiento. Dicha tesis se transcribe a continuación:

“DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN UN CENTRO FEDERAL DE READAPTACIÓN SOCIAL. ACCIONES QUE EL JUEZ DE AMPARO DEBE

¹⁰⁵ Tesis VII.2o.P.3 P (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. 2, 2015, p. 2171.

EXIGIR A LAS AUTORIDADES RESPONSABLES PARA PRESERVAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS RECLUSOS ENFERMOS Y GESTIONES QUE ÉSTAS DEBEN REALIZAR CUANDO SE ACREDITE QUE LA OPCIÓN MÁS ADECUADA PARA TRATAR SU PADECIMIENTO ES INCOMPATIBLE CON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE SALUD IMPLEMENTADAS EN DICHS CENTROS.

El marco normativo que integran los artículos 1o., 4o. y 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 10 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"; 5 de los Principios Básicos para el Tratamiento de Reclusos aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 45/111; 22, 24, 25, 26 y 62 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos; y, 17 del Reglamento del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social, garantiza el derecho fundamental a la salud a todo ser humano, a cuyo reconocimiento está obligado cualquier servidor público, aun cuando se trate de un interno, pues su protección no se merma, sino que el Estado tiene la obligación de procurarla. En ese tenor, se han dispuesto las citadas Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos y el Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión. Por consiguiente, si el quejoso se encuentra recluido en un Centro Federal de Readaptación Social y no se le proporciona la atención médica que requiere, ello obliga al Juez de amparo a que, abordada la cuestión con plenitud y analizadas las implicaciones pronta y frontalmente, exija a la autoridad responsable que lo tenga a su disposición que acredite, con los exámenes médicos correspondientes, el estado de salud del quejoso, informando los datos que permitan identificar la atención médica que requiere, a fin de asegurar que la proporcionada es la que necesita, de acuerdo con su particular condición de salud, así como requerirle que proceda de inmediato a aplicarle los exámenes médicos correspondientes, para determinar el tipo de tratamiento médico adecuado que requiere, durante el tiempo que permanezca a su disposición. Lo anterior implica que la autoridad responsable considere cuál medida resulta más conveniente para poder brindar al quejoso el tratamiento médico apropiado a su padecimiento y, atento a su resultado, suministre los medicamentos o insumos básicos y esenciales para su oportuno tratamiento, en aras de preservar la calidad de vida del recluso. Además, en caso de que se acredite fehacientemente que la opción más adecuada es incompatible con las políticas públicas en materia de salud implementadas por el centro penitenciario en que guarda reclusión el quejoso, en virtud de involucrarse el derecho humano a la salud, la autoridad responsable deberá realizar las gestiones pertinentes para que sea atendido en algún hospital o en las clínicas del sector salud donde pueda recibir su tratamiento en las condiciones adecuadas e idóneas a su padecimiento.

En **Septiembre del 2015**, se publicó una tesis aislada¹⁰⁶ en la que nuevamente se reitera que el derecho a la protección de la salud incluye el derecho de los pacientes a recibir los medicamentos que requiere el tratamiento de su enfermedad a pesar de que dichos medicamentos no se encuentren en el cuadro básico de medicamentos. Dicha tesis se reproduce a continuación:

“DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. PARA GARANTIZARLO, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DEBE SUMINISTRAR A SUS BENEFICIARIOS LOS MEDICAMENTOS QUE SE LES PRESCRIBAN, AUN CUANDO NO ESTÉN INCLUIDOS EN EL CUADRO BÁSICO Y CATÁLOGO DE INSUMOS DEL SECTOR SALUD.

La protección de la salud constituye un derecho fundamental que el Estado está obligado a garantizar; y que está tutelado por los artículos 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de los cuales se advierte que los servicios básicos de salud consisten, entre otros aspectos, en la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, para cuyo efecto habrá un cuadro básico y catálogo de insumos del sector salud. No obstante, no debe entenderse como un impedimento o una restricción para los beneficiarios de las dependencias y entidades que prestan el servicio de protección de la salud, el hecho de que algún medicamento no esté incluido en ese cuadro básico, como se advierte del criterio del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la tesis P. XIX/2000, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XI, marzo de 2000, página 112, de rubro: "SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN, QUE COMO GARANTÍA INDIVIDUAL CONSAGRA EL ARTÍCULO 4o. CONSTITUCIONAL, COMPRENDE LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y SU SUMINISTRO POR LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS RESPECTIVOS.". Por tanto, atento a la visión progresiva con la que deben apreciarse los derechos fundamentales del gobernado, dichas dependencias y entidades, entre las que se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social, deben suministrar a sus

¹⁰⁶ Tesis IX.1o.1 CS (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. 2, 2015, p. 2014.

beneficiarios esos medicamentos, aun cuando no estén en ese cuadro básico, siempre que exista una prescripción médica que lo avale”.

En **Noviembre del 2015**, se publicó a instancia de la Primera Sala de la SCJN, una tesis aislada¹⁰⁷ en la que se reconoce que cuando en un caso concreto esté directamente vinculado el derecho a la salud y exista una determinación de la vulneración de aquél, el juzgador tiene que buscar, dentro de sus respectivas competencias y atendiendo al caso concreto, ordenar las reparaciones pertinentes. Dicha medida debe tomarse de forma razonable y con prontitud pues recordemos que cuando se altera la salud del ser humano está en riesgo su vida. Dicha tesis se transcribe a continuación:

“DERECHO A LA SALUD. ALGUNAS FORMAS EN QUE LAS AUTORIDADES DEBEN REPARAR SU VIOLACIÓN.

Cuando en un caso concreto esté directamente vinculado el derecho a la salud y exista una determinación de la vulneración de aquél, el juzgador tiene que, en efecto, buscar, dentro de sus respectivas competencias y atendiendo al caso concreto, ordenar las reparaciones pertinentes. Así, la protección del derecho a la salud supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación. Algunas de las reparaciones que se pudieran dar en estos supuestos, de conformidad con el parámetro de regularidad constitucional, son: i) establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones; ii) las autoridades deben prever mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial para la presunta víctima, cuya efectividad dependerá, en definitiva, de la puesta en práctica que la administración competente realice al respecto; iii) cuando hay una lesión clara a la integridad de la persona, como es la mala práctica médica, las autoridades políticas, administrativas y especialmente judiciales, deben asegurar e implementar la expedición razonable y prontitud en la resolución del caso; iv) tomar todas las medidas necesarias para salvaguardar el derecho humano al nivel más alto posible de salud; v) otorgar servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad

¹⁰⁷ Tesis 1a. CCCXLIII/2015 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. I, 2015, p. 969.

como que sean apropiados médica y científicamente. Cuando en un caso concreto esté directamente vinculado el derecho a la salud y exista una determinación de la vulneración de aquél, el juzgador tiene que buscar, dentro de sus respectivas competencias y atendiendo al caso concreto, ordenar las reparaciones pertinentes”.

En **Julio del 2016**, se publicó a instancia de Tribunales Colegiados de Circuito, una **tesis jurisprudencial**¹⁰⁸ en la que se establece que el derecho humano a la salud impone obligaciones para el Estado hasta el máximo de los recursos de que disponga pero también para todos los miembros de la comunidad pues debe acompañarse de conductas sociales que impliquen la participación solidaria de la comunidad, pues la salud se refiere a un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no únicamente a la ausencia de enfermedad o incapacidad de las personas. Dicha tesis reza de la siguiente manera:

“DERECHOS HUMANOS A LA SALUD Y A UN MEDIO AMBIENTE SANO. LA EFICACIA EN EL GOCE DE SU NIVEL MÁS ALTO, IMPLICA OBLIGACIONES PARA EL ESTADO Y DEBERES PARA TODOS LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD.

La eficacia en el goce del nivel más alto de los mencionados derechos, conlleva obligaciones para el Estado, hasta el máximo de los recursos de que disponga; sin embargo, esa finalidad no sólo impone deberes a los poderes públicos, sino también a los particulares, pues la actuación unilateral del Estado resulta insuficiente cuando no se acompaña de conductas sociales dirigidas a la consecución de los valores que subyacen tras esos derechos, lo que implica que su protección sea una responsabilidad compartida entre autoridades y gobernados. Así, el medio ambiente sano, como elemento indispensable para la conservación de la especie humana y para el disfrute de otros derechos fundamentales, tiene carácter colectivo, porque constituye un bien público cuyo disfrute o daños no sólo afectan a una persona, sino a la población en general; por esa razón, el Estado debe implementar políticas públicas que permitan prevenir y mitigar la degradación ambiental, las cuales deben cumplir con estándares constitucionales y convencionales, además de contar con la participación solidaria de la comunidad, pues la salud se refiere a un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no únicamente a la ausencia de enfermedad o incapacidad de las personas.”

¹⁰⁸ Tesis I.7o.A. J/7 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. III, 2016, p. 1802.

En **Agosto del 2016**, se publicó a instancia del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación una **tesis jurisprudencial**¹⁰⁹ que consideró en esencia que los tratamientos médicos o terapéuticos no podrán terminarse sino hasta que se hayan alcanzado, en la medida de lo posible, la mejoría física y mental de las personas, de tal suerte que permita su plena inserción en la sociedad, lo cual deberá evaluarse en cada caso concreto, y si en el futuro, la persona requiere, por alguna razón, retomar el tratamiento terapéutico para continuar con sus actividades sociales, es factible que se le otorgue el mismo hasta que, nuevamente, se logre el estado de mejoría posible y necesario para que pueda reintegrarse de manera plena a la sociedad. Dicha tesis se transcribe a continuación:

“ESPECTRO AUTISTA. EL ARTÍCULO 3, FRACCIÓN IX, DE LA LEY GENERAL PARA LA ATENCIÓN Y PROTECCIÓN DE PERSONAS CON ESA CONDICIÓN, AL ESTABLECER QUE LA HABILITACIÓN TERAPÉUTICA ES UN PROCESO DE DURACIÓN LIMITADA, NO VIOLA EL DERECHO A LA SALUD.

Si bien el referido precepto establece que la habilitación terapéutica es un "proceso de duración limitada", lo cierto es que debe entenderse que esa temporalidad se encuentra sujeta, necesariamente, a que se hayan logrado sus objetivos fáctico y jurídico, a saber, lograr la integración social y productiva de las personas con la condición del espectro autista, por lo que no podrá actualizarse la terminación del referido tratamiento médico sino hasta que se haya alcanzado, en la medida de lo posible, la mejoría física y mental de dichas personas, de tal suerte que permita su plena inserción en la sociedad, lo cual deberá evaluarse en cada caso concreto; en la inteligencia de que, una vez logrado el referido objetivo, si en el futuro la persona con la condición del espectro autista requiere, por alguna razón, retomar el tratamiento terapéutico para continuar con sus actividades sociales, es factible que se le otorgue el mismo hasta que, nuevamente, se logre el estado de mejoría posible y necesario para que pueda reintegrarse de manera plena a la sociedad; de ahí que el artículo 3, fracción IX, de la Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista, no vulnera el derecho humano a la salud.

¹⁰⁹ Tesis P./J. 17/2016 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. I, 2016, p. 481.

En **Marzo de 2017**, se publicó a instancia de Tribunales Colegiados de Circuito una **tesis aislada**¹¹⁰ en la que se concluyó que los Estados no sólo tienen la obligación de respetar, absteniéndose de negar el acceso o de dar el tratamiento médico solicitado, pues al tratarse de un derecho de naturaleza prestacional está sujeto a la obligación de hacer del Estado -realizar una adecuada prestación y supervisión de la asistencia médica-, ello bajo los principios de universalidad y progresividad.

“DERECHO A LA SALUD. AL SER DE NATURALEZA PRESTACIONAL, EL ESTADO DEBE REALIZAR UNA ADECUADA SUPERVISIÓN DE LA ASISTENCIA MÉDICA OTORGADA, POR LO QUE EL TRATAMIENTO QUE SE INICIE CON MOTIVO DE LA SUSPENSIÓN CONCEDIDA EN EL AMPARO, NO ES SUFICIENTE PARA SOBRESEER O NEGAR LA PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL AL QUEJOSO.

Cuando el quejoso reclama una violación al derecho a la salud, previsto en el artículo 4o., cuarto párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos por la omisión de que se le brinde un tratamiento médico, y en el juicio de amparo respectivo se concede la suspensión de plano y luego la definitiva, para que la autoridad responsable cumpla con su obligación de otorgar el servicio médico requerido, no puede considerarse en la sentencia que no existe violación que reparar, por la sola circunstancia de que ya se esté otorgando dicho tratamiento. Esto es así, pues debe analizarse el material probatorio que obra en autos para determinar si el cumplimiento de esa prestación como obligación por parte del Estado de garantizar a la población las condiciones adecuadas para proteger la salud física, mental, emocional y social, fue realizada en respeto a ese derecho humano en sí mismo, o únicamente en acatamiento a la suspensión decretada por el Juez Federal, ya que no debe perderse de vista que los efectos de esta medida sólo permanecen hasta que se dicte resolución en el juicio principal, por lo que no tiene un efecto definitivo. De no atenderse esta circunstancia, el sobreseimiento o la negativa de la protección constitucional solicitada dejaría sin efectos la suspensión concedida en el juicio de amparo, con el riesgo de que al no haber un pronunciamiento firme y definitivo sobre el derecho humano en cuestión, se deja a la discrecionalidad de la autoridad el continuar o no brindando el servicio médico solicitado. Lo anterior, si se considera que los Estados no sólo tienen la obligación de respetar, absteniéndose de negar el acceso o de dar el tratamiento médico solicitado, pues al tratarse de un derecho de naturaleza prestacional está sujeto a la obligación de hacer del Estado -realizar una

¹¹⁰ Tesis (VIII Región)2o.16 L (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. IV, 2017, p. 2660.

adecuada prestación y supervisión de la asistencia médica-, ello bajo los principios de universalidad y progresividad.

En **Abril del 2017**, se publicó a instancia de los Plenos de Circuito, una **tesis jurisprudencial**¹¹¹ en la que se reconoce que cuando un interno de un centro penal federal interpone el amparo por violación a su derecho humano a la salud el Juzgador no debe sobreseer el amparo cuando la autoridad exhiba constancias de que se le prestó la atención médica, sino que debe hacer un estudio de fondo para determinar si se violó o no dicho derecho en el caso concreto. Dicha tesis se transcribe a continuación:

“ATENCIÓN MÉDICA EN LOS CENTROS FEDERALES DE READAPTACIÓN SOCIAL. NO DEBE SOBRESEERSE EN EL JUICIO DE AMPARO POR INEXISTENCIA DEL ACTO RECLAMADO, CUANDO EL INTERNO RECLAMA LA FALTA U OMISIÓN DE PROPORCIONARLE ATENCIÓN MÉDICA Y LA AUTORIDAD RESPONSABLE NIEGA EL ACTO Y EXHIBE CONSTANCIAS PARA DEMOSTRAR QUE SÍ LA HA PROPORCIONADO, PORQUE EL ESTUDIO SOBRE SU EXISTENCIA IMPLICA UNA DECISIÓN DE FONDO.

El Estado es responsable, en su condición de garante, de la observancia del derecho a la integridad personal de todo individuo que se halla bajo su custodia; así, en términos del numeral 29 del Manual de Tratamiento de los Internos en Centros Federales de Readaptación Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de noviembre de 2006, el área de Servicios Médicos es la responsable de velar por la **salud física y mental** de los internos, así como de integrar su diagnóstico médico desde el ingreso al Centro Federal, con el fin de establecer el tratamiento médico a seguir y aplicarlo. En ese tenor, cuando el acto reclamado por un interno en el juicio de amparo consiste en la negativa u omisión de proporcionarle atención médica y la autoridad responsable, al rendir su informe justificado, niega el acto y exhibe diversas constancias para acreditar que sí ha proporcionado al recluso el servicio médico, no procede sobreseer en el juicio de conformidad con en el artículo 63, fracción IV, de la Ley de Amparo por inexistencia del acto reclamado, sino determinar, mediante un estudio de fondo si se ha respetado o no el derecho humano a la salud, al ser éste, precisamente, el acto reclamado, partiendo de la base de que el quejoso, al estar privado de su libertad, se encuentra bajo un estricto control del Estado y, por ende, en condición de vulnerabilidad; estimar lo contrario implicaría dejarlo en estado de indefensión, al no poder decidirse sobre el tema planteado, a saber, si se le ha prestado el servicio y en qué condiciones. Esto es, sobreseer con base en la causa referida, aunque sea realizando un estudio periférico o superficial

¹¹¹ Tesis PC.VII,P, J/3 P (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. II, 2017, p. 1096.

de las constancias para establecer si se le ha prestado o no la atención médica (para determinar la existencia o no del acto), atañe necesariamente al fondo de la cuestión planteada, pues implica tomar en cuenta los padecimientos reportados y la atención médica proporcionada.”

En **Enero del 2018**, se publicó a instancia de los Plenos de Circuito, una **tesis jurisprudencial**¹¹² en la que se reconoce que dada la situación de vulnerabilidad de las personas privadas de su libertad, cuando éstas promuevan un amparo ante un Juez de Distrito por la falta de atención médica, debe otorgarse la suspensión de oficio y de plano, en aras de proteger el derecho a la protección de la salud bajo un nivel probatorio mínimo ya que el Estado tiene el deber de salvaguardar la salud y el bienestar de los reclusos ya que el incumplimiento del mismo se traduce en una violación a la prohibición absoluta de aplicar tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes contenida en el artículo 22 constitucional. Dicha tesis se transcribe a continuación:

“SUSPENSIÓN DE OFICIO Y DE PLANO. PROCEDE OTORGARLA CUANDO QUIEN LA SOLICITA SE ENCUENTRA PRIVADO DE SU LIBERTAD EN UN CENTRO PENITENCIARIO Y SEÑALA COMO ACTO RECLAMADO LA FALTA DE ATENCIÓN MÉDICA POR LAS AUTORIDADES DE ÉSTE, PUES ESA OMISIÓN CONLLEVA UN TRATO CRUEL E INHUMANO.

El artículo 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, el cual abarca a quienes se encuentran privados de su libertad en un centro penitenciario y, por lo mismo, en estado de vulnerabilidad, situación esta última que convierte al Estado en garante de ese derecho. Ahora bien, el artículo 126 de la Ley de Amparo, dispone que la suspensión se concederá de oficio y de plano, entre otros casos, cuando se trate de actos prohibidos por el artículo 22 constitucional, entre ellos, los que implican un trato o pena cruel, inhumano o degradante; así, si se atiende a que acorde con el criterio de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, al resolver el Caso Vélez Loor vs Panamá, el Estado tiene el deber de salvaguardar la salud y el bienestar de los reclusos brindándoles, entre otras cosas, asistencia médica, cuyo incumplimiento puede resultar en una violación a la prohibición absoluta de aplicar tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, se concluye que el Juez de Distrito que conozca del amparo promovido por un interno en algún centro carcelario que señale como acto

¹¹² Tesis PC.XVI.P. J/1 P (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. III, 2018, p. 1421.

reclamado la falta de atención médica por parte de las autoridades penitenciarias, a partir de las manifestaciones y los elementos contenidos en su demanda, debe conceder la suspensión de oficio y de plano, ya que el hecho de continuar con esa situación, implica un trato cruel e inhumano y, por ende, se actualiza un caso de excepción que torna procedente la medida suspensiva, dada su gravedad, notoria urgencia e imposible restitución, que debe paralizarse inmediatamente, sin necesidad de contar con pruebas acerca de la existencia y consecuencias del acto reclamado, ya que en esos casos el nivel probatorio debe ser mínimo”.

En **Mayo del 2018**, se publicó a instancia de Tribunales Colegiados de Circuito, una **tesis aislada**¹¹³ en la que esencialmente se reconoció que el **derecho a la salud mental (emocional o psicológica)**, constituye un derecho sustantivo de imposible reparación para efectos de amparo indirecto. Dicha tesis se transcribe a continuación:

“RESOLUCIÓN RECAÍDA AL RECURSO DE REVOCACIÓN PROMOVIDO ANTE EL JUEZ DE ORIGEN QUE AFECTA MATERIALMENTE EL DERECHO SUSTANTIVO A LA SALUD MENTAL (EMOCIONAL O PSICOLÓGICA). AL SER UN ACTO DE EJECUCIÓN IRREPARABLE, EN SU CONTRA PROCEDE EL JUICIO DE AMPARO INDIRECTO.

El concepto de "imposible reparación", conforme al texto actual de la Ley de Amparo, fue definido por el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la ejecutoria que dio origen a la jurisprudencia P./J. 37/2014 (10a.), de título y subtítulo: "PERSONALIDAD. EN CONTRA DE LA RESOLUCIÓN QUE DESECHA LA EXCEPCIÓN DE FALTA DE PERSONALIDAD SIN ULTERIOR RECURSO, ES IMPROCEDENTE EL AMPARO INDIRECTO, RESULTANDO INAPLICABLE LA JURISPRUDENCIA P./J. 4/2001 (LEY DE AMPARO VIGENTE A PARTIR DEL 3 DE ABRIL DE 2013).", donde precisó que los actos, para ser calificados como irreparables, necesitan producir una afectación a derechos sustantivos, es decir, que sus consecuencias deberán ser de tal gravedad que impidieran en forma actual el ejercicio de un derecho y no únicamente produjeran una lesión jurídica de naturaleza formal o adjetiva que no necesariamente llegara a trascender al resultado del fallo; además de que debían recaer sobre derechos cuyo significado rebasara lo puramente procesal, lesionando bienes jurídicos cuya fuente no proviniera exclusivamente de las leyes adjetivas. Asimismo, que los actos que afectan materialmente derechos, deben definirse como

¹¹³ Tesis : II.1o.P.13 P (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. III, 2018, p. 2778.

aquellos supuestos en los que el acto autoritario impide el libre ejercicio de algún derecho en forma presente, incluso antes del dictado del fallo definitivo y, que lo relativo a derechos sustantivos, significa que deben ser antagónicos a las prerrogativas de naturaleza formal o adjetiva, derechos estos últimos en los que la afectación no es actual, a diferencia de los sustantivos, sino que depende de que llegue o no a trascender al desenlace del juicio o procedimiento, momento en el cual, sus secuelas pueden consumarse efectivamente; luego, la resolución recaída al recurso de revocación promovido ante el Juez de origen que afecta materialmente el derecho sustantivo a la salud mental (emocional o psicológica), reconocido en favor de toda persona en los artículos 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 25, numeral 1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica" y 4, inciso b), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém Do Pará), constituye un acto de imposible reparación, cuya ejecución y afectación no se destruyen aun si se obtiene resolución favorable, la que resulta susceptible de impugnarse en el juicio de amparo indirecto, en el que habrá de hacerse un juicio de ponderación del derecho de defensa del sujeto activo y el inherente a la integridad psíquica de la víctima”.

En **Febrero del 2019**, se publicó a instancia de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación una **tesis jurisprudencial**¹¹⁴, originalmente adoptada como tesis aislada a partir de noviembre de 2016, en la que se sostuvo que el derecho a la salud en lo individual se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, mientras que en la faceta social o pública implican el deber del Estado de emprender las acciones necesarias para que las personas para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud, lo cual comprende el desarrollo de políticas públicas, controles de calidad de los servicios de salud, identificación de los principales problemas que afecten la salud pública del conglomerado social, entre otras. Dicha tesis señala lo siguiente:

“DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL.

¹¹⁴ Tesis 1a./J. 8/2019 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. I, 2019, p. 486.

La protección de la salud es un objetivo que el Estado puede perseguir legítimamente, toda vez que se trata de un derecho fundamental reconocido en el artículo 4o. constitucional, en el cual se establece expresamente que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Al respecto, no hay que perder de vista que este derecho tiene una proyección tanto individual o personal, como una pública o social. Respecto a la protección a la salud de las personas en lo individual, el derecho a la salud se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva otro derecho fundamental, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica. De ahí que resulta evidente que el Estado tiene un interés constitucional en procurarles a las personas en lo individual un adecuado estado de salud y bienestar. Por otro lado, la faceta social o pública del derecho a la salud consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como en establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud. Lo anterior comprende el deber de emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin, tales como el desarrollo de políticas públicas, controles de calidad de los servicios de salud, identificación de los principales problemas que afecten la salud pública del conglomerado social, entre otras.”

4.2 CONCLUSIONES ACERCA DEL CONTENIDO Y EL ALCANCE DEL DERECHO A LA SALUD A PARTIR DE SU DESARROLLO JURISPRUDENCIAL EN MÉXICO.

Para finalizar este capítulo, procederemos a elaborar algunas conclusiones respecto al alcance y contenido del derecho a la salud:

4.2.1 Conclusiones derivadas a partir de tesis jurisprudenciales:

1.- El derecho a la protección de la salud contenido en el artículo 4 constitucional y demás artículos correlativos de los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por el Estado Mexicano, es un derecho fundamental que puede ser exigible vía amparo, mismo derecho subjetivo, que implica un cúmulo de facultades de los órganos estatales cuyo ejercicio permite, entre otras cosas, garantizar las condiciones necesarias para que la salud de la población esté protegida a través de la emisión de reglas de carácter general.

2.- El derecho a la salud es un derecho humano fundamental en el que se concibe a la salud, de acuerdo con la OMS, como un "estado de completo

bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

3.-El derecho a la protección de la salud se traduce en la obligación del Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud y, el financiamiento de los respectivos servicios, no corre a cargo del Estado exclusivamente, pues incluso, se prevé el establecimiento de cuotas de recuperación a cargo de los usuarios de los servicios públicos de salud y del sistema de protección social en salud, que se determinan considerando el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas de los usuarios, eximiéndose de su cobro a aquellos que carezcan de recursos para cubrirlas.

4.- El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas.

5.- El derecho a la protección de la salud justifica la restricción a la libertad de trabajo de los profesionales de la salud, y puede comprender de manera específica el establecimiento de medidas para garantizar la calidad de los servicios de salud, al concretarse a exigir a dichos profesionales que satisfagan condiciones mínimas necesarias de capacitación, educación, experiencia y tecnología para realizar ciertas actividades profesionales.

6.- El derecho humano a la salud impone obligaciones para el Estado hasta el máximo de los recursos de que disponga pero también para todos los miembros de la comunidad pues debe acompañarse de conductas sociales que impliquen la participación solidaria de la comunidad, pues la salud se refiere a un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no únicamente a la ausencia de enfermedad o incapacidad de las personas

7.- Los tratamientos médicos o terapéuticos no podrán terminarse sino hasta que se hayan alcanzado, en la medida de lo posible, la mejoría física y mental de las personas, de tal suerte que permita su plena inserción en la sociedad, lo cual deberá evaluarse en cada caso concreto, y si en el futuro, la persona requiere, por alguna razón, retomar el tratamiento terapéutico para continuar con sus actividades sociales, es factible que se le otorgue el mismo hasta que, nuevamente, se logre el estado de mejoría posible y necesario para que pueda reintegrarse de manera plena a la sociedad.

8.- Que cuando se interpone un amparo por violación al derecho humano a la salud el Juzgador no debe sobrepasar el amparo cuando la autoridad exhiba constancias de que se prestó la atención médica, sino que debe hacer un estudio de fondo para determinar si se violó o no dicho derecho en el caso concreto.

9.- Que dada la situación de vulnerabilidad de las personas privadas de su libertad, cuando éstas promuevan un amparo ante un Juez de Distrito por la falta de atención médica, debe otorgarse la suspensión de oficio y de plano, en aras de proteger el derecho a la protección de la salud bajo un nivel probatorio mínimo ya que el Estado tiene el deber de salvaguardar la salud y el bienestar de los reclusos ya que el incumplimiento del mismo se traduce en una violación a la prohibición absoluta de aplicar tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes contenida en el artículo 22 constitucional.

10.- El derecho a la salud tiene una dimensión individual y otra social o pública. En lo individual dicho derecho se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, mientras que en la faceta social o pública implican el deber del Estado de emprender las acciones necesarias para que las personas para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud, lo cual comprende el desarrollo de políticas públicas, controles de calidad de los servicios de salud, identificación de los principales problemas que afecten la salud pública del conglomerado social, entre otras.

4.2.2 Conclusiones derivadas a partir de tesis aisladas:

1.- El derecho a la salud se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona. Es decir que el derecho a la salud no se limita a la salud física del individuo, es decir, a no padecer, o bien, a prevenir y tratar una enfermedad, sino que atento a la propia naturaleza humana, va más allá, en tanto comprende aspectos externos e internos, como el buen estado mental y emocional del individuo.

2.- El derecho a la salud es un derecho fundamental que implica la libertad de controlar la salud y el cuerpo, la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, torturas, tratamientos o experimentos médicos no consensuales.

3.- El derecho a la protección de la salud implica que el Estado tiene competencia para emitir leyes tendientes a la protección de la salud de la población.

4.- El derecho a la salud conmina a que las leyes eviten generar situaciones tortuosas en la vida cotidiana de las personas para no afectar su estado emocional o mental, es decir que las leyes no deben afectar la salud integral de las personas.

5.- El derecho a la salud implica el derecho relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

6.- El derecho a la salud garantiza pretensiones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud e impone a los poderes públicos las obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con él.

7.- El derecho a la salud impone a los poderes públicos obligaciones que son de cumplimiento inmediato y otras de cumplimiento mediato o progresivo.

8.- El derecho a la salud implica las obligaciones de vigilar que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación y experiencia;

9.- El derecho a la protección de la salud, implica el deber de brindar el tratamiento médico apropiado al padecimiento y, el suministro de los medicamentos o insumos básicos y esenciales para su oportuno tratamiento, en aras de preservar la calidad de vida de la persona. Se comprende la recepción y suministro de medicamentos aún cuando los mismos hayan sido recientemente descubiertos.

10.- El derecho a la salud consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos impone deberes complejos a todos los poderes públicos dentro del Estado, desde el legislador y la administración, hospitales públicos y su personal médico, hasta los tribunales; pero también a los particulares, tales como los médicos, hospitales privados, empleadores y administradores de fondos de pensiones y jubilaciones. En consecuencia, se desprende que éste es vinculante no sólo frente a los órganos del Estado,

sino que adicionalmente, posee eficacia jurídica en ciertas relaciones entre particulares.

11.- El derecho a la protección de la salud, implica la posibilidad de consumir alimentos durante el horario laborable o la toma de colaciones que las normas sanitarias recomiendan, con la finalidad de lograr la nutrición necesaria para mantener un óptimo estado de salud.

12.- El derecho a la protección de la salud implica que cuando exista una determinación de la vulneración de aquél, el juzgador tiene que buscar, dentro de sus respectivas competencias y atendiendo al caso concreto, ordenar las reparaciones pertinentes.

13.- El derecho a la protección de la salud implica el establecimiento de un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones.

14.- El derecho a la protección de la salud implica que las autoridades deben prever mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial para la presunta víctima, cuya efectividad dependerá, en definitiva, de la puesta en práctica que la administración competente realice al respecto;

15.- El derecho a la protección de la salud implica que cuando hay una lesión clara a la integridad de la persona, como es la mala práctica médica, las autoridades políticas, administrativas y especialmente judiciales, deben asegurar e implementar la expedición razonable y prontitud en la resolución del caso;

16.- El derecho a la protección de la salud implica que se deben tomar todas las medidas necesarias para salvaguardar el derecho humano al nivel más alto posible de salud, otorgando servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como que sean apropiados médica y científicamente.

17.- Que los Estados no sólo tienen la obligación de respetar, absteniéndose de negar el acceso o de dar el tratamiento médico solicitado, pues al tratarse de un derecho de naturaleza prestacional está sujeto a la obligación de hacer del Estado -realizar una adecuada prestación y supervisión de la asistencia médica-, ello bajo los principios de universalidad y progresividad.

18.- El derecho a la salud mental (emocional o psicológica), constituye un derecho sustantivo de imposible reparación para efectos de amparo indirecto.

CAPÍTULO V

EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN LA LEY GENERAL DE SALUD Y LA REALIDAD SOCIAL.

En este capítulo primero estudiaremos la forma en que se regula el derecho a la salud mental en la Ley General de Salud, después expondremos los derechos de las personas con trastornos mentales o del comportamiento que fueron reconocidos en la norma oficial mexicana **NOM-025-SSA2-2014**, misma que regula la prestación de los servicios de salud en unidades integrales de atención hospitalaria médico psiquiátrica. Finalmente, revisaremos algunos problemas que existen el sistema de atención a la salud mental, sobre todo en su principal eje de atención que es el Hospital Psiquiátrico tradicional, y señalaremos los retos y desafíos que enfrenta México para mejorar su sistema de salud mental de acuerdo con la OMS, así como los objetivos que dicho organismo internacional ha propuesto para que se tomen en cuenta en los planes de acción en salud mental.

5.1 El Derecho a la Protección de la Salud y su relación con el Derecho a la Salud Mental.

Como vimos en capítulos anteriores, el Derecho a la Salud es un derecho humano complejo que tiende a proteger la salud física, mental y social del ser humano para contribuir al ejercicio pleno de sus potencialidades. Dicho derecho está reconocido en el artículo cuarto constitucional al disponer que **“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”** y de acuerdo con el artículo primero Bis de la Ley General de Salud, que es la Ley reglamentaria de dicho derecho fundamental, debe entenderse a la salud como **“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”**.

Asimismo, el derecho a la salud está reconocido en el artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, mismo que reconoce que **“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”**. De igual forma, dicho derecho se contempla en el artículo 12.1 del Pacto Internacional de los Derechos

Sociales, Económicos y Culturales, mismo que reconoce **“el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”**.

De lo anterior, podemos concluir que del derecho a la salud en general se desprenden tres componentes básicos que lo integran:

- a) Derecho al bienestar físico.
- b) Derecho al bienestar psíquico.
- c) Derecho al bienestar social.

No obstante lo anterior, en nuestro país cuando se habla del derecho a la salud generalmente se le asocia únicamente con el derecho al bienestar físico, e incluso las autoridades del sistema nacional de salud tienden a privilegiar las políticas públicas de salud dirigidas a la salud física, descuidando su deber de garantizar los demás componentes del derecho a la salud. Esto se ve reflejado además en que los modelos de atención a la salud tienen un enfoque biomédico que descuida los factores psicosociales que impactan en el proceso salud-enfermedad. Es decir que aún en los problemas de salud física, en mayor o menor medida, podemos encontrar la participación de factores psicológicos y sociales, por lo cual sería importante la participación del Psicólogo en la Atención Primaria a la Salud, como sucede por ejemplo en países como Cuba, donde la atención a la salud es integral desde los centros de atención primaria a la salud, que constituyen el núcleo básico de su sistema nacional de salud.

La mayoría de las tesis aisladas y jurisprudenciales que se han desarrollado en nuestro país giran en torno al derecho a la salud, concibiéndolo como un derecho protector del bienestar físico del ser humano, si bien podemos encontrar algunas tesis aisladas que nos indican que el derecho a la salud no se limita a la salud física del individuo, sino que atento a la propia naturaleza humana, va más allá, en tanto comprende aspectos externos e internos, como el buen estado mental y emocional del individuo y que además, el derecho a la salud mental es un derecho a obtener protección frente a la generación de problemas personales, psiquiátricos y de desarrollo de la personalidad.

A continuación, revisaremos la forma en que el derecho a la salud mental ha sido conceptualizado en la legislación mexicana para determinar posteriormente si dicho derecho está debidamente garantizado o no en nuestra realidad social mediante políticas públicas dirigidas a otorgarle

plena eficacia, ya que sin un mínimo de salud mental no puede haber salud en general. Además, no debemos dejar de lado que para que un país se desarrolle adecuadamente, su población necesita tener indicadores positivos de salud no sólo a nivel físico sino también psicológicamente, y deben existir las condiciones socioeconómicas y culturales que fomenten nuestro bienestar.

5.2 El derecho a la salud mental en la Ley General de Salud.

La primera finalidad que tiene el *derecho a la protección de la salud* de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2, fracción I, de la Ley General de Salud, es el *bienestar físico y mental de la persona*, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades. En consecuencia, el derecho a la salud mental está reconocido implícitamente dentro del derecho a la protección de la salud pues la finalidad principal de este último será no sólo la protección de la salud física sino también *la salud mental*, con el fin último de que el ser humano pueda ejercer plenamente sus capacidades ya que los problemas de salud física o mental pueden obstaculizar el desarrollo personal.

El derecho a la salud mental explícitamente lo encontramos en el artículo 74 Bis, fracción I, de la Ley General de Salud, donde se reconoce que todas las personas con trastornos mentales y del comportamiento tienen ***derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental*** y acorde con sus antecedentes culturales, lo que incluye el *trato sin discriminación* y con *respeto a la dignidad de la persona*, en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud. Esto significa que la ley reglamentaria del derecho a la protección de la salud reconoce que las personas tienen el derecho subjetivo a recibir la mejor atención disponible en salud mental en establecimientos del sistema de salud, y establece que dicha atención debe ser de acuerdo con la cultura de la persona, no discriminatoria y respetuosa de su dignidad.

Lo anterior implica que el sistema nacional de salud no debe repetir los errores históricos que se han cometido en la atención a las personas con trastornos mentales en diversos países del mundo, por lo cual es fundamental que en los servicios públicos de salud mental que brinde el Estado se respete la dignidad del ser humano con padecimientos mentales,

evitando cualquier acción u omisión que pueda constituirse en maltrato o en un tratamiento cruel, inhumano o degradante.

5.3 La salud mental como materia de salubridad general.

La salud mental es materia de salubridad general de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3, fracción VI, de la Ley General de Salud. Esta disposición, en relación con el artículo 4, párrafo cuarto y 73, fracción XVI, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, significa que tanto la federación como las entidades federativas tienen competencia concurrente en materia de salud mental.

5.4 La Distribución de competencias en materia de salud mental entre la Federación y las Entidades Federativas:

La Ley General de Salud, en su artículo 13, dispone que la competencia entre la Federación y las entidades federativas quedará distribuida conforme a lo siguiente:

“A. Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:

I. Dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento;

II. En las materias enumeradas en las fracciones I, III, XV Bis, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI y XXVII del artículo 3o. de esta Ley, organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud;

III. Organizar y operar los servicios de salud a su cargo y, en todas las materias de salubridad general,

desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas, cuando éstas se lo soliciten, de conformidad con los acuerdos de coordinación que se celebren al efecto;

IV. Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia;

V. Ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general;

VI. Promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud y desarrollar las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento;

VII. Coordinar el Sistema Nacional de Salud;

VII Bis. Regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud;

VIII. Realizar la evaluación general de la prestación de servicios de salud en materia de salubridad general en todo el territorio nacional;

IX. Ejercer la coordinación y la vigilancia general del cumplimiento de las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables en materia de salubridad general, y

X. Las demás que sean necesarias para hacer efectivas las facultades anteriores y las que se establezcan en esta Ley y en otras disposiciones generales aplicables.

B. Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:

I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, II Bis, IV, IV Bis, IV Bis 1, IV Bis 2, IV Bis 3, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXVI Bis y XXVII Bis, del artículo 3o. de esta Ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;

II. Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero;

III. Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo;

IV. Llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competan;

V. Elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes;

VI. Vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de esta Ley y demás disposiciones aplicables, y

VII. Las demás atribuciones específicas que se establezcan en esta Ley y demás disposiciones generales aplicables.

C. Corresponde a la Federación y a las entidades federativas la prevención del consumo de narcóticos, atención a las adicciones y persecución de los delitos

contra la salud, en los términos del artículo 474 de esta Ley.”

Como puede verse, pese a que el artículo 4, párrafo cuarto, de la CPEUM señala que la ley establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, como lo es el ámbito de la salud mental, la Ley General de Salud, en el artículo 13 antes citado, en su apartado B, fracción I, atribuye principalmente a los gobiernos de las entidades federativas la responsabilidad de organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud mental y, en cambio, en el apartado A, del numeral antes referido, conserva para la Federación básicamente facultades de coordinación, supervisión, y evaluación de dichos servicios, contemplando en la fracción III, de dicho apartado, la posibilidad de que la Federación organice u opere servicios de manera temporal cuando las entidades federativas se lo soliciten, de acuerdo con los convenios de colaboración que se celebren.

Esta inadecuada distribución de competencias ha propiciado que la Federación concentre la mayoría de los servicios públicos de salud mental que ofrece en la Ciudad de México, en donde a la fecha reside el órgano desconcentrado Servicios de Atención Psiquiátrica, que está a cargo de tres hospitales psiquiátricos federales (“Fray Bernardino Álvarez”, “Dr. Juan N. Navarro” y “Dr. Samuel Ramírez Moreno”) y tres Centros Comunitarios de Salud Mental (“Iztapalapa”, “Zacatenco” y “Cuauhtémoc”), mismo órgano que otorga el mayor número de servicios multidisciplinarios tanto para la atención ambulatoria como la hospitalaria.

Tanto las autoridades federales como las locales tienen concurrencia en el ámbito de salud mental al ser una materia de salubridad general por lo cual es sorprendente que no exista una ley nacional de salud mental y que solo algunas entidades federativas cuenten con leyes especializadas en materia de salud mental y que las políticas públicas en dicha área sean todavía insuficientes para atender la amplia problemática existente en el campo de la salud mental en nuestro país.

5.5 La Salud Mental como un Servicio Básico de Salud.

La salud mental es considerada un *servicio básico de salud*, para los efectos del derecho a la protección de la salud, según lo establece el artículo 27, fracción VI, de la Ley General de Salud. En razón de lo anterior, todas las instituciones públicas del sistema nacional de salud deberían contar con dicho servicio, para que cualquier persona que presente algún padecimiento mental pueda recibir atención psicológica, psiquiátrica o de otra índole, según lo necesite.

Incluso las instituciones públicas de seguridad social, de acuerdo con el artículo 37 de la Ley antes citada, deben comprender el servicio público de salud mental para sus derechohabientes, sin perjuicio de lo que prevengan las leyes que regulen a dichas instituciones. Esto significa que al ser la salud mental un servicio básico de salud, dicho servicio deberá prestarse obligatoriamente en todas las instituciones públicas y de seguridad social. En la realidad social las instituciones como el IMSS y el ISSSTE cuentan con un gran déficit en prestación de servicios de Psicología y Psiquiatría, lo que perjudica gravemente a sus derechohabientes quienes no tienen acceso a dichos servicios en las instituciones donde son atendidos.

5.6 Las bases del Servicio Básico de Salud Mental en la Ley General de Salud.

Las bases del servicio básico de salud mental las encontramos reguladas en el título tercero de la Ley General de Salud, relativo a la Prestación de los Servicios de Salud, en el capítulo VII, específicamente en los artículos 72 al 77. Dichas bases deben ser observadas en la prestación de servicios públicos en todos los niveles de atención en las distintas instituciones públicas de salud y procederemos a revisarlas a continuación.

a) La definición legal de Salud Mental.

El artículo 72 de la Ley General de Salud dispone que para los efectos de dicha ley se entenderá por **salud mental** *el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.*

Esta definición coincide esencialmente con la brindada por la OMS y la adoptada en la Ley de Salud Mental del Distrito Federal (Ciudad de

México) desde el 2011. Es importante tomar en cuenta que todas las acciones que se implementen en materia de salud mental a través de los diversos servicios públicos de salud deben considerar que el objetivo último será lograr el más alto nivel posible de salud mental, por lo cual se espera que dichos servicios promueven una mejoría en el funcionamiento psíquico como un medio para que las personas puedan desarrollarse adecuadamente.

b) La prevención y atención de los trastornos mentales y del comportamiento.

En el numeral antes referido se especifica que *la prevención y atención de los trastornos mentales y del comportamiento es de carácter prioritario* y que se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de *prevención y control multidisciplinario de dichos trastornos*, así como otros aspectos relacionados con el diagnóstico, conservación y mejoramiento de la salud mental. De igual forma se especifica que la atención de los trastornos mentales y del comportamiento deberá brindarse con un *enfoque comunitario, de reinserción psicosocial y con estricto respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios*.

Un primer comentario que podemos hacer a lo antes expuesto es que a pesar de que por mandato legal la atención y prevención de los trastornos mentales deba ser de carácter prioritario, en nuestro país no se le ha asignado la importancia suficiente que merece dicha área de la salud ya que no se cuentan con servicios básicos de salud mental en el primer nivel de atención en todas las entidades federativas, con lo cual se dificulta la accesibilidad a dichos servicios sobre todo a poblaciones rurales y semiurbanas.

La atención o control multidisciplinario de dichos trastornos tampoco se ha logrado establecer plenamente ya que al ser históricamente el Hospital Psiquiátrico el principal eje de atención a la salud mental en nuestro país, todavía persiste un modelo de salud en el que se privilegia la atención psiquiátrica de tipo psicofarmacológica sobre otro tipo de intervenciones a nivel psicológico o social o con componentes de atención comunitaria.

Los derechos humanos no siempre son respetados ya que aún hay casos donde se observan graves violaciones a los derechos humanos de las personas que usan los servicios de salud mental, como por ejemplo el sometimiento de pacientes psicóticos sin un consentimiento previo

informado a la terapia electro convulsiva y sin que ésta sea apropiada ética y científicamente para el caso concreto del paciente.

De igual forma, podríamos señalar que los servicios de salud mental en las instituciones públicas del primer nivel de atención son escasos, observándose la falta de voluntad política en varias entidades federativas para implementar dicho servicio básico de salud mental.

Esta situación puede evidenciarse desde el nivel presupuestario ya que según lo reportado en un estudio realizado por Berenson¹¹⁵ y otros, del total del presupuesto asignado a la salud, solo el 2% estaba destinado a la salud mental y, de ese porcentaje, el 80% se empleaba para el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos dejando solo el 20% para financiar al resto de la red de servicios de salud mental, lo que reduce, por ejemplo, la capacidad de acciones de salud mental comunitaria. Dichos investigadores, concluyeron que el eje de la atención de la salud mental se encontraba en el hospital psiquiátrico y existían muy pocas unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales y establecimientos residenciales, así como servicios específicos para niños y adolescentes. Manifestaron que a la fecha de realización del estudio que fue en el 2008, existían en México 46 hospitales psiquiátricos frente a 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales y 8 en establecimientos residenciales.

Aunado a lo anterior, reportaron que el acceso a la salud mental se veía limitado por barreras geográficas, ya que la mayoría de los servicios se encontraba en las grandes metrópolis o sus alrededores. Si bien es cierto que el número de servicios ambulatorios fue más amplio, no alcanzaba para cubrir las necesidades de atención y también se registró una cantidad insuficiente de servicios enfocados a la atención de los niños y adolescentes. Solo 27% del total de usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios eran niños o adolescentes, y ese porcentaje caía a 6% en los hospitales psiquiátricos. Asimismo, reportaron que el acceso estaba limitado por la centralización del sistema de atención, ya que la mayoría de los establecimientos se ubicaban en las grandes ciudades. Solamente 30% de los servicios de atención primaria contaban con protocolos de evaluación y tratamiento para trastornos mentales.

Cabe recalcar que la brecha de atención a la salud mental se encuentra principalmente en la población que vive fuera de los capitales de

¹¹⁵ Berenzon, S. et al., op. cit., nota 44, p. 252.

las entidades federativas donde se encuentran los Hospitales Psiquiátricos y los centros de salud mental privados o sociales. Por ello sería importante descentralizar dichos servicios y educar a la población para que conozca la importancia de la salud mental y los servicios a dónde acudir en caso de ser necesario.

c) La promoción de la salud mental.

El artículo 73 de la Ley General de Salud dispone que *para la promoción de la salud mental y la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento*, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

I. El desarrollo de *actividades educativas, socioculturales y recreativas* con carácter permanente que contribuyan a la salud mental, preferentemente a grupos en situación de vulnerabilidad.

II. La difusión de *las orientaciones para la promoción de la salud mental, así como el conocimiento y prevención de los trastornos mentales* y del comportamiento;

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

IV. Las acciones y campañas de *promoción de los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, así como de sensibilización para reducir el estigma y la discriminación*, a fin de favorecer el acceso oportuno de la atención;

V. La *implementación estratégica y gradual de servicios de salud mental en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud en todos sus niveles de atención*, que permita abatir la brecha de atención;

V Bis. La promoción de programas de atención, que consideren, entre otros, *los hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino y talleres protegidos*;

VI. La *investigación multidisciplinaria en materia de salud mental*;

VII. La *participación de observadores externos para vigilar el pleno respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento*, que son atendidas en los establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud;

VIII. La *detección de los grupos poblacionales en riesgo de sufrir trastornos mentales y del comportamiento*, preferentemente niñas, niños y adolescentes, y

IX. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan a la prevención, atención y fomento de la salud mental de la población.”

En el rubro de la promoción de la salud mental también hay una gran brecha entre lo que dispone la ley y lo que realmente se lleva a cabo en la práctica. Desde nuestra perspectiva existe muy poca difusión para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales.

La implementación gradual de los servicios públicos de salud mental debe realizarse en todos los niveles de atención a la salud pero sobre todo en el nivel de atención primaria a la salud que es el más cercano a la población y donde hace mucha falta puesto que los trastornos podrían detectarse más tempranamente y en consecuencia intervenir antes de la cronificación de los mismos. Las casas de medio camino y los talleres protegidos deberían implementarse para apoyar a muchos enfermos que lo requieren.

Además, debería integrarse un módulo independiente de derechos humanos en cada hospital psiquiátrico para que vigile de forma permanente que las acciones que se llevan a cabo respeten los derechos humanos de los pacientes y se atiendan de forma inmediata las quejas de los pacientes y sus familiares.

Si bien es cierto que el nivel de desarrollo de nuestro país dificulta la asignación de recursos económicos para implementar todas las acciones de promoción de la salud mental que serían necesarias para mejorar la salud mental de la población y prevenir el desarrollo de trastornos mentales severos, también lo es que la falta de presupuesto también en realidad obedece no tanto a la ausencia de recursos sino en mayor medida a la renuencia del Estado para invertir en el ámbito de salud mental, al no considerar importante la salud mental de su población.

No obstante no debe quitarse el dedo del renglón y debemos pugnar porque las políticas públicas de salud mental que se diseñan a nivel nacional y a nivel local persigan la implementación estratégica y gradual de servicios de salud mental en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud en todos sus niveles de atención, que permita disminuir la brecha de atención y que se informe a la sociedad las características de los problemas de salud mental para que sepa dónde buscar apoyo y se deje de estigmatizar a las personas que tienen algún problema o trastorno psicológico.

No obstante, el eje principal de atención a la salud mental en nuestro país sigue siendo el Hospital Psiquiátrico (Tercer Nivel de Atención), cuando de acuerdo con los estándares internacionales tales como la Declaración de Alma Ata de 1978, la Declaración de Caracas de 1990, y la Declaración de Astaná de 2018, el núcleo básico de atención a la salud mental deberían ser centros de Atención Primaria a la Salud (Primer Nivel de Atención), cercanos a la comunidad, lo cual permitiría una intervención temprana en los padecimientos y además la promoción de la salud mental y la prevención del desarrollo de trastornos mentales, con la participación de la propia comunidad como corresponsable de su salud.

d) La Atención de los trastornos mentales y del comportamiento.

La Atención a los trastornos mentales y del comportamientos debe entenderse en sentido amplio, ya que comprende desde la existencia de establecimientos dedicados a la investigación, tratamiento y rehabilitación de personas, hasta la evaluación diagnóstica y el tratamiento integrales, así como la rehabilitación de personas con trastornos mentales crónicos, discapacidad intelectual, alcoholismo y uso habitual de sustancias, todo esto con la finalidad de lograr la reintegración de la persona a su medio familiar y social, para lo cual deberán crearse incluso programas sociales y asistenciales como residencias y talleres protegidos, en coordinación con otros sectores, a fin de garantizar la debida atención de los pacientes.

A mayor abundamiento, el artículo 74 de la Ley General de Salud, señala que la atención a la salud mental comprende lo siguiente:

“I. La atención de personas con trastornos mentales y del comportamiento, la evaluación diagnóstica integral y tratamientos integrales, y la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas;

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

III. La reintegración de la persona con trastornos mentales y del comportamiento a su familia y comunidad, mediante la creación de programas sociales y asistenciales como residencias y talleres protegidos, en coordinación con otros sectores, para la debida atención de estos pacientes.”

En cuanto a la reinserción social de la persona, es importante señalar que hacen falta convenios entre la Secretaría de Salud y la Secretaría del Trabajo o de Desarrollo Social para brindar diversos servicios sociales a las personas con trastornos mentales para que puedan acceder a un trabajo en condiciones protegidas o vivir en una residencia en la comunidad cuando son abandonados por su familia.

e) Los derechos básicos de las personas con trastornos mentales.

El artículo 74 Bis, de la Ley General de Salud establece que la persona con trastornos mentales y del comportamiento tendrá los siguientes derechos:

“I. *Derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental y acorde con sus antecedentes culturales*, lo que incluye el trato sin discriminación y con respeto a la dignidad de la persona, en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud;

II. *Derecho a contar con un representante que cuide en todo momento sus intereses*. Para esto, la autoridad judicial deberá cuidar que no exista conflicto de intereses por parte del representante;

III. *Derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación al tratamiento a recibir*. Esto sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate

de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente;

IV. *Derecho a que le sean impuestas únicamente las restricciones necesarias para garantizar su protección y la de terceros.* En todo caso, se deberá procurar que el internamiento sea lo menos restrictivo posible y a que el tratamiento a recibir sea lo menos alterador posible;

V. *Derecho a que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente y modificado llegado el caso;*

VI. *Derecho a no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona;*

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

VIII. *Derecho a la confidencialidad de la información psiquiátrica sobre su persona.”*

Esta lista de derechos son muy importantes pero cabría agregarle algunos otros tales, como por ejemplo el derecho al suministro de medicamentos ya que muchas personas no pueden comprarlos y también el derecho a recibir atención psicológica ya que dicho servicio no siempre es accesible en todas las instituciones públicas de salud, así como el derecho a contar con una segunda opinión profesional en cuanto al diagnóstico ya que en muchas ocasiones es importante conocer otros puntos de vista sobre alguna situación de salud, entre otros.

Asimismo, respecto al alcance del derecho contenido en la fracción primera, cabe señalar que el Derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental debe interpretarse en el sentido de que dicho derecho no se traduce únicamente en el derecho a recibir un tratamiento psiquiátrico de tipo psicofarmacológico sino que, puede traducirse en el derecho a recibir un tratamiento psicológico, o de rehabilitación individualizada cuando esto se requiera, o de otra índole, o incluso un tratamiento combinado, ya que en la práctica muchas personas reciben únicamente un tratamiento farmacológico, siendo importante que se les garantice además la recepción de un tratamiento psicológico y de rehabilitación para su reinserción social, laboral y/o educativa.

Es importante que la recepción de los medicamentos psiquiátricos esté debidamente garantizada, porque existen muchas personas que no pueden adquirirlos con base en su precaria situación económica, es decir que dichos medicamentos deberían estar disponibles y ser suministrados de forma gratuita a aquellas personas que por su condición económica no pudieran adquirirlos y a los demás, bajo un precio asequible podría cobrarseles alguna cuota de recuperación de acuerdo con su nivel socioeconómico. Los pacientes no siempre tienen los recursos necesarios para adquirir los medicamentos recién descubiertos que les prescriben los Médicos Psiquiatras como por ejemplo los antipsicóticos atípicos que por su novedad o reciente creación sean de un costo elevado y por ello, el Estado debería proporcionárselos gratuitamente.

Además, como parte del tratamiento, debería garantizarse la recepción de alguna modalidad de tratamiento psicológico para todas aquellas personas que lo necesiten ya que por ejemplo en la mayoría de los Hospitales Psiquiátricos el número de Psicólogos es insuficiente.

La descentralización de los servicios públicos de salud mental ayudaría a que las personas sean tratadas y atendidas lo más cerca posible de su comunidad donde tienen sus lazos con sus familiares, amigos o su actividad ocupacional, para que no pierdan sus vínculos al tener que desplazarse a las grandes ciudades donde se encuentran las instituciones que brindan los servicios públicos de salud mental.

Sería deseable que los centros de salud del primer nivel de atención que existen en el interior de cada entidad federativa contaran con el servicio básico de salud mental para que la población tenga acceso a servicios de Psicología y Psiquiatría de una manera más rápida cuando lo necesita y cerca de su comunidad, lo cual evitaría el gasto económico que tendrían que realizar al trasladarse a las grandes ciudades para recibir atención y además permitiría que los trastornos se detectaran en fases más tempranas donde las intervenciones resultan más eficaces y menos costosas que en fases avanzadas.

f) La regulación del internamiento voluntario e involuntario.

El artículo 75 de la Ley General de Salud, contempla la figura del internamiento como último recurso terapéutico e indica que el mismo se ajustará a principios éticos, sociales, de respeto a los derechos humanos y a los requisitos que determine la Secretaría de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Dicho artículo establece que existirán dos tipos de internamiento: el involuntario y el voluntario. El *internamiento voluntario* se llevará a cabo cuando el paciente otorgue su consentimiento previo e informado mientras que el *internamiento involuntario* se llevará a cabo cuando por encontrarse la persona impedida para solicitarlo por sí misma, por incapacidad transitoria o permanente, sea solicitado por un familiar, tutor, representante legal o, a falta de los anteriores, otra persona interesada, que en caso de urgencia solicite el servicio y siempre que exista la intervención de un médico calificado, que determine la existencia de un trastorno mental y del comportamiento y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros.

De acuerdo con el numeral antes citado, la decisión de internar a una persona deberá ser notificada a su representante, así como a la autoridad judicial. El internamiento involuntario será revisado por la autoridad judicial a petición de la persona internada o de su representante. La resolución de la autoridad judicial deberá estar fundada en dictamen pericial y, en caso de que se resuelva la terminación del internamiento, deberá establecer un plazo para que se ejecute la misma.

Asimismo, se indica que en todo caso, durante dicho procedimiento deberá garantizarse la defensa de los intereses de la persona internada. Se establece además que las autoridades sanitarias deberán coordinarse con los organismos públicos de protección a los derechos humanos para que los establecimientos dedicados a la atención y tratamiento de las personas con trastornos mentales y del comportamiento sean *supervisados continuamente*, a fin de garantizar el respeto a los derechos de las personas internadas. Sin embargo, no se especifica la periodicidad con que deben ser supervisados los establecimientos de atención a la salud por parte de los órganos públicos de protección a los derechos humanos.

En dicho artículo tampoco se aclara cuál es la autoridad judicial a la que deberá notificarse la decisión de internar involuntariamente a una persona, ni el término dentro del cual deberá realizarse tal notificación. Tampoco se señala cuál sería el procedimiento a seguir por la autoridad judicial para revisar si un internamiento involuntario se ajustó o no a derecho.

Respecto al internamiento involuntario cabe señalar que la aplicación del mismo puede constituirse en una mera restricción a la libertad personal o convertirse en una flagrante violación al derecho humano a la libertad

personal reconocido en el artículo 7 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, mismo que señala que nadie puede ser privado de su libertad física, salvo por las causas y en las condiciones fijadas de antemano por las Constituciones Políticas de los Estados Partes o por las leyes dictadas conforme a ellas.

Para determinar si en un caso concreto el internamiento involuntario constituye una violación a los derechos humanos de una persona debe analizarse si la privación de la libertad física se realizó por las causas y en las condiciones fijadas de antemano por la Constitución Política y por las leyes dictadas de conformidad con ella. En el caso de nuestro país las causas que justifican que una persona sea internada involuntariamente se encuentran referidas en la Ley General de Salud, en la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de los servicios de salud en unidades de atención médico-psiquiátrica, y en la Ley de Salud Mental local de cada entidad federativa. Además, las personas privadas de su libertad física por problemas de salud mental deben ser tratadas en las condiciones que indica la Norma Oficial Mexicana antes referida, ya que de lo contrario el incumplimiento a las condiciones básicas de internamiento constituirán tratos crueles, inhumanos y degradantes, que afectan la dignidad del ser humano y su integridad personal, y por lo tanto volverán injustificado el internamiento involuntario, y sobre todo violatorio de los derechos humanos.

Así, de conformidad con el Artículo 76 de la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud establecerá las normas oficiales mexicanas para los establecimientos que prestan atención a las personas con trastornos mentales y del comportamiento, de la red del Sistema Nacional de Salud.

Al respecto, cabe señalar que la norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-2014 que es una norma técnica que regula la prestación de los servicios de salud en unidades de atención médico-psiquiátrica, en su artículo 5.6.1 señala que para el *ingreso voluntario* a dichas unidades se requiere la solicitud firmada de la persona usuaria, y la indicación del personal profesional médico a cargo del servicio de admisión de la unidad, ambos por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud e informando a sus familiares o a su representante legal.

Para el caso del *ingreso involuntario*, dicha norma en su artículo 5.6.2 contempla mayores requisitos que los referidos por el artículo 75 de la Ley General de Salud, ya que requiere, un diagnóstico psicológico, neurológico,

psiquiátrico y de aquellas especialidades médicas necesarias, según la condición clínica de la persona usuaria. Se indica además que el diagnóstico deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, el cual deberá estar avalado por los análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un familiar responsable, tutor/a o representante legal, todos por escrito.

Algo interesante es que en caso de urgencia, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita de las y los especialistas antes referidos, requiriéndose la firma del familiar responsable, y dentro de los 15 días hábiles posteriores al ingreso del paciente, será evaluado por el equipo de salud mental del establecimiento para la atención médica, siendo el médico psiquiatra quien valorará la pertinencia de continuar con el tratamiento hospitalario o ambulatorio, en cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permitan, ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario.

Es adecuado que se revise el internamiento involuntario cada quince días, para evitar que se prolonguen de forma indefinida cuando no sean necesarios, sin embargo si el equipo de salud mental participa en la evaluación lo correcto sería que todos pudieran participar en la decisión no solo de internar a una persona sino también de externarla cuando se haya cumplido el objetivo de su ingreso, y no que se le deje dicha decisión únicamente al médico psiquiatra.

Lo anterior significa, que en la norma oficial mexicana que es una norma elaborada con la participación de expertos en la materia, se ha reconocido la necesidad de establecer mayores controles para el internamiento involuntario de una persona que los que marca actualmente la Ley General de Salud, lo cual debería considerarse para una eventual reforma a la Ley General de Salud.

Lo que no resulta conveniente es que las instituciones hospitalarias trasladen a la familia la obligación de dar aviso al Ministerio Público y al representante legal ya que ello genera inseguridad jurídica para el paciente. Además, la Ley General de Salud no dispone que deba darse aviso al Ministerio Público, que es una autoridad administrativa, sino a una autoridad judicial. Además, ni en la Ley General de Salud ni en la NOM-025-SSA2-2014 se contempla un órgano de revisión que examine la pertinencia y legalidad de un internamiento involuntario.

En consecuencia, tanto la Ley General de Salud como en norma oficial mexicana antes citada se violan los **PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL**, adoptados mediante la resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, de la Asamblea General de la ONU. Específicamente, se vulneran los principios número 16 y 17, mismos que se transcriben a continuación:

“PRINCIPIO 16 Admisión involuntaria:

1. Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que ya hubiera sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, de conformidad con el principio 4 supra, que esa persona padece una enfermedad mental y considere:

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

b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva.

En el caso a que se refiere el apartado b) del presente párrafo, se debe consultar en lo posible a un segundo profesional de salud mental, independiente del primero. De realizarse esa consulta, la admisión o la retención involuntaria no tendrá lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello.

2. Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención. Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán también sin

tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares.

3. Una institución psiquiátrica sólo podrá admitir pacientes involuntarios cuando haya sido facultada a ese efecto por la autoridad competente prescrita por la legislación nacional.

PRINCIPIO 17 El órgano de revisión:

1. El órgano de revisión será un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional que actuará de conformidad con los procedimientos establecidos por la legislación nacional. Al formular sus decisiones contará con la asistencia de uno o más profesionales de salud mental calificados e independientes y tendrá presente su asesoramiento.

2. El examen inicial por parte del órgano de revisión, conforme a lo estipulado en el párrafo 2 del principio 16 supra, de la decisión de admitir o retener a una persona como paciente involuntario se llevará a cabo lo antes posible después de adoptarse dicha decisión y se efectuará de conformidad con los procedimientos sencillos y expeditos establecidos por la legislación nacional.

3. El órgano de revisión examinará periódicamente los casos de pacientes involuntarios a intervalos razonables especificados por la legislación nacional.

4. Todo paciente involuntario tendrá derecho a solicitar al órgano de revisión que se le dé de alta o que se le considere como paciente voluntario, a intervalos razonables prescritos por la legislación nacional.

5. En cada examen, el órgano de revisión determinará si se siguen cumpliendo los requisitos para la admisión involuntaria enunciados en el párrafo 1 del principio 16 supra y, en caso contrario, el paciente será dado de alta como paciente involuntario.

6. Si en cualquier momento el profesional de salud mental responsable del caso determina que ya no se cumplen las condiciones para retener a una persona como paciente involuntario, ordenará que se dé de alta a esa persona como paciente involuntario.

7. El paciente o su representante personal o cualquier persona interesada tendrá derecho a apelar ante un tribunal superior de la decisión de admitir al paciente o de retenerlo en una institución psiquiátrica.

Es decir que la Ley General de Salud viola el principio contenido en el artículo 16.2 antes citado al no prever un período breve de tiempo para la duración de la admisión o retención involuntaria con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, y tampoco señala cuál será el órgano de revisión específico que analizará si el internamiento involuntario es pertinente y si está ajustado a derecho o no.

Dicho órgano de revisión puede ser una autoridad judicial o administrativa, pero en sus decisiones deberá estar asistido de profesionales de salud mental independientes de la autoridad que efectuó el internamiento por lo cual dicho órgano debería tener una composición interdisciplinaria. De igual forma, la Ley General de Salud viola el artículo 17.1 de los Principios antes citados, en el sentido de que no se contempla el procedimiento que deberá seguir el órgano de revisión para analizar la admisión involuntaria o para efectuar la supervisión periódica de dicho internamiento involuntario.

No obstante, la Ley General de Salud en sus artículos 438 a 450 contempla un recurso de inconformidad que dentro del plazo de quince días hábiles puede interponerse contra actos y resoluciones de las autoridades sanitarias que con motivo de la aplicación de dicha ley den fin a una instancia o resuelvan un expediente. Por tal motivo, si se considera una instancia a la solicitud de consulta en el área de urgencias de una unidad hospitalaria psiquiátrica entonces podría recurrirse la decisión del Médico de internar al paciente como un acto que finaliza esa instancia. Sin embargo, el problema de dicho recurso es que no prevé que la decisión que le recaiga al mismo sea con la asistencia de profesionales de salud mental independientes de la autoridad que indicó el internamiento involuntario, y además, tampoco señala un plazo breve para suspender el acto reclamado, y además, tomando en cuenta que la autoridad que lo resolverá será la

misma o el superior jerárquico de quien decidió efectuar el internamiento involuntario, se puede prever que la decisión no será imparcial, y además, es conocido por todos la lentitud de ese tipo de procedimientos.

Por otro lado, en el artículo 77 de la Ley General de Salud, se establece que los padres, tutores, quienes ejercen la patria potestad o quienes ostenten la representación legal de personas con trastornos mentales y del comportamiento, serán responsables de la guardia o custodia. Asimismo, dicho numeral señala que las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con las personas con trastornos mentales y del comportamiento, procurarán la oportuna y debida atención de los mismos. Además, dispone que cuando se requiera el internamiento del menor, deberá respetarse lo dispuesto por el artículo 75 de dicha Ley y dicho internamiento deberá efectuarse en un establecimiento o área específicamente destinada a la atención de menores y deberán tomarse las medidas necesarias a fin de proteger los derechos que consigna la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Finalmente, cabe señalar que el internamiento involuntario debe ser la última opción en el tratamiento de una persona ya que el mismo conlleva la pérdida de la libertad personal y la separación del paciente de su entorno de vida, y además, una posible estigmatización social. En consecuencia, el internamiento involuntario deberá realizarse por el menor tiempo posible a efecto de evitar los internamientos involuntarios prolongados que terminan alienando a las personas y destruyendo sus vínculos y lazos sociales.

g) La educación para la salud mental.

En lo tocante a la educación en salud mental, los artículos 112, fracción III, y 113, de la Ley General de Salud, contemplan que la Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, cuyo objeto sería orientar y capacitar a la población en materia de *salud mental*, sin embargo en la realidad social y en el sistema educativo mexicano no existían programas, campañas o asignaturas académicas en los distintos niveles educativos enfocadas al conocimiento y comprensión de la salud mental del ser humano y de sus vicisitudes.

Recientemente en el ciclo 2018-2019 a través del nuevo modelo educativo la SEP implementará las asignaturas de Educación Socioemocional en Preescolar y Primaria y Tutoría en Educación Socioemocional en Secundarias, mismas en las que se buscará que los estudiantes desarrollen habilidades, comportamientos, actitudes y rasgos de la personalidad que les permiten aprender a conocerse y comprenderse a sí mismos, cultivar la atención, tener sentido de autoeficacia y confianza en sus capacidades, entender y regular sus emociones, establecer y alcanzar metas positivas, tomar decisiones responsables, mostrar empatía hacia los demás, establecer y mantener relaciones interpersonales armónicas y desarrollar sentido de comunidad. Sería deseable que dichas asignaturas fueran impartidas por especialistas en Psicología para asegurar que quien eduque los aspectos emocionales del ser humano tenga conocimientos y experiencia en dicha área y sepa cómo manejar los conflictos emocionales que eventualmente puedan detectarse en el aula.

Por otro lado, por lo que hace a la formación de recursos humanos para la salud, el artículo 90 de la Ley General de Salud, dispone que corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con éstas:

- I. Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud;
- II. Apoyar la creación de centros de capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud;
- III. Otorgar facilidades para la enseñanza y adiestramiento en servicio dentro de los establecimientos de salud, a las instituciones que tengan por objeto la formación, capacitación o actualización de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, de conformidad con las normas que rijan el funcionamiento de los primeros, y
- IV. Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas.

Al respecto, cabe señalar que la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en

Salud, creada desde 1983 e integrada por la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública, así como otras dependencias públicas, en el ámbito específico de la salud mental, únicamente se ha privilegiado la formación de especialistas en Psiquiatría, que es un posgrado de la Licenciatura en Medicina, a través de un sistema de residencias en establecimientos del sistema nacional de salud, omitiendo promover la formación de otros profesionales de la salud mental tales como la Especialidad en Psicología Clínica, que es un posgrado de la Licenciatura en Psicología, que bien podría consolidarse en nuestro país si se desarrollara un sistema de formación con base en residencias como se ha realizado en otros países como España a través del programa de Psicólogo Interno Residente en establecimientos del sistema público de salud mental o en Argentina a través de la Residencia Universitaria en Psicología Clínica de la Universidad de Buenos Aires.

Desde mi punto de vista, resulta fundamental que se promueva la formación de otras especialidades relacionadas con la salud mental tales como la Enfermería Psiquiátrica o el Trabajo Social Psiquiátrico, con residencias dentro de los establecimientos del propio sistema nacional de salud, puesto que es necesario que el país forme recursos humanos de alto nivel para cubrir las necesidades de su sistema de salud mental y que posteriormente, dichos recursos se conviertan en prestadores de servicios de salud mental especializados y de gran calidad.

Con base en la respuesta a la solicitud de información pública gubernamental con número de folio 0001200261518, se evidencia que tanto la Secretaría de Salud como la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud no han realizado ningún estudio o investigación sobre la necesidad de formar recursos humanos en la especialidad de Psicología Clínica a nivel de posgrado en establecimientos del sistema nacional de salud. Esta situación contraviene el artículo tercero del Acuerdo por el que se crea dicha Comisión de fecha 19 de Octubre de 1983, ya que dicha Comisión debe elaborar un diagnóstico integral sobre la formación de recursos humanos para la salud y mantenerlo actualizado, además de promover acciones que permitan la vinculación de la docencia, la asistencia y la investigación, así como la coordinación entre la Comisión y las instituciones educativas y de salud.

Al respecto, de acuerdo con Dubón¹¹⁶ cabe señalar que la salud ha dejado de ser patrimonio exclusivo del médico para transformarse en un proceso que involucra a otros profesionales, ya que para la prestación de servicios, es necesario que los recursos humanos para la salud participen organizados en equipos multidisciplinarios.

Asimismo, dicha autora apunta que la formación de profesionales para la salud, ha sido un proceso dinámico, en el cual tanto las instituciones educativas como las de salud han compartido responsabilidades en la creación de los cuadros requeridos. Agrega que el diseño y la planeación, siempre han sido de carácter operativo; sin embargo, se ha desarrollado de forma más amplia y organizada a partir de la creación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, de esta manera las actividades académicas se realizan en diversos servicios de las instituciones de atención a la salud, con el fin de que los estudiantes adquieran las habilidades y la integración del conocimiento en la práctica concreta, aspectos indispensables para el desempeño profesional.

En la actualidad, considerando que en el país existen trece leyes de salud mental locales en las cuales se contempla un sistema de atención a la salud mental con enfoque comunitario en el cual se privilegiará la atención cercana a la población a través de diversos Módulos de Atención a la Salud Mental conformados por un equipo multidisciplinario de especialistas en Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social y Enfermería integrados a Centros de Salud u Hospitales Generales o de forma independiente en Centros Integrales de Salud Mental (CISAME´S), así como en Unidades de Hospitalización de Corta Estancia, resulta importante que se formen recursos humanos en todas y cada una de las disciplinas referidas a efecto que el país cuente con profesionales de la salud mental especializados en el nuevo modelo de atención que se está implementando en México, ya que de lo contrario, los servicios públicos de salud que se presten no serán de calidad.

¹¹⁶ Dubón Peniche, María del Carmen, "Recursos humanos para la prestación de servicios públicos de salud" en Fernández, J. (coord.) *Servicios públicos de salud y temas conexos*. México, Porrúa-Facultad de Derecho de la UNAM, 2006, pp. 54.

h) La regulación del ejercicio profesional en el ámbito de la salud mental.

Otro tema importante, que regula la Ley General de Salud, es el relativo al ejercicio de actividades profesionales relacionadas con la salud en general y con la salud mental en particular. Así, el artículo 79 de dicha Ley dispone que para el ejercicio de actividades profesionales tales como la Psicología, la Medicina, la Enfermería, y el Trabajo social, entre otras, se requiere que el título profesional o los certificados de especialización respectivos, hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

Esta situación es muy importante porque debe exigirse el título profesional y, en su caso, la especialización correspondiente, para asegurar que quienes presten actividades profesionales relacionadas con la salud mental, sean capaces de brindar tratamientos de calidad. Desde nuestro punto de vista, debe realizarse una mayor regulación de las actividades profesionales de la salud mental porque existen muchas personas que sin la formación adecuada prestan servicios en el área de la salud mental, por ello resultaría conveniente establecer mecanismos de supervisión, con sanciones claras y además exigir capacitación constante y, en su caso, contar con especializaciones con reconocimiento oficial y científico para ejercer en dichas áreas.

Además, específicamente para el caso de la prestación de los servicios de Psicoterapia sea individual o grupal, la Ley General de Salud debería especificar cuáles son las Licenciaturas, o en su caso, Especializaciones, Maestrías o Doctorados que se requieren para estar autorizado legalmente para prestar dichos servicios y contar un registro nacional de profesionistas de la salud mental, puesto que existe intrusismo por parte de personas que no tienen preparación alguna en el ejercicio de dichas actividades y se dedican a realizarlas sin tener la formación necesaria para ello, poniendo en riesgo la salud de muchas personas realizando intervenciones no sólo poco eficaces sino iatrogénicas.

Es por ello que resulta necesario exigir haber cursado alguna profesión de la salud mental, y/o en su caso, Especialidad, Maestría o Doctorado en áreas de Psicoterapia para poder brindar servicios de psicoterapia a las personas interesadas a fin de acreditar que los profesionistas cuentan con la competencia profesional suficiente para

garantizar la calidad de la atención y respetar el derecho a la protección de la salud mental de las personas que solicitan sus servicios.

i) Las Autoridades Sanitarias en México.

El Presidente de la República, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el gobierno de la Ciudad de México, son las autoridades sanitarias de acuerdo con el artículo 4 de la Ley General de Salud.

Resulta importante señalar que el Consejo de Salubridad General es un órgano que depende directamente del Presidente de la República en los términos del artículo 73, fracción XVI, base 1a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Está integrado por un presidente que será el Secretario de Salud, un secretario y trece vocales titulares, dos de los cuales serán los presidentes de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía, y los vocales que su propio reglamento determine. Los miembros del Consejo serán designados y removidos por el Presidente de la República, quien deberá nombrar para tales cargos, a profesionales especializados en cualquiera de las ramas sanitarias.

No obstante que la salud mental es una materia de salubridad general, en el 2018 dicho Consejo no contaba con ningún integrante, vocal o invitado que fuera profesional de la salud mental y además, en sus reuniones, casi nunca se abordó el tema de la salud mental como materia de salubridad general. En cambio, dicho Consejo si cuenta con varios profesionales de la industria farmacéutica.

Por otro lado, el 21 de Julio del 2004, el entonces Secretario de Salud Julio José Frenk Mora, en uso de sus facultades para establecer comisiones y comités que sean necesarios para la mejor instrumentación de los programas y asuntos encomendados la Secretaría, a través de un Acuerdo creó el Consejo Nacional de Salud Mental, mismo que en su artículo 1º se le definió como un *órgano de consulta* de la Secretaría de Salud, que tendrá por objeto *apoyar la promoción de las acciones* de los sectores público, social y privado del país en las áreas de prevención, consulta externa, hospitalización, rehabilitación y reintegración social del individuo, en lo relacionado con problemas de salud mental; así como proponer y coadyuvar

en la evaluación de los programas relativos en la materia y la difusión e implantación de *modelos innovadores de atención en salud mental*.

Así, en el artículo 2 de dicho Acuerdo se estableció que para el cumplimiento de su objeto, al Consejo Nacional de Salud Mental le corresponde:

I.- Apoyar la promoción de las políticas, estrategias y programas en materia de salud mental, así como promover las adecuaciones y modificaciones necesarias;

II.- Promover los programas, acciones, políticas y estrategias que coadyuven a la difusión e implementación de modelos innovadores de atención en salud mental;

III.- Apoyar y proponer mecanismos de coordinación entre las autoridades de la Federación, entidades federativas y municipios para la eficaz ejecución de los programas en materia de salud mental;

IV.- Fomentar que los programas de educación para la salud y seguridad e higiene en el trabajo, incorporen el tema de la salud mental;

V. Apoyar actividades de investigación y capacitación vinculadas con la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con problemas de salud mental;

VI.- Participar en la elaboración de las normas oficiales mexicanas en materia de salud mental y en la promoción de su cumplimiento;

VII.- Coadyuvar con las unidades administrativas competentes en la promoción de las acciones de prevención, consulta externa, hospitalización, rehabilitación y reintegración social de las personas con problemas de salud mental;

VIII.- Apoyar el fomento de las acciones de sensibilización entre la población acerca de la salud mental y convocar a la comunidad a participar en la prevención de problemas de salud mental, así como en la rehabilitación y la reintegración social de las personas con problemas de este tipo;

IX.- Promover la integración de grupos de trabajo tendientes al establecimiento de acciones en materia de salud mental;

X.- Favorecer acciones que tiendan a la disminución de los riesgos asociados con la generación de problemas de salud mental entre la población;

XI.- Coadyuvar en el seguimiento y evaluación del cumplimiento de los acuerdos y convenios internacionales ratificados por México en las materias relacionadas con su objeto;

XII.- Proponer la celebración de acuerdos y convenios internacionales relacionados con la salud mental, y

XIII.- Las demás que le asigne el Secretario de Salud.

La conformación del Consejo Nacional de Salud Mental, de acuerdo con el artículo 3 del Acuerdo antes referido, se integrará por el Secretario de Salud quien lo presidirá, los titulares del IMSS, del ISSSTE y del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, los cuales fungirán como vocales, además, el Presidente del Consejo podrá invitar a formar parte del mismo, con carácter permanente o transitorio a otros representantes de los sectores público y privado.

El Consejo para el ejercicio de sus funciones contará con un Secretariado Técnico al que le corresponderán las siguientes atribuciones de acuerdo con el artículo 35 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud:

- I. Proponer al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, el contenido de la política y estrategias nacionales en materia de atención a los problemas de salud mental;
- II. Elaborar y participar en la instrumentación de los programas específicos de prevención, atención y rehabilitación de los trastornos mentales;
- III. Llevar a cabo la planeación, supervisión y evaluación de los servicios de salud mental, mediante el establecimiento y desarrollo de modelos de organización y operación de servicios en los diferentes niveles de atención;

- IV. Elaborar y expedir normas oficiales mexicanas en materia de salud mental, de conformidad con las disposiciones legales aplicables y la prestación de servicios en esta materia, formular las respuestas a los comentarios recibidos a los proyectos de dichas normas, así como vigilar su cumplimiento;
- V. Promover actividades de información, orientación y sensibilización, que coadyuven a la prevención de problemas de salud mental, en coordinación con las instituciones y organismos especializados en la materia;
- VI. Impulsar, en forma conjunta con las dependencias y órganos competentes, el establecimiento de redes asistenciales y de apoyo comunitario, para la rehabilitación y reinserción social del usuario de los servicios de salud mental;
- VII. Fijar criterios, promover y coordinar investigaciones y desarrollo tecnológico en relación con la salud mental en coordinación con las demás unidades administrativas competentes;
- VIII. Promover y asesorar el desarrollo de investigaciones científicas y programas de enseñanza en materia de salud mental, en coordinación con las unidades administrativas competentes, con la finalidad de impulsar la formación, capacitación y actualización de personal de salud en general y especializado;
- IX. Participar en la elaboración de propuestas para la actualización y desarrollo de disposiciones jurídicas en materia de salud mental;
- X. Propiciar la celebración de convenios y acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas y municipios, para impulsar su apoyo y participación en el desarrollo de las acciones en materia de salud mental;
- XI. Participar en la definición, instrumentación, supervisión y evaluación de las estrategias y contenidos técnicos de los materiales de comunicación social en el ámbito de su competencia, así como de los materiales didácticos y metodologías que se utilizan para la capacitación, actualización y desarrollo humano del personal que opera los programas a su cargo, en

- coordinación con las unidades administrativas competentes;
- XII. Promover mecanismos para fomentar la participación de la sociedad civil y, en lo general de la comunidad, así como de los sectores público y privado en las acciones en materia de salud mental;
 - XIII. Coadyuvar en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en relación con la información de morbilidad y mortalidad vinculada con la materia de su competencia.
 - XIV. Colaborar, en el ámbito de su competencia, en la definición y desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
 - XV. Colaborar en la definición de los requerimientos para la acreditación de unidades prestadoras de servicios de salud mental inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud;
 - XVI. Proponer los lineamientos y procedimientos técnicos para la organización, programación y presupuestación relacionados con los programas a su cargo;
 - XVII. Promover la certificación de las unidades de atención a la salud mental de los sectores público, social y privado del país;
 - XVIII. Establecer las especificaciones técnicas del equipo e insumos que se utilizan en los programas a su cargo;
 - XIX. Proponer o definir, según sea el caso, los mecanismos que permitan el control en el suministro y distribución oportuna, suficiente y de calidad de los insumos utilizados en los programas a su cargo, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
 - XX. Supervisar y evaluar la información generada por los sistemas institucionales de información y de investigación en salud, relacionada con las actividades de los programas a su cargo, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
 - XXI. Certificar el desempeño de las localidades, jurisdicciones sanitarias, entidades federativas, regiones, comunidades o establecimientos, según sea el

caso, en relación con los programas del ámbito de su competencia, e

XXII. Imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad en la esfera de su competencia.

Como puede verse el Consejo Nacional de Salud Mental no es una autoridad sanitaria sino más bien un órgano de consulta y apoyo para la Secretaría de Salud y además, el Secretariado Técnico de dicho Consejo no forma parte del Consejo de Salubridad General. Desde su fundación se nombró como Secretaria Técnica de dicho Consejo a la Técnica en Rehabilitación Virginia González Torres quien ha promovido la implementación del modelo hidalgo de atención a la salud mental en algunas entidades federativas pero con poco impacto a nivel nacional.

5.7 El financiamiento de los servicios públicos de salud mental.

La Ley General de Salud no contempla un porcentaje del presupuesto que deba asignar la Secretaría de Salud específicamente a entidades y dependencias especializadas en salud mental. En contraste con lo anterior, la Ley Nacional de Salud Mental de Argentina, publicada en Diciembre de 2010, en su artículo 32, dispone que el Poder Ejecutivo en forma progresiva durante los tres años siguientes debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas de salud mental hasta alcanzar un mínimo del diez por ciento del presupuesto total de salud.

De acuerdo con los presupuestos de egresos del 2012 al 2018, el Gobierno Federal le autorizó a la Secretaría de Salud Federal, como gasto programable en el ramo administrativo número 12, las siguientes cantidades:

SECRETARÍA DE SALUD.	
2012	\$113,479,679,217.00
2013	\$121,856,567,399.00
2014	\$130,264,761,743.00
2015	\$134,847,592,069.00
2016	\$132,216,881,794.00
2017	\$121,817,532,748.00
2018	\$122,557,337,320.00

Como puede verse de los años 2012 al 2015 el presupuesto autorizado para la salud fue aumentando gradualmente, sin embargo, del 2015 al 2017 se observó una disminución progresiva de dicho presupuesto, lo cual implica una violación al principio de progresividad contenido en el artículo primero constitucional, ya que no sólo no aumentó el presupuesto destinado a la salud en esos años sino que además fue regresivo.

En el ámbito de la salud mental, el presupuesto se destina principalmente al Instituto Nacional de Psiquiatría, al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental y a los Servicios de Atención Psiquiátrica.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría, que es un organismo público descentralizado del Gobierno Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, agrupado en el Sector Salud, se le ha autorizado el siguiente presupuesto:

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA.		
2016	2017	2018
\$356,665,785.00	\$367,382,318.00	\$372,300,959.00

Al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, que además se encarga del CISAME-DF, se le asignó el siguiente presupuesto:

SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL.			
2015	2016	2017	2018
\$102,280,863.00	\$95,833,868.00	\$93,932,937.00	\$95,932,397.00

A los Servicios de Atención Psiquiátrica se le autorizó el siguiente presupuesto:

SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA				
UNIDAD	2015	2016	2017	2018
TOTAL	902,814,576.00	936,737,246	930,534,801.00	986,373,682.00
Oficina Central de los Servicios de Atención Psiquiátrica.	741,970,063.00	754,130,069.00	783,375,388.00	816,999,959.00
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.	66,821,334.00	73,958,859.00	58,599,552.00	75,983,123.00
Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro.	28,472,020.00	39,617,867.00	34,709,889.00	36,775,347.00
Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno.	48,947,786.00	48,638,989.00	34,577,487.00	35,359,987.00
Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc.	6,235,489.00	6,977,847.00	9,374,378.00	7,189,852.00
Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa.	5,017,449.00	6,772,417.00	6,084,437.00	6,581,348.00
Centro Comunitario de Salud Mental Zacatenco.	5,350,435.00	6,641,198.00	6,813,670.00	7,484,066.00

Como puede observarse, el presupuesto asignado al órgano administrativo desconcentrado denominado Servicios de Atención Psiquiátrica ha ido en aumento, con excepción del año 2017 en que disminuyó ligeramente, a pesar de ello es importante que el aumento

gradual en el presupuesto que se asigne al rubro de salud mental sea al menos conforme con la inflación anual para efecto de que la adquisición de bienes y la prestación de los servicios no se vean afectados. El sector Central es quien concentra la mayor parte de los recursos, seguidamente el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que recibe aproximadamente el doble de recursos que los otros dos Hospitales Psiquiátricos dependientes del órgano desconcentrado referido. Además, es evidente que los Centros Comunitarios de Salud Mental que proporcionan únicamente atención ambulatoria reciben una décima parte de los recursos que recibe el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

De acuerdo con Medina Mora, M.E., Real, T. y Amador, N.¹¹⁷, el reto es ampliar el presupuesto y la cobertura y modificar la manera en que se proporciona la atención con un énfasis comunitario y con un programa de detección, tratamiento y referencia en el primer nivel de atención, pero también acercar el tratamiento a los enfermos en donde el entendimiento de las barreras de la atención y la lucha contra el estigma, desempeñan un papel importante.

5.8 Los recursos humanos para los servicios públicos de salud mental:

De acuerdo con información proporcionada por la Secretaría de Salud en respuesta a la solicitud de información pública gubernamental con número de folio 0001200261418, las instituciones que dependen de los **SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA** al 2018 cuentan con el siguiente personal de Psicología:

¹¹⁷ Medina Mora, M.E., Real, T. y Amador, N. “La enfermedad mental en México”, Medina Mora, M.E., Sarti, E. J. y Real, T. (coord.) *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura*. México, ANM-Intersistemas, 2015, p. 17.

SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	
INSTITUCIÓN.	PSICÓLOGOS
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.	42
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JUAN N. NAVARRO.	66
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO.	28
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL CUAUHTÉMOC.	17
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL IZTAPALAPA.	8
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL ZACATENCO.	6
TOTAL	167

Asimismo, en la respuesta a la solicitud de información antes referida, se informa que el Centro Integral de Salud Mental (CISAME-DF) dependiente del **SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL** cuenta con 39 Psicólogos, y en la respuesta a la solicitud de información con número de folio 0001200330718, se indica que también cuenta con 20 Psiquiatras al 2018.

De acuerdo con la Base de Datos de Recursos de Salud y los servicios estatales de salud de 2014, de la Dirección General de Información en Salud, las dependencias de los **SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA** cuentan con el siguiente personal de Psiquiatría y camas censables:

SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA		
INSTITUCIÓN.	MÉDICOS PSIQUIATRAS.	CAMAS CENSABLES
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.	85	270
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JUAN N. NAVARRO.	31	96
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO.	34	175
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL CUAUHTÉMOC.	11	0
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL IZTAPALAPA.	9	0
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL ZACATENCO.	9	0
TOTAL	179	541

A continuación, presentaremos información, respecto al **INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA**, así como en otros **INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES FEDERALES**, que pese a no estar especializados en el área de la salud mental, prestan también servicios de psiquiatría o psicología a nivel de enlace, mismos que de acuerdo con la Base de Datos de Recursos de Salud y los servicios estatales de salud, de la Dirección General de Información en Salud, correspondiente al 2014, cuentan con el siguiente personal y camas censables:

INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD.			
INSTITUTO	MÉDICOS PSIQUIATRAS.	PSICÓLOGOS	CAMAS CENSABLES
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA	33*	34*	50*
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA	5	8	24*
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN.	3*	50*	0
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO.	5*	21	0
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA	0	24*	0
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN	7*	16*	0
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	2	13	0
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA	5	11	0
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA	2	3	0
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	0	8	0
INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA	0	0	0
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA GENÓMICA	0	0	0
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA	0	0	0
TOTAL	62	188	74

Hospitales Regionales y Federales de Referencia.			
HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD	MÉDICOS PSIQUIATRAS.	PSICÓLOGOS	CAMAS CENSABLES
HRAE del BAJÍO	1	4	0
HRAE de CHIAPAS	1	3	0
HRAE de CIUDAD VICTORIA	0	5*	0
HRAE de IXTAPALUCA	0	2	0
HRAE de OAXACA	1	4	0
HRAE de la PENÍNSULA DE YUCATÁN.	3*	0	0
HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA	-	-	-
HOSPITAL GENERAL DR MANUEL GEA GONZÁLEZ	2	12*	0
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO	9	26*	0
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	1*	6*	0
HOSPITAL DE LA MUJER	0	11*	0
HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO	0	2*	0
UNIDAD MÉDICO QUIRÚRGICA JUÁREZ CENTRO	0	0	0
TOTAL	18	75	0

*Información actualizada al 2018 con base en los datos obtenidos de las respuestas a las solicitudes de acceso a la información pública gubernamental bajo los siguientes números de folio: 1229500011418, 1223000016618, 1232900025418, 1220000013218, 1225000014618 y 1222600041318, respectivamente.

De acuerdo con la base de datos antes citada, en los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y los Hospitales Federales de Referencia, se cuenta con el siguiente personal de Psiquiatría y Psicología:

*Información actualizada al 2018 con base en los datos obtenidos de las respuestas a las solicitudes de acceso a la información pública gubernamental bajo los siguientes números de folio: 1221200013518, 1221300012818, 1219500017918, 1219700050318, 1219000015218 y 0001200261418, respectivamente.

Por otro lado, cabe señalar que en México existen un total de 340 Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) que son Unidades Medicas Especializadas en Adicciones en las que trabajan médicos, trabajadores sociales y psicólogos especializados en adicciones. En el caso de los Psicólogos hay un total de 690 trabajando en dichas Unidades. Dichos Centros han sido promovidos por la **COMISIÓN NACIONAL DE LAS ADICCIONES**, que es un órgano administrativo desconcentrado de la SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL. En contraste con lo anterior, al 2018 existen en México un total de 51 Centros Integrales de Salud Mental (UNEME-CISAME)¹¹⁸ que son Unidades Medicas Especializadas en Atención Primaria a la Salud Mental, en las que trabaja un equipo de profesionales de la salud mental integrado por Psicólogos, Psiquiatras, Enfermeras y Trabajadores Sociales.

En consecuencia, es evidente que el Estado Mexicano ha otorgado poca importancia a la atención primaria a la Salud Mental, ya que ha creado pocos centros de atención primaria a la salud mental en general, situación que es contraria a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, ya que desde el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México de 2011, se reconoció como un desafío el establecer los servicios de atención primaria como eje articulador de la atención en salud mental, por lo cual se recomendó fortalecer la atención primaria a la salud que incluya a las Unidades Especializadas de Atención en Salud Mental (UNEMES), así como buscar una adecuada coordinación con la red general de servicios.

5.9 Los derechos de las personas con trastornos mentales en la norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-2014.

¹¹⁸ Información recuperada de: <https://www.gob.mx/salud/documentos/ubicacion-uneme-cisame?idiom=es>.

De acuerdo con Carbonell¹¹⁹, la legislación secundaria en materia de derecho a la salud tiene un carácter sobre todo orgánico, referido más a las entidades públicas que deben prestar los servicios públicos de salud que a los ciudadanos sujetos de ese derecho, es decir que la legislación en materia de salud no configura verdaderas prerrogativas de los ciudadanos exigibles a los poderes públicos.

En el caso que nos ocupa, si bien la Ley General de Salud, que es la ley reglamentaria del derecho a la protección de la salud, contempla algunos derechos básicos de las personas que padecen algún trastorno mental, la mayoría de los derechos que se les deberían reconocer a tales personas no se han establecido en dicha Ley sino en la norma oficial mexicana **NOM-025-SSA2-2014**, donde en el artículo 9 se establece que las personas usuarias de los servicios de salud en unidades integrales de atención hospitalaria médico psiquiátrica, tendrán los siguientes derechos humanos:

9.1 *Recibir un trato digno y humano* por parte del personal de las unidades de atención integral médico-psiquiátrica independientemente de su diagnóstico, origen étnico, sexo, edad, ideología, condición de salud, social o económica, religión, preferencia sexual, estado civil o cualquier otra condición de persona, de acuerdo a lo señalado en las disposiciones jurídicas nacionales e internacionales aplicables en nuestro país.

9.2 *No ser objeto de discriminación* por su condición mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.

9.3 *Que a su ingreso a la unidad, se le informe a la persona usuaria, a la familia o a su representante legal, de las normas que rigen el funcionamiento de la unidad y se le dé a conocer el nombre del personal médico y de enfermería* encargado de su atención.

9.4 *Que se les proporcione un ambiente higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de atención médica profesional, alimentación y habitación con espacios seguros específicos para mujeres y hombres, respectivamente.*

¹¹⁹ Carbonell, M., *Los derechos fundamentales en México*, México, ed. Porrúa, 2012, p. 857.

9.5 *Tener alojamiento en áreas específicamente destinadas a tal fin*, con adecuada iluminación artificial y natural, con clima artificial donde así lo requiera para lograr la temperatura ideal, bien ventiladas, con el espacio necesario para evitar el hacinamiento y en condiciones de higiene.

9.6 *Recibir alimentación balanceada*, en buen estado y preparada en condiciones higiénicas, en cantidad y calidad suficiente que garanticen una adecuada nutrición, así como servida en utensilios limpios, completos y decorosos.

9.7 *Recibir vestido y calzado de calle el cual tendrá que ser higiénico, completo y apropiado* en cuanto a talla, edad y clima o tener autorización para utilizar los propios, si así lo desea. No portar uniforme hospitalario, con el objeto de ayudar a eliminar el estigma y favorecer la reinserción social.

9.8 *Tener acceso a los recursos clínicos, de laboratorio y de gabinete* para obtener un diagnóstico certero y oportuno, en condiciones similares a cualquier otro establecimiento para la atención médica.

9.9 *Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible para las personas usuarias y para su representante legal, con relación al diagnóstico médico, así como respecto de sus derechos y del tratamiento que se pretenda aplicar.*

9.10 *Recibir atención médica especializada*, es decir, por personal capacitado para el manejo y tratamiento de las personas usuarias con trastornos mentales y del comportamiento.

9.11 *Recibir atención multidisciplinaria de manera ética y con apego a las disposiciones internacionales aplicables a nuestro país en materia de derechos humanos.*

9.12 *Recibir medicación prescrita por especialistas*, lo cual debe quedar asentado en el expediente clínico.

9.13 *Que la información*, tanto la proporcionada por las personas usuarias o por sus familiares como la contenida en sus expedientes clínicos, *sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de confidencialidad* conforme la normativa aplicable.

9.14 *Ejercer su derecho a no otorgar su consentimiento informado, a negarse a participar o a suspender su participación como sujeto de investigación científica sin que ello demerite la calidad de su atención hospitalaria.*

9.15 *Solicitar reuniones con el equipo de profesionales que le estén tratando y si la persona usuaria lo considera pertinente, hacerse acompañar de alguna persona de su confianza.*

9.16 *Solicitar la revisión clínica de su caso.*

9.17 *Recibir atención médica oportuna en caso de sufrir una enfermedad no psiquiátrica y, de así requerirlo, tratamiento adecuado en una institución que cuente con los recursos técnicos para su atención.*

9.18 *Contar con una o un traductor que los apoye en las diversas actividades realizadas dentro de la unidad de atención médico-psiquiátrica, en el caso que únicamente hablen lengua indígena.*

9.19 *Recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de rehabilitación psicosocial y en su caso, elegir la tarea que desee realizar y gozar de la retribución que corresponda, en términos de las disposiciones que resulten aplicables.*

9.20 *Ser protegido/a contra toda explotación, abuso o trato degradante y, en su caso, denunciar por sí, o a través de un familiar o su representante legal, cualquier abuso físico, sexual, psicológico, moral o económico que se cometa en su contra.*

Cuando sea posible, conforme a las disposiciones aplicables y se requiera, *la familia podrá contar con apoyo de transporte de familiares para atención de urgencias.*

9.21 *Comunicarse libremente con otras personas que estén dentro de la institución; enviar y recibir correspondencia privada sin que sea censurada. Tener acceso a los medios de comunicación electrónica, así como a la prensa y otras publicaciones.*

9.22 *Tener comunicación con el exterior y recibir visita familiar.*

9.23 *Gozar de permisos terapéuticos para visitar a sus familias.*

9.24 *Recibir asistencia religiosa, si así lo desea.*

9.25 Obtener autorización del personal médico tratante o de la/el profesional autorizado y responsable para tal efecto, quienes pueden ser la/el director del establecimiento, la/el subdirector médico o la/el jefe del área de Psicología, *para salir de la unidad y relacionarse con su cónyuge, concubina/o, conviviente o pareja.*

9.26 *El aislamiento de las personas usuarias es innecesario y violatorio de los derechos humanos, por lo que no deben utilizarse para dicho fin, instalaciones de patios y cuartos de aislamiento en cualquiera de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.*

Como puede verse la Norma Oficial Mexicana que regula la atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica expande el catálogo de derechos contemplados en la Ley General de Salud, y enlista adecuadamente los derechos mínimos que debería gozar toda persona usuaria de dichos servicios, sin embargo lo correcto sería que la propia Ley antes citada los contemplara ya que si la misma reglamenta el derecho a la protección de la salud debería señalar las prerrogativas que se derivan del mismo para las personas que padezcan algún trastorno mental o del comportamiento.

Por otro lado, en la elaboración de las Norma Oficial Mexicana antes citada, no participaron las entidades federativas sino únicamente las autoridades federales, lo cual contraviene lo dispuesto por los artículos 43 y 44 de la Ley Federal de Metrología y Normalización que disponen que en la elaboración de normas oficiales mexicanas participarán, ejerciendo sus respectivas atribuciones, las dependencias a quienes corresponda la regulación del servicio, y al ser la salud mental materia de salubridad general hay concurrencia entre la federación y las entidades federativas en tal materia.

Además, al Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salud, de acuerdo con el artículo 13, apartado A, fracción I, no solamente le corresponde dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general, sino que también debe verificar su cumplimiento, por lo cual en el caso de la lista de derechos antes referida se debería verificar su observancia en los Hospitales y Unidades Psiquiátricas, ya que actualmente no existen áreas u oficinas de derechos

humanos al interior de las instituciones con Abogados especializados en Salud Mental que puedan asesorar jurídicamente a los pacientes y sus familiares en caso de que sus derechos sean vulnerados.

Por otro lado, sería importante que dicha norma contemplara el derecho a recibir atención psicológica especializada, es decir atención brindada por personal de Psicología especializado en Psicología Clínica, ya que ello es esencial para garantizar el Derecho a la Salud Mental de las personas, ya que no resulta conveniente que se imponga a todos los pacientes el modelo de atención psiquiátrico, basado principalmente en un tratamiento psicofarmacológico con escaso contacto médico-paciente y sin psicoterapia.

5.10 El derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica de las personas con discapacidad mental o intelectual:

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha generado un cambio de paradigma pasando de un modelo médico de discapacidad que atribuye las “deficiencias” al individuo a un modelo social que reconoce a la discapacidad como resultado de la interacción de la persona con las barreras sociales de su entorno. Cabe señalar que de manera tradicional no se les reconocía la capacidad jurídica de ejercicio a las personas con discapacidad mental o intelectual a quienes se sometía en muchas ocasiones a juicios de interdicción para anular su capacidad para celebrar actos jurídicos por sí mismos y se le sustituía su voluntad por la de un tutor quien toma las decisiones por la persona declarada incapaz.

De acuerdo con el Artículo 12 de la Convención antes referida las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida. Esto significa que los Estados deben adoptar las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica. Es decir que se pasa de un modelo de sustitución en la toma de decisiones a un modelo de apoyo en la toma de decisiones que no anula la voluntad del sujeto en discapacidad mental o intelectual, respetando de esa manera su autonomía.

Por tal motivo, los Estados están obligados a impedir los abusos sobre las personas con discapacidad no solo en su relación frente autoridad sino

también con relación a su propia familia, e incluso debe vigilarse que las salvaguardias que se adopten en el ejercicio de su capacidad jurídica se respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial.

Así, se establece que los Estados deberán tomar las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.

En consecuencia, las personas con trastornos mentales severos de carácter crónico que carezcan de la capacidad mental o intelectual para tomar decisiones por sí mismos no deben ser sustituidos por completo en la toma de sus propias decisiones en los juicios de interdicción o en los tratamientos médico-psiquiátricos o psicológicos a los que se someten, sino que debe escucharse su voz y apoyarle en la toma de sus propias decisiones respetando su propia individualidad y en la medida de lo posible tratar de remover las barreras sociales a las que se encuentran sujetos para de esa manera disminuir su grado de discapacidad y que sea capaz de tener una vida digna.

Ahora bien, tal como lo sostiene la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en el amparo directo 31/2018 y en el Amparo en revisión 251/2016, y como lo dispone la Observación General No. 6 del Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad para considerar que un individuo es una persona con discapacidad, no es necesario que la discapacidad se encuentre “fehacientemente acreditada”. A criterio de dicha Sala cualquier persona que de manera genérica padezca lo que comúnmente se denomina “enfermedad mental”, “problema de salud mental”, “padecimiento mental”, “enfermedad psiquiátrica”, o que presente una “deficiencia mental”, ya sea comprobada o no, y se enfrente con barreras sociales que le impiden participar de manera plena y efectiva, en igualdad de condiciones, debe ser considerada como persona con discapacidad.

5.11 La realidad social del ámbito de la salud mental en el eje de atención médico-psiquiátrica en México.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (**CNDH**), con el propósito de constatar y conocer la situación que prevalece en los hospitales psiquiátricos y los pacientes que estos albergan, durante 2011 y 2012, efectuó visitas de supervisión a 41 hospitales que brindan atención intrahospitalaria, ubicados en el Distrito Federal (ahora Ciudad de México) y los estados de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

De los 41 hospitales psiquiátricos visitados, tres de ellos son administrados por la Secretaría de Salud Federal (Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y Hospital de Psiquiatría “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, todos con residencia en la Ciudad de México) y uno es coordinado por ella (Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, con residencia en la Ciudad de México), tres bajo la responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (Hospital de Psiquiatría con Unidad Familiar Número 10 con residencia en la Ciudad de México, Hospital Psiquiátrico “Unidad Morelos” con residencia en la Ciudad de México y el Hospital Regional de Especialidad número 22, con residencia en Monterrey) y otro depende de la Secretaría de la Defensa Nacional (Departamento de Psiquiatría del Hospital Central Militar con residencia en la Ciudad de México); los 34 hospitales restantes dependen de las correspondientes Secretarías de Salud Locales y están ubicados en 25 estados de la República. Las entidades federativas de Guerrero, Morelos, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo, Tlaxcala y Ciudad de México, no cuentan con hospitales psiquiátricos locales que brinden atención intrahospitalaria.

De acuerdo con el **Informe Especial¹²⁰ de 2013 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre los Hospitales Psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y Estados de la República Mexicana**,

¹²⁰ Documento disponible en la página electrónica de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/informeEspecial_HospitalesPsig.pdf (Capturado el día 20 de Abril del 2018).

la capacidad instalada en los 41 hospitales visitados ascendió a 4,009 camas censables. Del total, 777 camas se encuentran en hospitales que dependen del Gobierno Federal, cuya población al momento de las visitas ascendía a 669 pacientes internados, de los cuales 371 son hombres y 252 mujeres, así como 46 menores, 22 de ellos mujeres y 24 hombres; mientras que en los establecimientos bajo la competencia de los gobiernos estatales existen 3,232 camas, con una población de 2,474 pacientes, entre los cuales se encuentran 1,278 hombres y 1,187 mujeres, así como 9 menores, 4 de ellos hombres y 5 mujeres.

En dicho informe, como consecuencia de las visitas de supervisión Psiquiátrica efectuadas, la CNDH reportó la existencia de hechos que contravienen diversas normas nacionales e internacionales en materia de derechos humanos en agravio de las personas con padecimientos mentales internos en los hospitales psiquiátricos del país, relativos al trato digno, legalidad y seguridad jurídica, protección de la salud e integridad personal, como a continuación se expone:

A. Hechos que contravienen el trato digno:

a). En septiembre de 2011 personal del Hospital Psiquiátrico “Villa Ocaranza” en Tolcayuca, Hidalgo, informó que una paciente internada en el hospital fue víctima del delito de **violación equiparada** agravada por parte de un servidor público adscrito a esa institución. Con motivo de estos hechos se dio vista a la representación social y se inició la indagatoria correspondiente, y una vez concluida se ejerció acción ante el Juzgado Penal del Distrito Judicial de Tizayuca, donde se encuentra en trámite el caso bajo la causa penal 193/2011.

b). En el Hospital de Salud Mental, en la ciudad de Chihuahua, se aplican **medidas de aislamiento** hasta por cuatro días como parte del tratamiento; incluso, se tuvo conocimiento de que un paciente permaneció más de 90 días en esas condiciones; en el hospital de Oaxaca, tales medidas se imponen como **sanción disciplinaria** a los pacientes que presentan conductas violentas.

c). En la Unidad de Atención a la Salud Mental de Chiapas; los hospitales “Dr. Samuel Ramírez Moreno” y “Dr. Juan N. Navarro”, ambos en el Distrito

Federal (Ahora Ciudad de México); la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, en Nuevo León, y en la Unidad Hospitalaria de Salud Mental, en Xalapa, Veracruz, que no son instituciones de carácter asilar, existen **pacientes crónicos con grave deterioro mental que permanecen hospitalizados** porque no cuentan con familiares ni instituciones que se hagan cargo de ellos.

d). Al respecto, cabe mencionar que en el hospital “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, ubicado en el Distrito Federal (Ahora Ciudad de México) se observó que hay 155 pacientes que se encuentran en la situación antes referida, incluso varios de ellos llevan más de 10 años, mientras que en el hospital “Dr. Juan N. Navarro”, también en el Distrito Federal, hay 13 mujeres adultas que ingresaron cuando eran menores de edad.

e). En la Unidad de Atención a la Salud de Chiapas; el Hospital de Salud Mental de la ciudad de Chihuahua, y en la Unidad Hospitalaria de Salud Mental, en Xalapa, Veracruz, **no cuentan con un área de visita familiar**, por lo que se habilitan diversos espacios para llevarla a cabo; en algunos casos no existen mesas ni sillas.

f). Se observó **deterioro y falta de mantenimiento en las instalaciones** y el mobiliario de varios hospitales, particularmente, en la estancia y patio de la sala de mujeres en el Hospital de Salud Mental, en la ciudad de Chihuahua; una pared del comedor presenta daños en la estructura, en el de Guanajuato; el área de cocina, la estantería y mobiliario en el de Orizaba, en Veracruz; las camas están oxidadas y los colchones rotos, en el de Parras, en Coahuila, y en el de Colima; las marmitas y la cámara de refrigeración no funcionan en el hospital “Dr. Juan N. Navarro”, en el Distrito Federal (Ahora Ciudad de México); asimismo, se encuentran deterioradas las mesas del comedor en la “Granja la Salud Tlazolteotl”, en el Estado de México; las sillas y mesas del comedor en el de Puebla; las camas y colchones en el de Sinaloa; así como las regaderas en el de Sonora.

g) También se detectó que el hospital de Colima **carece de sala de ludoterapia y de ropa de cama para los pacientes**, y que en la “Unidad Morelos” del IMSS, en el Distrito Federal (Ahora Ciudad de México), **existen cucarachas en la cocina**.

h) En el hospital de Oaxaca, las **raciones de comida** que se proporcionan a los pacientes son **insuficientes debido al desabasto de insumos** para su preparación.

i) En el hospital de Zacatecas, **no se proporciona vestido ni calzado a los pacientes.**

B. Hechos que contravienen la legalidad y la seguridad jurídica:

a) En el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California; en el hospital “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, en el Distrito Federal (Ahora Ciudad de México); y en el hospital de Oaxaca, **no se permite a los pacientes realizar llamadas telefónicas.**

b) En los hospitales de Baja California Sur; de Salud Mental, en la ciudad de Chihuahua; “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, en el Distrito Federal (Ahora Ciudad de México); y de Puebla, **se restringe a los pacientes el acceso de material de lectura**, particularmente periódicos y revistas; además, en el hospital “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, **los pacientes no tienen acceso a la radio ni a la televisión.**

c) En los hospitales de Baja California Sur; Chiapas; de Chihuahua y de Ciudad Juárez, en Chihuahua; de Salud Mental en Saltillo, Coahuila; Colima; “Unidad Morelos”, en el Distrito Federal (Ahora Ciudad de México); de Durango; “Dr. Adolfo M. Nieto” en el Estado de México; de Hidalgo; Michoacán; Regional de Especialidad número 22, en Nuevo León; de Oaxaca; Clínica Psiquiátrica, en San Luis Potosí; Tabasco; Centro Estatal de Salud Mental de Matamoros, en Tamaulipas; Unidad Hospitalaria de Salud Mental de Xalapa, en Veracruz, y de Yucatán, **los casos de ingreso involuntario**, es decir, aquellos que no cuentan con el consentimiento del paciente, **no se notifican al Ministerio Público** como lo ordena la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, en el numeral 4.4.2.

d) En el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California **no existe constancia o registro de las notificaciones a la autoridad ministerial sobre los ingresos involuntarios.** Al respecto, el responsable del establecimiento señaló que cuando se presenta un caso la notificación se realiza telefónicamente.

e) En el hospital “Dr. Adolfo M. Nieto”, en el Estado de México, así como en los hospitales de Michoacán, Oaxaca y Tabasco, **los expedientes clínicos** de los pacientes hospitalizados por ingreso involuntario, **no contienen información en la que conste si**, una vez que la condición mental del paciente lo permite, se hace de su conocimiento el tipo de internamiento con la finalidad de que **otorgue el consentimiento para que su estancia sea voluntaria**.

f) En el hospital de Tabasco, **los expedientes clínicos** de los pacientes que ingresan de forma involuntaria **no cuentan con el consentimiento informado del familiar**; en el hospital de Yucatán **no se registra el tipo de ingreso**, mientras que en el de Michoacán **no tienen la indicación del psiquiatra** ni las valoraciones del **internista y el anestesiólogo**, en los casos en los que se aplica la **terapia electroconvulsiva**.

g) En el hospital de Zacatecas, el documento que utilizan para formalizar el otorgamiento del consentimiento informado **no contiene los datos sobre el tratamiento que se aplicará al paciente**, ni espacio para alguna anotación.

h) Por otra parte, en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California; el hospital Psiquiátrico de Baja California Sur; la Unidad de Atención a la Salud Mental de Chiapas; el hospital “Dr. Juan N. Navarro”, en el Distrito Federal (Ahora Ciudad de México); el hospital de Durango; en el Centro de Atención Integral en Salud Mental, en Zapopan, Jalisco; el hospital de Sonora; los dos de Tamaulipas; la Unidad Hospitalaria de Salud Mental, en Xalapa, Veracruz, y el hospital de Zacatecas, **el formato que se utiliza para el consentimiento informado no contiene datos sobre el diagnóstico, el tratamiento propuesto, la duración, los riesgos y secuelas que ocasionará el mismo**.

i) Asimismo, **el documento para formalizar el consentimiento informado** que se utiliza en el Instituto Nacional de Psiquiatría, en el Distrito Federal (Ahora Ciudad de México), **exime de toda responsabilidad al hospital y a su personal por cualquier efecto desfavorable**, inesperado, lo mismo que en el del hospital de Sonora, en caso de que se presente alguna situación con motivo de la atención, prevención, tratamiento o método de rehabilitación.

C. Hechos que contravienen la protección de la salud:

a) De acuerdo con la información proporcionada por los servidores públicos responsables de los hospitales visitados, **en la mayoría de estos es insuficiente el personal adscrito y requieren de los servicios de psiquiatras, paidopsiquiatras, internistas, neurólogos, geriatras, odontólogos, anesthesiólogos, médicos generales, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales y/o personal de enfermería**, entre otros. En esta condición se encuentran los hospitales de Aguascalientes; el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California; el de Baja California Sur; la Unidad de Atención a la Salud Mental de Chiapas; el de Ciudad Juárez, en Chihuahua; el Hospital de Salud Mental, en la ciudad de Chihuahua; el hospital de Parras, en Coahuila; el de Colima; el Departamento de Psiquiatría del Hospital Central Militar y los hospitales “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, “Fray Bernardino Álvarez”; Unidad Familiar No. 10 del IMSS, “Dr. Juan N. Navarro” y “Unidad Morelos” del IMSS, todos en el Distrito Federal (Ahora Ciudad de México); el de Durango; el “José Sayago” y el “Granja la Salud Tlazolteotl”, en el Estado de México; el Centro de Atención Integral a la Salud Mental, en Guanajuato; el de Hidalgo; los dos de Jalisco; el de Michoacán; el Hospital Regional de Especialidad número 22 y la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, en Nuevo León; el de Oaxaca; el de Puebla; la Clínica Psiquiátrica, en San Luis Potosí; el de Sinaloa; el de Sonora; el de Tabasco; los dos de Tamaulipas; los dos de Veracruz; el de Yucatán y el de Zacatecas.

b) **La falta de personal profesional y/o de un equipo en buenas condiciones**, impide que en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California; en el hospital de Guanajuato; en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, en Nuevo León, y en el hospital de Sinaloa **se aplique terapia electroconvulsiva**; en el de Ciudad Juárez, en Chihuahua; en el de Oaxaca y en el de Puebla **no se proporcione terapia familiar**, y en el “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, en el Distrito Federal (Ahora Ciudad de México), **no funcione el taller de ludoterapia ni se aplique terapia física a los pacientes**.

c) En la Unidad de Atención a la Salud Mental de Chiapas y en el hospital de Ciudad Juárez, en Chihuahua, **no se llevan a cabo programas de prevención de enfermedades para los pacientes crónicos debido a la falta de presupuesto**.

d) En los hospitales de Chiapas; de la ciudad de Chihuahua; “Dr. Samuel Ramírez Moreno” y “Fray Bernardino Álvarez”, en el Distrito Federal (Ahora Ciudad de México); Durango; Hidalgo; el Centro de Atención Integral en Salud Mental, en Zapopan, Jalisco; Michoacán; Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, en Nuevo León; Oaxaca; Tampico, en Tamaulipas, y la Unidad Hospitalaria de Salud Mental, en Xalapa, Veracruz, **los medicamentos del cuadro básico y/o psiquiátricos son insuficientes debido a retrasos en el abasto o no son surtidos, lo que provoca que los familiares de los pacientes tengan que suministrarlos.**

e) La Unidad de Atención a la Salud Mental de Chiapas, **carece de equipo de electroencefalografía, así como áreas de urgencias, laboratorio de análisis clínicos, rayos X y odontología.**

f) De la investigación realizada también se desprende que el Distrito Federal (Ahora Ciudad de México), Guerrero, Morelos, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo y Tlaxcala, no cuentan con hospitales que brinden atención intrahospitalaria.

D. Hechos que contravienen la integridad personal:

a) Los servidores públicos entrevistados por la CNDH en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California; el hospital de Ciudad Juárez, Chihuahua; el hospital de Parras, en Coahuila; “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, en el Distrito Federal (Ahora Ciudad de México); el hospital de Hidalgo; el de Michoacán; el de Oaxaca; el de Puebla; el de Sonora; la Unidad Hospitalaria de Salud Mental, en Xalapa; y el hospital de Orizaba, en Veracruz, manifestaron que **requieren mayor número de personal de seguridad para realizar las tareas de vigilancia en forma adecuada.**

b) Asimismo, de acuerdo con la información que se allegó la CNDH, en la mayoría de los hospitales psiquiátricos, **el personal no ha recibido capacitación en materia de derechos humanos o prevención de la tortura durante el último año**, específicamente en los hospitales siguientes: Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California; el de Baja California Sur; de Campeche; la Unidad de Atención a la Salud Mental de Chiapas; los dos de Chihuahua; el de Colima; “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, “Fray Bernardino Álvarez”, Unidad Familiar No. 10 del IMSS, “Dr. Juan N. Navarro”, “Unidad Morelos” del IMSS y el Instituto Nacional de Psiquiatría, en el Distrito Federal (Ahora Ciudad de México); el de Durango;

“Granja la Salud Tlazolteotl”, en el Estado de México; Centro de Atención Integral a la Salud Mental, en Guanajuato; el de Hidalgo; el Centro de Atención Integral en Salud Mental, en Zapopan, Jalisco; el de Michoacán; los tres de Nuevo León; el de Oaxaca; el de Sinaloa; el de Sonora; Centro Estatal de Salud Mental de Matamoros, en Tamaulipas; la Unidad Hospitalaria de Salud Mental, en Xalapa, Veracruz, el de Yucatán y el de Zacatecas.

c) En los hospitales de Baja California Sur, Michoacán y Sinaloa, **no existen criterios de clasificación para designar el área de estancia de los pacientes en los pabellones**; es decir, no se toman en cuenta las características o el estado de evolución del padecimiento para evitar riesgo de abusos o maltrato hacia ellos o en contra de otros pacientes.

d) En la Unidad Hospitalaria de Salud Mental, en Xalapa, Veracruz, el pabellón de hombres **no cuenta con rampas para facilitar el acceso de las personas con discapacidad física** y el piso es resbaladizo.

e) El hospital de Ciudad Juárez, Chihuahua, **no cuenta con un área o sección específica para alojar a los adultos mayores**, mientras que en el de Salud Mental, en la ciudad de Chihuahua, el área que aloja a estas personas se encuentra en un segundo nivel, por lo que se dificulta el acceso de los pacientes dado que tienen que usar escaleras, particularmente porque la mayoría de ellos presenta discapacidad motriz, lo que se agrava debido a que el establecimiento **no cuenta con sillas de ruedas ni bastones suficientes**.

f) En el hospital de Sonora, **se niega la atención psiquiátrica a las personas que además de su padecimiento mental, viven con VIH/SIDA**.

g) Con relación a la normatividad aplicable a los hospitales visitados, se obtuvo información en el sentido de que **la mayoría de ellos carece de un reglamento interno aprobado, de manuales de organización o de procedimientos**, tal como lo exige la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, en los numerales 4.2.9 y 4.2.10.

h) No cuentan con reglamento interno ni con manuales de organización y de procedimientos los hospitales de la Unidad Familiar No. 10 y “Dr. Juan N. Navarro”, en el Distrito Federal (Ahora Ciudad de México), así como los

de Hidalgo, Regional de Especialidad número 22 y el de Psiquiatría del Hospital Universitario, en Nuevo León, así como el de Orizaba, en Veracruz.

i) Carecen de reglamento interno y de manual de procedimientos los hospitales de Baja California Sur; “Unidad Morelos” del IMSS, en el Distrito Federal; Guanajuato y Puebla.

j) No existe reglamento interno ni manual de organización en el hospital de Oaxaca, mientras que los de Sonora y Tabasco carecen de manual de procedimientos.

k) No hay reglamento interno en los hospitales de Aguascalientes; Campeche; los dos de Chihuahua; Centro Estatal de Salud Mental, en Saltillo, Coahuila; “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, en el Distrito Federal (Ahora Ciudad de México); Centro de Atención Integral en Salud Mental, en Zapopan, Jalisco; Michoacán; San Luis Potosí y la Unidad Hospitalaria de Salud Mental, en Xalapa, Veracruz.

l) Asimismo, no cuentan con manual de organización ni de procedimientos los hospitales de Parras, en Coahuila; Centro Estatal de Salud mental de Matamoros, en Tamaulipas, y de Colima.

Tomando en consideración que de acuerdo con Ansolabehere, K., Robles, J.R., Saavedra, Y. Serrano, S. y Vázquez, D. ¹²¹*una violación a derechos humanos está generalizada cuando hay un alto número de casos, se practica de forma extendida en un territorio determinado –en este caso, el nacional-, y se realiza en un marco de impunidad,* podemos señalar que tal y como se desprende del informe especial de la CNDH sobre la visita de supervisión a las instituciones psiquiátricas de nuestro país, la violación de derechos humanos de los pacientes es masiva o generalizada, ya que prácticamente en todos los hospitales psiquiátricos del país sean federales o estatales existen violaciones a los derechos humanos de los pacientes, y dicha situación ocurre en un marco de indiferencia y abandono por parte el Estado Mexicano quien ha hecho muy poco por remediar la situación. Además, tampoco es una situación nueva ya que ha existido desde siempre en las instituciones psiquiátricas de México y del mundo, sobre todo en los

¹²¹ Ansolabehere, K., et al., *Violaciones, derechos humanos y contexto: herramientas propuestas para documentar e investigar. Manual de Análisis de Contexto para casos de violaciones a los derechos humanos.* México, Flacso-México, 2017, p. 43.

modelos asilares y custodiales donde los internamientos son prolongados y en malas condiciones.

Si bien la visita efectuada por la CNDH se realizó en 2011 y 2012, la situación actual no es muy diferente ya que en los periódicos constantemente se dan a conocer noticias en las que se denuncia que en los Hospitales Psiquiátricos u Hospitales Generales no cuentan con camas suficientes para la hospitalización de pacientes que ameritan internamiento y además que existe desabasto de medicamento y falta de un mayor número de profesionales de la salud mental en los servicios públicos de salud, y aún no se ha logrado la cobertura geográfica total de la atención a la salud mental, ya que incluso algunas entidades federativas no cuentan con centros de atención a la salud mental ambulatorios o centros para el internamiento de pacientes en situación de crisis. Además, en el Informe de Diciembre del 2018 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura la Comisión Nacional de los Derechos Humanos constató que prevalecen diversas violaciones a los derechos humanos de las personas que se encuentran en internamiento en las instituciones psiquiátricas públicas.

El Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental se ha propuesto remediar los diversos problemas existentes en los Hospitales Psiquiátricos disfuncionales, mediante la creación de una reforma psiquiátrica a partir del 2006 que busca implementar el Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental a nivel nacional, ya que se basan en una experiencia exitosa que ocurrió en el Estado de Hidalgo donde a partir del año 2000 se sustituyó un hospital psiquiátrico por unas villas de transición hospitalaria y dos casas de medio camino en Pachuca, fundándose en los ideales de Miguel Hidalgo promoviendo la libertad y autonomía de los pacientes así como sus derechos humanos, sin embargo la implementación de dicho modelo de atención no ha estado exenta de polémica y problemas ya que muchos empleados y líderes sindicales se han opuesto a dicho cambio en el modelo de atención, e incluso han exigido la destitución de las Directoras de los nuevos modelos de atención en el Estado de México y Yucatán.

Por otro lado, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental cuenta con un Centro Integral de Salud Mental en la Ciudad de México (CISAME -DF) que ofrece servicios de detección, atención, tratamiento y rehabilitación en salud mental gratuitos con la visión de constituirse en un centro modelo en el cual se trabaja con las metas y perspectivas del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.

Respecto al presupuesto que se le ha asignado al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, el mismo

Finalmente, cabe señalar que de acuerdo con el Sistema Nacional de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General, a Marzo del 2018, únicamente se encuentran certificadas dos instituciones psiquiátricas públicas entre las que se encuentran el *Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez* y el *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*, ambos ubicados en la Ciudad de México, así como dos instituciones psiquiátricas privadas como lo son el Sanatorio Psiquiátrico del Carmen ubicado en la Ciudad de México y el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios con sede en Zapopan, Jalisco, lo que garantiza estándares de calidad y seguridad del paciente.

No obstante lo anterior, la certificación de los establecimientos psiquiátricos no garantiza que los servicios públicos de salud mental que se brindan en dichas instituciones sean totalmente acordes con el derecho a la protección de la salud ya que por ejemplo a los pacientes que se atienden en el área de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez no se les suministran los medicamentos, por lo cual deben comprarlos. Dicha situación resultó en parte debido a que el Seguro Popular no cubrió los servicios prestados en instituciones de tercer nivel dependientes de la Secretaría de Salud Federal. Y por otra parte, también obedece a la poca importancia que dio la Secretaría de Salud a que dichas instituciones contaran con medicamentos para la población abierta.

5.12 Informe del 2011 de la Evaluación del sistema de salud mental de México a través del Instrumento de Evaluación de sistema de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS).

De acuerdo con el Informe de 2011 de la evaluación del sistema de salud mental en México, misma que se realizó utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS), en el que participaron el Instituto Nacional de Psiquiatría, la Secretaría de Salud y la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, nuestro país enfrenta los siguientes retos y desafíos que debe afrontar para mejorar la atención a la salud mental:

- a) Mejorar la capacitación:** Para contar con un personal capacitado en la atención primaria, resulta necesario mejorar la capacitación en salud mental de los profesionales y técnicos. De acuerdo con los resultados de la evaluación, las horas dedicadas a temas de salud mental durante la formación resultan escasas, ejemplo de ello es que en la carrera de medicina se le dedica el 4%, en enfermería el 3% y en otras carreras como trabajo social, no más del 5%. La actualización del personal también es escasa ya que, en los dos últimos años, sólo 11% de los médicos, 5% de las enfermeras y 7% de otros trabajadores han recibido actualización en salud mental.
- b) Fortalecer los programas de promoción y prevención en salud mental:** Estos programas se deberán dirigir principalmente a los grupos en mayor riesgo.
- c) Establecer los servicios de atención primaria como eje articulador de la atención en salud mental:** Además de la capacitación antes mencionada, resulta necesario fortalecer la atención primaria a la salud que incluya a las Unidades Especializadas de Atención en Salud Mental (UNEMES), así como buscar una adecuada coordinación con la red general de servicios.
- d) Disminuir el porcentaje de admisiones involuntarias:** Dicha situación podría cambiar, si se logra fomentar la detección y atención temprana de los trastornos.
- e) Utilizar los resultados del instrumento IESM-OMS como línea base para monitorear las reformas del sistema de salud mental:** Los indicadores recopilados para dicho informe pueden convertirse en una línea base de la accesibilidad y calidad de la atención y que orienten el monitoreo de los mismos en los años sucesivos. Además es una oportunidad para homogeneizar los criterios para la recopilación de datos, que contribuyan a la construcción de un sistema nacional de información en salud mental.
- f) Ampliar las atribuciones de la Comisión de Derechos Humanos:** En la actualidad, la Comisión Nacional de Derechos Humanos únicamente puede hacer recomendaciones a las diversas instituciones del país, pero no tiene la capacidad de obligar al

cumplimiento de estas observaciones. Uno de los desafíos es dotar de mayores atribuciones a la Comisión para que las recomendaciones se lleven a cabo.

- g) Ampliar la atención de la salud mental en hospitales generales y reducir las camas en hospitales psiquiátricos:** la ampliación de servicios de psiquiatría en los hospitales generales, para la atención de pacientes con trastornos mentales en fase aguda, en urgencias, consulta externa y hospitalización breve es necesaria. Sería recomendable incrementar la consulta ambulatoria en hospitales psiquiátricos para la atención de pacientes con trastornos mentales graves y crónicos, de tal forma que se reduzca el número de camas y se fortalezcan las intervenciones psicosociales.

- h) Mejorar los programas de rehabilitación y reinserción de los pacientes:** Es necesario instrumentar un mayor número de programas de rehabilitación, tanto dentro como fuera de las unidades hospitalarias; por ejemplo, salidas terapéuticas, talleres protegidos, casas de medio camino, residencias para adultos mayores, entre otras. Con acciones de este tipo se pueden disminuir las hospitalizaciones, los reingresos y el estigma asociado a este tipo de padecimientos.

- i) Consolidar la protección social en salud mental.** Es conveniente mantener actualizadas las intervenciones de salud mental prioritarias, la ampliación de servicios de salud mental dentro de la red de salud, la acreditación y certificación de los establecimientos y servicios de salud mental, además de brindar cobertura integral a los pacientes con trastornos mentales y con discapacidad.

- j) Incrementar el financiamiento de operación e inversión en salud mental.** En consideración al rezago en la infraestructura y financiamiento, es necesario aprovechar las aportaciones del sistema de protección social en salud y de las fuentes alternas para asignar mayores recursos tanto a los programas como a los servicios comunitarios y de psiquiatría en hospitales generales. Sería recomendable crear un fondo para medicamentos psicotrópicos.

- k) Fortalecer y fomentar la interacción con terapeutas de otras medicinas:** Debido a la gran diversidad cultural que existe en México,

es frecuente que la población utilice de manera conjunta los servicios proporcionados por la medicina alópata, los otorgados por la medicina tradicional mexicana y los brindados por las medicinas alternativas. Por lo anterior, podría resultar muy enriquecedor desarrollar estrategias para lograr una articulación entre estos diversos saberes médicos y así ofrecer una atención de la salud mental más plural y acorde a las necesidades y demandas de la población.

- 1) **Fortalecer los vínculos entre las asociaciones de familiares/usuarios con el sector salud:** Resulta necesario establecer vínculos más sólidos entre el sector salud y las asociaciones de usuarios y familiares, de tal manera que estas últimas puedan tener una participación más proactiva en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de Salud Mental.

5.13 Las propuestas de reforma al sistema de atención a la salud mental:

Es importante, tomar en consideración que desde la **DECLARACIÓN DE ALMA ATA DE 1978**, los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud se comprometieron a considerar a la Atención Primaria de Salud como la clave para que en el año 2000 todos los pueblos tuvieran un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva.

En dicha Declaración, se consideró que la Atención Primaria a la Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Asimismo, en la **DECLARACIÓN DE CARACAS DE 1990**, de la Organización Panamericana de la Salud de la OMS, se estableció que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva, por lo cual los Estados Miembros se comprometieron a reestructurar la Atención Psiquiátrica ligándola a la **Atención Primaria a la Salud** y en los marcos de los sistemas locales de salud promover modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales, revisando el papel hegemónico y centralizador del Hospital Psiquiátrico en la prestación de servicios.

De igual forma, en la **DECLARACIÓN DE MÉXICO PARA LA REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE 2006**, se declaró que resulta imperioso incrementar los esfuerzos nacionales y regionales conducentes al fortalecimiento de los procesos de reforma de la atención psiquiátrica convencional para superar el tradicional déficit en la atención integral en salud mental y adecuar la legislación nacional para que la implementación de modelos alternativos de base comunitaria sea posible en nuestro país.

Recientemente, en la **DECLARACIÓN DE ASTANÁ DE 2018**, los estados miembros de la OMS, se comprometieron a fortalecer los sistemas de salud mediante inversiones en la Atención Primaria de la Salud. La **Salud Mental** se menciona entre la amplia variedad de servicios y cuidados que se ofrecerán en dicho nivel de atención.

Asimismo, señalaron que la Atención Primaria de la Salud será accesible, equitativa, segura, de alta calidad, integral, eficiente, aceptable, asequible, estará disponible y prestará servicios integrados y continuos centrados en la persona y tendrá en cuenta las cuestiones de género. También indicaron que los Estados se esforzarán por evitar la fragmentación y garantizar un sistema funcional de derivación entre la atención primaria y otros niveles de atención.

5.14 El informe de 2018 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT) de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

En Diciembre de 2018, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, publicó un informe del **Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT)**, relativo a la visita que se realizó en mayo y junio de ese año a 39 instituciones que dependen de los gobiernos federal y estatal del país, y que

brindan atención intrahospitalaria para examinar, desde su ingreso y durante el tiempo que permanecen las personas privadas de la libertad, el trato y las condiciones de internación. Los resultados de dicho informe son alarmantes, ya que se destacó que en 43.58% de los hospitales visitados se utilizan medidas de aislamiento como parte del tratamiento o como medida de contención, lo que es innecesario y violatorio de los derechos humanos; en 66.66% existen deficiencias en el mantenimiento e higiene de las instalaciones, afectando la calidad en la prestación del servicio médico e impiden que las y los pacientes sean alojados en condiciones de estancia digna; en 10.25% hay hacinamiento, considerado como trato cruel, inhumano o degradante; en 25.64% las personas internas carecen de vestido, calzado y ropa de cama.

Asimismo, se percibieron deficiencias en 20.51% de los hospitales respecto del consentimiento informado de ingreso involuntario; en 35.89% no se implementan medidas específicas para garantizar estancia digna y segura a las personas con padecimientos mentales; en 38.46% las y los pacientes no pueden realizar llamadas telefónicas ni leer revistas ni periódicos; 7.69% tienen deficiencias en la integración de los expedientes clínicos; en 25.64% faltan manuales y reglamentos de procedimiento; en 82.05% hay carencias en programas preventivos de enfermedades y tratamientos, equipo médico y medicamentos; en 79.46% el personal médico es insuficiente; 48.71% no cuenta con personal suficiente de seguridad; 53.84% no tiene personal capacitado en derechos humanos, 43.58% requiere de infraestructura para facilitar la accesibilidad de grupos de personas mayores o con algún tipo de discapacidad física o psicosocial.

Por tal motivo, el MNPT recomendó a las autoridades destinatarias del Informe no realizar, bajo ninguna circunstancia, el aislamiento de los pacientes; invertir en el mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones para que ofrezcan estancia digna y evitar el hacinamiento; contar con vestido, calzado y condiciones de higiene necesarios; llevar a cabo un análisis de factibilidad que pondere la creación de una figura jurídica que considere alternativas de solución a diferentes problemas, como instaurar un área de salud mental para personas que ingresaron por orden judicial.

También recomendó garantizar el derecho de las y los pacientes a decidir libremente si se someten a un tratamiento médico, clasificarles en salas y dormitorios específicos, y permitirles el acceso a medios de comunicación y servicio telefónico para tener contacto con el exterior;

integrar adecuadamente sus expedientes clínicos; elaborar y expedir reglamentos y manuales de procedimiento para regular las actividades de los hospitales; las personas del servicio público que conozcan de maltrato o tortura que sufra alguna persona interna deben denunciar el hecho ante el Ministerio Público; dotar a los psiquiátricos de medicamentos, equipo y personal médico y de seguridad suficiente para resguardar la integridad física de las personas internas.

Del total de las instituciones supervisadas por el MNPT, las que obtuvieron un mayor número de factores de riesgo son el Hospital Psiquiátrico del Estado de Baja California Sur en La Paz, la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud del Estado de Nuevo León, el Hospital Regional de Especialidad número 22 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey Nuevo León y el Hospital General de Ixtlahuacan -Pabellón Psiquiátrico Colima-, mientras que las que obtuvieron un menor número de factores de riesgo son el Centro Integral de Salud Mental en San Pedro del Monte en León, Guanajuato, el Hospital Psiquiátrico en el Estado de Campeche, el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” en la Ciudad de México y el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz” en la Ciudad de México.

5.15 Los objetivos propuestos por la OMS en su plan de acción sobre salud mental 2013-2020.

En Mayo del 2012, la 65 Asamblea Mundial de Salud adoptó la resolución WHA65.4 sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países. En dicha resolución se pidió a la Directora General, entre otras cosas, que en consulta con los Estados Miembros (entre los cuales se encuentra México) preparara un plan de acción integral sobre salud mental que abarcara los servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas. Los objetivos propuestos por la OMS son los siguientes:

Objetivo 1: Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.

1.1 La planificación, organización y financiación de los sistemas de salud es una tarea compleja que requiere la participación de múltiples

partes interesadas y de diferentes niveles administrativos. Como protectores máximos de la salud mental de la población, los gobiernos son los principales responsables de poner en marcha **arreglos institucionales, jurídicos, financieros y de servicios** apropiados para garantizar que se atienden todas las necesidades y se fomenta la salud mental de la totalidad de la población.

- 1.2 La gobernanza no trata únicamente del gobierno, sino que se extiende a sus relaciones con las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil. La existencia de una **sociedad civil fuerte**, y en particular de organizaciones de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales y de familiares y cuidadores, puede ayudar a formular políticas y leyes y a crear servicios de salud mental más eficaces, con mayor rendición de cuentas y en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.
- 1.3 Entre los factores esenciales para formular políticas y planes eficaces en materia de salud mental se encuentran el **liderazgo fuerte** y el **compromiso de los gobiernos**; la **implicación de las partes interesadas**; la definición clara de áreas de acción; la formulación de acciones basadas en evidencias y fundamentadas desde el punto de vista financiero; la prestación de atención explícita a la equidad; el **respeto a la dignidad y a los derechos humanos** de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, y la protección de los grupos vulnerables y marginados.
- 1.4 Las respuestas serán más sólidas y eficaces si las intervenciones de salud mental están firmemente integradas en las políticas y los planes nacionales de salud. Además, con frecuencia es necesario elaborar políticas y planes específicos de salud mental que ofrezcan orientaciones más detalladas.
- 1.5 La legislación sobre salud mental, tanto si se aborda en un documento legislativo independiente como si está integrada en otras leyes sobre salud y capacidad, debe codificar los principios, valores y objetivos fundamentales de la política de salud mental, por ejemplo estableciendo mecanismos legales y de supervisión para fomentar los derechos humanos y desarrollar en la comunidad servicios de salud y sociales accesibles.
- 1.6 Las políticas, planes y leyes sobre salud mental deben cumplir con las obligaciones dimanantes de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y de otras convenciones internacionales y regionales de derechos humanos.

- 1.7 La incorporación más explícita de las cuestiones de salud mental a otros programas y alianzas sanitarias prioritarias (por ejemplo, VIH/sida, salud de la mujer y el niño, enfermedades no transmisibles o Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario), así como a las políticas y legislaciones de otros sectores pertinentes (por ejemplo, los que se ocupan de la educación, empleo, discapacidad, justicia, protección social y de los derechos humanos o reducción de la pobreza y desarrollo), es un medio importante para atender los requisitos multidimensionales de los sistemas de salud mental y debería permanecer en el núcleo de los esfuerzos de liderazgo de los gobiernos para mejorar los servicios terapéuticos, prevenir los trastornos mentales y fomentar la salud mental.

Objetivo 2: Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta.

- 2.1 En el contexto de la mejora del acceso a la atención y de la calidad de los servicios, la OMS recomienda el desarrollo de servicios integrales de salud mental y de asistencia social de base comunitaria; la integración de la asistencia y los tratamientos de salud mental en los hospitales generales y la atención primaria; la continuidad asistencial entre diferentes prestadores y niveles del sistema de salud; la colaboración eficaz entre los prestadores de atención formales e informales, y el fomento de la autoasistencia, por ejemplo mediante el uso de tecnologías sanitarias electrónicas y móviles.
- 2.2 El desarrollo de servicios de salud mental de buena calidad requiere protocolos y prácticas basadas en evidencias, que incluyan la intervención temprana, la incorporación de los principios de los derechos humanos, el respeto de la autonomía individual y la protección de la dignidad de las personas. Además, el personal sanitario no debe limitar su intervención a la mejora de la salud mental, sino que también debe atender las necesidades de los niños, adolescentes y adultos con trastornos mentales relacionadas con su salud física, y viceversa, teniendo en cuenta las elevadas tasas de comorbilidad de los problemas de salud mental y física, y los factores de riesgo asociados, como las altas tasas de consumo de tabaco, que se suelen pasar por alto.

- 2.3 La prestación de servicios comunitarios de salud mental ha de tener un enfoque basado en la recuperación que haga hincapié en el apoyo para lograr que las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales alcancen sus propias aspiraciones y metas. Entre los requisitos básicos de esos servicios se encuentran los siguientes: escuchar y atender las opiniones de los afectados sobre sus trastornos y lo que les ayuda a recuperarse; trabajar con ellos en pie de igualdad en lo que se refiere a su atención; ofrecer alternativas con respecto a los tratamientos y a los prestadores de la atención, y recurrir al trabajo y el apoyo de personas en situación similar, que se infunden mutuamente aliento y comparten un sentimiento de pertenencia, además de conocimientos técnicos. Además se necesita un planteamiento multisectorial en el que los servicios presten apoyo a las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida y, según proceda, faciliten su acceso a derechos humanos básicos como el empleo (incluidos programas de retorno al trabajo), la vivienda o las oportunidades educativas, y su participación en las actividades de la comunidad, los programas y otras actividades significativas.
- 2.4 Es necesaria una participación y un apoyo más activos de los usuarios en la reorganización, la prestación y la evaluación y seguimiento de los servicios, de modo que el tratamiento y la atención respondan mejor a sus necesidades. Asimismo se necesita una mayor colaboración con los prestadores de atención de salud mental «informales», tales como los familiares o los líderes religiosos, sanadores espirituales y tradicionales, maestros, agentes de policía y organizaciones no gubernamentales locales.
- 2.5 Otro requisito esencial es que los servicios respondan a las necesidades de los grupos vulnerables y marginados de la sociedad, como las familias más desfavorecidas socioeconómicamente, los afectados por el VIH/sida, las mujeres y niños víctimas de la violencia doméstica, los supervivientes de actos violentos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los pueblos indígenas, los migrantes, los solicitantes de asilo, las personas privadas de libertad o los grupos minoritarios en el contexto nacional.
- 2.6 Al planificar la respuesta a las emergencias humanitarias y la recuperación es fundamental que se asegure una amplia

disponibilidad de servicios de salud mental y de apoyos psicosociales comunitarios.

- 2.7 La exposición a sucesos vitales adversos o condiciones extremas de estrés, como desastres naturales, conflictos aislados, reiterados o continuos y disturbios o violencia familiar y doméstica continua, puede tener para la salud general y mental graves consecuencias que requieren un examen cuidadoso, especialmente con respecto a la caracterización diagnóstica (sobre todo para evitar el sobrediagnóstico y la medicalización excesiva) y al planteamiento del apoyo, la atención y la rehabilitación.
- 2.8 La disponibilidad del número adecuado de profesionales sanitarios competentes, dedicados y bien formados y su distribución equitativa son fundamentales para la expansión de los servicios de salud mental y la consecución de mejores resultados. La integración de la salud mental en los servicios y programas sociales y de salud generales y dedicados a enfermedades concretas (como los de salud de la mujer o VIH/sida) es una buena oportunidad para gestionar mejor los problemas de salud mental, fomentar la salud mental y prevenir los trastornos mentales. Por ejemplo, los profesionales sanitarios con formación en salud mental deben estar preparados para tratar los trastornos mentales en las personas que atienden y, además, para proporcionar información sobre el bienestar general y detectar afecciones conexas, como las enfermedades no transmisibles o el consumo de drogas. La integración de los servicios requiere no solo la adquisición de nuevos conocimientos y aptitudes para identificar, tratar y derivar a las personas con trastornos mentales según proceda, sino también una redefinición de las funciones del personal sanitario y cambios de la actual cultura de servicios y actitud de los profesionales sanitarios generales, los trabajadores sociales, los terapeutas ocupacionales y otros grupos de profesionales. Además, en este contexto, es necesario ampliar las funciones de los profesionales especializados en salud mental para que abarquen la supervisión y el apoyo a los profesionales sanitarios generales en la ejecución de intervenciones de salud mental.

Objetivo 3: Aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental.

- 3.1 Como parte de la labor de los países para elaborar y aplicar políticas y programas de salud, es primordial no solo atender las necesidades de las personas aquejadas de un determinado trastorno mental, sino también proteger y fomentar el bienestar mental de todos los ciudadanos. La salud mental evoluciona a lo largo de toda la vida. Por consiguiente, a los gobiernos incumbe la importante función de utilizar los datos sobre los factores de riesgo y de protección para emprender acciones destinadas a prevenir los trastornos mentales y a proteger y promover la salud mental en todas las etapas de la vida, de las cuales las primeras son especialmente propicias para perseguir estos objetivos, pues hasta un 50% de los trastornos mentales que afectan a adultos empiezan antes de los 14 años de edad. Los niños y adolescentes con trastornos mentales deben ser objeto de intervenciones tempranas científicamente contrastadas de carácter no farmacológico, ya sean psicosociales o de otra índole, dispensadas desde el ámbito comunitario, evitando la institucionalización y la medicalización. Esas intervenciones deben atenderse además a los derechos que amparan a los niños con arreglo a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.
- 3.2 La responsabilidad de promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales se extiende a todos los sectores y todas las administraciones gubernamentales, puesto que los problemas de salud mental vienen muy influidos por toda una panoplia de determinantes sociales y económicos, por ejemplo el nivel de ingresos, la situación laboral, el nivel educativo, las condiciones materiales de vida, el estado de salud física, la cohesión familiar, la discriminación, las violaciones de derechos humanos o la exposición a episodios vitales difíciles como la violencia sexual o el maltrato y abandono infantiles. Los niños y adolescentes expuestos a catástrofes naturales o a conflictos o disturbios civiles, sobre todo los que han participado en fuerzas o grupos armados, tienen enormes necesidades en materia de salud mental y requieren especial atención.
- 3.3 Las estrategias globales de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales durante toda la vida pueden centrarse en lo siguiente: leyes contra la discriminación y campañas informativas que atajen la estigmatización y las violaciones de derechos humanos que con demasiada frecuencia acompañan a los trastornos mentales;

fomento de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales; cultivo de los principales recursos psicológicos del individuo en las etapas formativas de la vida (por ejemplo con programas para la primera infancia, de preparación para la vida activa y de educación sexual, o programas para favorecer una relación segura, estable y enriquecedora entre los niños y sus progenitores y cuidadores); intervención temprana mediante la detección precoz, prevención y tratamiento de los problemas afectivos o de conducta, sobre todo en la infancia y la adolescencia; instauración de condiciones saludables de vida y de trabajo (por ejemplo, introduciendo mejoras organizativas del trabajo o planes de tratamiento del estrés científicamente contrastados en los sectores público y privado); programas o redes comunitarias de protección que combatan el maltrato infantil y otras formas de violencia en el ámbito doméstico o comunitario; y protección social de las poblaciones pobres.

- 3.4 La prevención del suicidio es una de las prioridades importantes. Muchas personas que intentan poner fin a su vida proceden de colectivos vulnerables y marginados. Además, los jóvenes y las personas mayores están entre los grupos de edad más propensos a abrigar ideas de suicidio o autolesionarse. En general las tasas de suicidio están subestimadas, debido a las carencias de los sistemas de vigilancia y a la atribución errónea de ciertos suicidios a causas accidentales, así como a la criminalización del suicidio en algunos países. Sin embargo, en la mayoría de los países las tasas tienden a mantenerse estables o a aumentar, mientras que en otros se observa una tendencia a la baja a largo plazo. Puesto que además de los trastornos mentales hay otros muchos factores de riesgo asociados al suicidio, por ejemplo dolor crónico o trastorno emocional agudo, las medidas preventivas no deben proceder únicamente del sector de la salud, sino que otros sectores deben actuar también simultáneamente. Pueden ser eficaces medidas como la reducción del acceso a medios para autolesionarse o suicidarse (en particular armas de fuego, plaguicidas, y acceso a medicamentos tóxicos que se puedan tomar en sobredosis), una praxis informativa responsable por parte de los medios de comunicación, la protección de las personas con elevado riesgo de suicidio y el reconocimiento y tratamiento precoces de trastornos mentales y conductas suicidas.

Objetivo 4: Reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental.

- 4.1 La información, los datos empíricos y la investigación son ingredientes básicos para un adecuado proceso de elaboración de políticas, planificación y evaluación en materia de salud mental. La obtención de nuevos conocimientos gracias a la investigación hace posible que toda política o medida repose en datos contrastados y en prácticas óptimas, y la existencia de datos pertinentes y actualizados o de dispositivos de vigilancia permite seguir de cerca las medidas aplicadas y determinar los servicios en cuya prestación hay margen de mejora. Pero actualmente la investigación discurre casi siempre en y bajo el control de países de altos ingresos, desequilibrio que es preciso corregir para que los países de ingresos bajos o medianos se doten de estrategias costo efectivas y culturalmente apropiadas para atender sus necesidades y prioridades en materia de salud mental.
- 4.2 Aunque existen procesos periódicos de evaluación (como el proyecto Atlas de la OMS) que deparan una visión sintética de la situación en materia de salud mental, los sistemas de información periódica sobre el tema son rudimentarios o inexistentes en la mayoría de los países de ingresos bajos o medianos, con lo que resulta difícil aprehender las necesidades de las poblaciones locales y planificar en consecuencia.
- 4.3 Los datos e indicadores básicos que se necesitan para el sistema de salud mental se refieren a lo siguiente: magnitud del problema (prevalencia de los trastornos mentales y determinación de los principales factores de riesgo y de protección por lo que respecta a la salud y el bienestar mentales); alcance de las políticas, leyes, intervenciones y servicios (en particular, desfase entre el número de personas que sufren un trastorno mental y el de personas que reciben tratamiento y se benefician de un conjunto de servicios adecuados, como servicios sociales); datos sobre resultados sanitarios (incluidas las tasas de suicidio y de mortalidad prematura en el conjunto de la población, así como mejoras, a nivel individual o por grupos, relacionadas con síntomas clínicos, niveles de discapacidad, funcionamiento global y calidad de vida) y datos sobre resultados sociales y económicos (niveles relativos de estudios, vivienda, empleo e ingresos en las personas con trastornos mentales). Estos datos deben estar desglosados por sexo y edad y dar cuenta de las diversas

necesidades de las subpoblaciones, definidas en función de criterios geográficos (por ejemplo, comunidades urbanas frente a rurales) y de la vulnerabilidad de determinados colectivos. Para reunir estos datos se recurrirá a encuestas periódicas concebidas especialmente al efecto, que vengan a complementar los datos obtenidos habitualmente con el sistema de información sanitaria. También hay interesantes posibilidades para aprovechar datos ya existentes, por ejemplo extrayendo información de los informes que gobiernos e instancias no gubernamentales o de otra índole dirigen a los órganos encargados de supervisar la aplicación de tratados como parte de los mecanismos de presentación periódica de informes.

5.16 Reflexiones.

Para finalizar este apartado cabe comentar que el ámbito de la salud mental no está adecuadamente regulado en Ley General de Salud, si bien dicha Ley sienta algunas de las bases para el servicio de salud mental, no especifica claramente las características que deberán reunir dichos servicios, ni tampoco cuáles serán los entes que se encargarán de la prestación de los mismos, su organización administrativa, ni tampoco enlista de forma adecuada los derechos que deben gozar las personas con trastornos de salud mental en el sistema nacional de salud mental.

Además, no se especifica cuál será el órgano de revisión que vigilará los internamientos involuntarios o el respeto a los derechos humanos de los pacientes, ni el recurso legal o procedimiento a seguir en el mismo, ni se establece la periodicidad con que dichos establecimientos deberán ser supervisados por las comisiones de derechos humanos o paneles de revisión.

Es decir que, en la Ley General de Salud, la regulación del ámbito de la salud mental, deja mucho que desear y al ser una sustancia tan compleja debería contar con un mayor número de artículos que la regulen en dicha ley, o bien, crear una Ley Nacional de Salud Mental que esté a la altura de los estándares internacionales en materia de salud mental, y que contemple los avances científicos en la atención a la salud mental, todo esto para lograr el bienestar psicológico de la población mexicana.

Sea que se opte por mejorar la regulación del ámbito de la salud mental en la Ley General de Salud o que se elabore una Ley Nacional de

Salud Mental, en todo caso, se deberá prever la incorporación de los servicios de salud mental en los distintos niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y la asignación de un presupuesto bastante y suficiente para satisfacer las necesidades en dicha área, e implementar servicios públicos de salud mental que estén **disponibles** en un número suficiente de establecimientos, programas y centros de atención de la salud, que sean **accesibles** para todos, **aceptables** desde el punto de vista científico, ético y cultural y de **buena calidad**, por lo cual se requiere, entre otras cosas, de personal de salud mental capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas.

Finalmente, cabe señalar que lo ideal es que la Ley General de Salud contemplara un porcentaje mínimo de presupuesto para la salud mental a efecto de evitar la discrecionalidad en la programación de este, y además, que a nivel nacional exista un Instituto Nacional de Salud Mental, de carácter multidisciplinario, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que sustituya al Instituto Nacional de Psiquiatría y que absorba al organismo denominado Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) y al Consejo Nacional de Salud Mental de la Secretaría de Salud, todo esto con la finalidad de garantizar que haya mayor financiamiento, que se reduzca el gasto administrativo corriente, y que haya mayor coordinación en la atención a salud mental en todo el país, reduciendo la fragmentación del sistema nacional de atención a la salud mental. Además, lo ideal es que se elabore un solo plan nacional de salud mental, y no dos planes nacionales como sucede en la actualidad que por un lado se tiene al Programa de Acción Específico Atención Psiquiátrica (2013-2018) y por otro al Programa de Acción Específico en Salud Mental (2013-2018).

CAPÍTULO VI

EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN LA LEY DE SALUD MENTAL EN VIGOR EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

En este capítulo revisaremos la conceptualización del derecho a la salud mental en la Ley de Salud Mental del Distrito Federal (Ahora Ciudad de México) del 2011.

6.1 El derecho a la salud mental en la Ley de Salud Mental del Distrito Federal (Ciudad de México):

La Ley de Salud Mental del Distrito Federal fue la primera ley local especializada en materia de salud mental en nuestro país. Fue creada por la Asamblea Legislativa de la Ciudad de México y publicada en febrero del 2011. Su objeto consiste en regular las bases y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud mental del Distrito Federal (ahora Ciudad de México), así como establecer los mecanismos adecuados para la promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y fomento de la salud mental en instituciones de salud pública del Distrito Federal, así como para personas físicas o morales de los sectores social y privado que coadyuven en la prestación de servicios. Dicha Ley consta de 72 artículos y comprende los siguientes capítulos:

Capítulo I.- Disposiciones Generales. (Arts. 1 al 11).

Capítulo II.- De la atención en salud mental por grupo de edad y vulnerabilidad. (Arts. 12 al 17).

Capítulo III.- De las acciones para la atención de la salud mental. (Arts. 18 al 33).

Capítulo IV.- Del Consejo de Salud Mental para el Distrito Federal. (Arts. 34 al 37)

Capítulo V.- Del Sistema de Información, Vigilancia y Evaluación en Salud Mental. (Arts. 38 al 39).

Capítulo VI.- Recursos Humanos para la atención en salud mental. (Arts. 40 al 46).

Capítulo VII.- Del internamiento. (Arts. 47 al 58).

Capítulo VIII.- De las Unidades Médicas en Reclusorios y en Comunidades para Adolescentes. (Arts. 59 al 64).

Capítulo IX.- Del financiamiento en Salud Mental. (Arts. 65 a 68).

Capítulo X.- De las Sanciones y el recurso de inconformidad. (Arts. 69 a 72).

A continuación, describiremos brevemente los aspectos más relevantes de dicha Ley en lo que hace al derecho a la salud mental y al sistema de atención a la salud mental que pretende garantizarlo en el mundo fáctico.

6.2 Definición del Derecho a la Salud Mental:

En el artículo 5, fracción IV, de la Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad de México, se reconoce al **derecho a la salud mental** como el **derecho de toda persona al bienestar psíquico, identidad, dignidad, respeto y un tratamiento integral con el propósito de una óptima integración social**, para lo cual el Gobierno tiene la obligación de planear, organizar, operar y supervisar el funcionamiento de los servicios a que se refiere la Ley de Salud Mental del Distrito Federal. Además, de conformidad, con el artículo tercero de la citada ley, dicho derecho se le reconoce a todas las personas que habiten o transiten por la Ciudad de México, sin discriminación alguna.

Si bien la ley en comento nos proporciona una definición del derecho a la salud mental, lo cierto es que la misma no nos da una explicación acerca

de lo que deberá entenderse por cada uno de los elementos que integran el derecho a la salud mental.

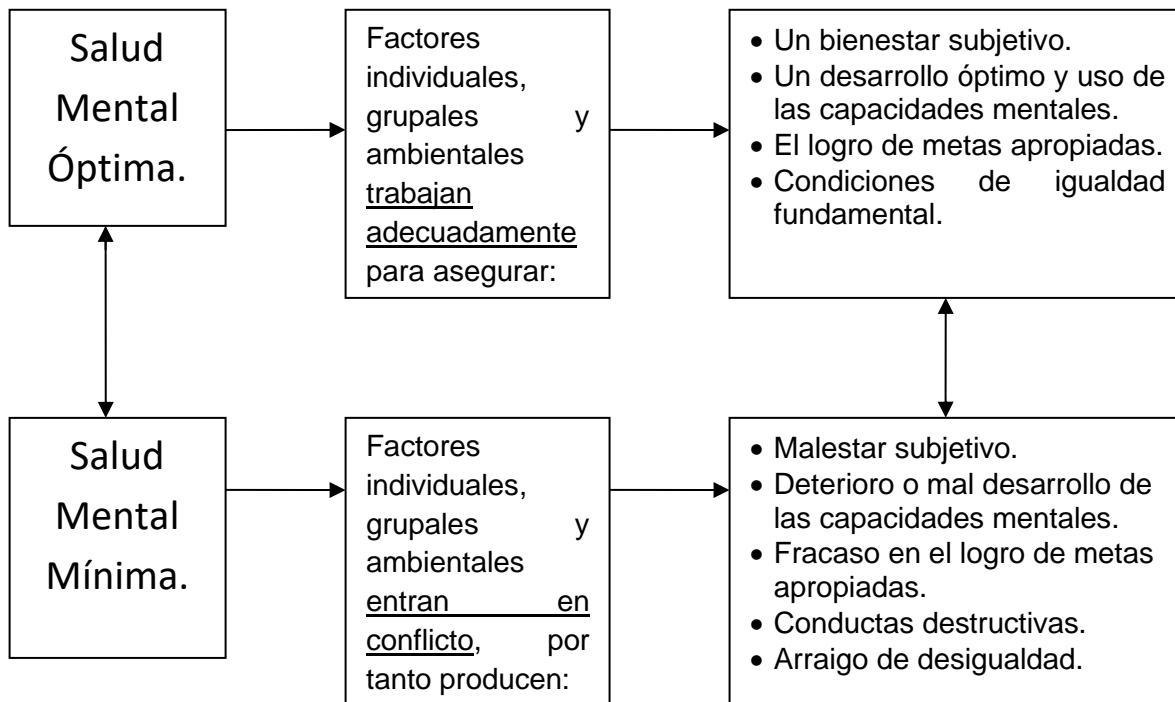
Como puede verse, el **derecho a la salud mental** es conceptualizado como un derecho subjetivo cuya finalidad consiste en buscar que el ser humano pueda alcanzar un bienestar psíquico, que le permita convivir respetuosamente con los demás, fortaleciendo su identidad y dignidad humana, estableciéndose el derecho de las personas a recibir un tratamiento de tipo integral para favorecer su óptima integración social que obliga al gobierno a distintos servicios públicos de salud mental que garanticen este derecho.

6.3 Definición legal de la Salud Mental:

En el artículo 2 de la multirreferida Ley se define a la **salud mental** como “el **bienestar psíquico** que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos **cognoscitivos, afectivos y conductuales**, que le permiten el **despliegue óptimo de sus potencialidades individuales** para **la convivencia, el trabajo y la recreación**, de manera que pueda **contribuir a su comunidad**”. Esta definición concuerda esencialmente con la referida en el artículo 72, párrafo segundo, de la Ley General de Salud.

Cabe agregar que de acuerdo con Gerrig, R. y Zimbardo, P.¹²² es mejor entender a los trastornos mentales dentro de un continuo que va de la *salud mental óptima a la salud mental mínima*, tal como se muestra en la siguiente figura:

¹²² Gerrig, R. y Zimbardo, P., *Psicología y vida*, México, ed. Pearson Educación, 2005, p. 475.



Asimismo, existen otros criterios que nos auxilian a determinar la presencia de un adecuado funcionamiento mental, entre los que destacan los siguientes:

- a) *Sentido propio de la identidad y la cohesión interna*, que va unido a un conocimiento de uno mismo, de las propias motivaciones, deseos y emociones.
- b) *Sentido de la autoestima, ajustado a la realidad*. Significa sentirse satisfecho y en paz con uno mismo, con el desarrollo de su “Yo ideal” que sirve de referencia para la evolución en continuo perfeccionamiento personal.
- c) *Sentimiento de seguridad*, de ser aceptado en el mundo social.
- d) *Capacidad para aceptar y dar afecto*.
- e) *Responsabilidad hacia el grupo social y familiar en el que el sujeto se desenvuelve*.
- f) *Capacidad-no problematizada- de lograr una satisfacción de las necesidades biológicas*: hambre, sexualidad, sueño y descanso, etc.
- g) *Capacidad para ser productivo y sentirse creativo y feliz en lo cotidiano*.
- h) *Desarrollo de un sistema axiológico, coherente y aceptado con responsabilidad*.

- i) Ausencia de tensión y de hipersensibilidad.*
- j) Presencia de un firme anclaje en la realidad, sin percepciones distorsionadas, de la misma ni expectativas no adecuadas a ella.*
- k) Resistencia al estrés y a la frustración.* En función de la existencia de mecanismos de defensa del Yo y su capacidad de enfrentarse eficazmente con los conflictos.

6.4 Conceptos legales relacionados con el ámbito de la Salud Mental:

Cabe citar algunos de los términos más importantes que se definen en el artículo quinto de la **Ley de Salud Mental de esta Ciudad de México**, para efecto de comprender mejor el tema que nos ocupa:

- a) **Persona usuaria:** toda persona que recibe el beneficio de cualquier programa o campaña de promoción de salud mental, de prevención o manejo de trastornos mentales, encaminadas a la preservación de su salud mental y calidad de vida.
- b) **Equipo de atención en salud mental:** grupo de profesionales para la atención integral en salud mental, conformado por una persona profesional en Psiquiatría, una en Psicología, una en Enfermería y una en Trabajo Social.
- c) **Trastorno Mental:** afectación de la salud mental de una persona debido a la presencia de un comportamiento derivado de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompaña de malestar e interfieren en la actividad cotidiana del individuo y su entorno.
- d) **Tratamiento:** diseño, planeación, instrumentación y conducción de estrategias médicas, farmacológicas y psicológicas encaminadas a restaurar, mejorar o mantener la calidad de vida de la persona que presenta algún trastorno mental.

e) **Psicofarmacoterapia:** tratamiento médico psiquiátrico dirigido a determinado trastorno mental, que se apoya en el empleo de medicamentos de diseño específico.

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

g) **Rehabilitación:** conjunto de procedimientos dirigidos a las personas usuarias de los servicios de salud mental, los cuales se ocupan de la evolución del padecimiento y de aquellos factores como la calidad de las relaciones interpersonales y el desempeño en la vida cotidiana. Su objetivo es mejorar la calidad de vida, para que el usuario en salud mental, pueda actuar en comunidad tan activamente como sea posible y de manera independiente en su entorno social;

h) **Prevención de riesgos en salud mental:** conjunto de acciones contenidas en los planes, programas, campañas y proyectos gubernamentales, nacionales e internacionales, con la finalidad de informar y educar a la población en relación con cualquier aspecto vinculado a la salud mental, e intervenir en las comunidades para evitar situaciones de riesgo y dar a conocer procedimientos con el propósito principal de preservar la calidad de vida.

i) **Promoción de la Salud Mental:** estrategia concreta, concebida como la suma de las acciones de los distintos sectores de la población, las autoridades sanitarias y los prestadores de servicios de salud pública, privada y social, encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud mental individual y colectiva, priorizando la atención en primer nivel;

j) **Primer nivel de atención:** atención otorgada por los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Gobierno del Distrito Federal, el Instituto de Asistencia e Integración Social, las Delegaciones y cualquier otra institución de Gobierno, que preste algún servicio de salud a la población en general;

k) **Segundo nivel de atención:** atención hospitalaria y ambulatoria otorgada por las unidades médicas dependientes de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México;

l) **Tercer nivel de atención:** atención hospitalaria y ambulatoria otorgada por las Unidades Médicas de Especialidades dependientes de la Secretaría de Salud Federal;

6.5 Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental:

El artículo 6 de la **Ley de Salud Mental del Distrito Federal (Ahora Ciudad de México)** establece que además de los derechos a que se refiere el artículo 10 de la Ley de Salud del Distrito Federal, y aunado a las disposiciones legales de los Tratados y Convenios internacionales, **las personas usuarias de los servicios de salud mental, tendrán derecho:**

I. Al acceso oportuno, a una atención integral y adecuada por los servicios de salud mental;

II. A recibir información clara, veraz, oportuna y completa, para la toma de decisiones relacionadas con su atención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico;

III. A la atención médica en el momento que lo solicite y, en su caso, a ser atendido en las instancias de salud del segundo y tercer nivel de atención, contando con evidencia científica para su tratamiento;

IV. A ser informado sobre las campañas, planes, programas y servicios que proporcione el Gobierno y las instituciones sociales y privadas en materia de salud mental;

V. A conservar la confidencialidad de información personal, a una historia clínica de conformidad con lo establecido en las normas oficiales y al anonimato de los participantes en estudios;

VI. A que se informe al padre, madre, tutor o representante legal con veracidad de la condición y el posible efecto del programa, campaña o tratamiento que reciba la persona usuaria, en caso de que sea menor de edad o incapaz. Lo anterior es aplicable a toda la población, incluida aquella que se encuentra en unidades médicas de reclusorios y comunidades para adolescentes, así como a grupos vulnerables;

VII. A que se le apliquen exámenes de valoración, confiables y actualizados que consideren su entorno social o característica a estudiar y a conocer los alcances y las limitaciones de las evaluaciones realizadas;

VIII. A solicitar su diagnóstico diferencial, a recibir atención especializada, a contar con un plan o programa integral de tratamiento para la recuperación de sus funciones cerebrales, habilidades cognitivas, proceso de aprendizaje, así como a la reinserción al ámbito social y productivo, conservando su integridad psicológica, incluyendo a pacientes que hayan estado reclusos en un hospital o pabellón penitenciario psiquiátrico o establecimiento especializado en adicciones;

IX. A ser ingresado a algún centro de internamiento mental por prescripción médica, incluyendo conductas o acciones que puedan causarle daño físico inmediato o inminente así mismo, a terceros o la propiedad, cuando la severidad de los síntomas y signos así lo indiquen, conforme a las mejores prácticas de la psiquiatría y medicina en general. Con autorización por escrito del paciente o familiar responsable.

X. A ser egresado del centro de internamiento mental, sólo cuando el médico tratante considere que puede continuar su tratamiento en forma ambulatoria y que ya no exista el riesgo que su conducta o acciones puedan causarle daño físico inmediato o inminente asimismo, a terceros o la propiedad.

XI. A la rehabilitación que le permita la reinserción familiar, laboral y comunitaria;

XII. A la accesibilidad de familiares u otras personas, en el acompañamiento de las personas usuarias de los servicios de salud mental, salvo que medie contraindicación profesional;

XIII. A otorgar o no su consentimiento informado.

XIV. Derecho a recibir o bien rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus convicciones y creencias.

XV. *A recibir el medicamento que requiera* de acuerdo a su disponibilidad y que el mismo se encuentre dentro del Cuadro Básico de Medicamentos;

XVI. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.

XVII. A recibir un trato digno y con respeto a sus derechos humanos, por parte de sus familiares y a que estos le proporcionen alimentos y cuidados necesarios para su rehabilitación integral, y

XVIII. A que no se divulgue a terceros por alguno de los medios de comunicación existentes, la atención brindada por el personal de salud mental en las diversas instituciones que presten el servicio, cuando no medie su autorización expresa, salvo disposición contraria en esta y demás ordenamientos aplicables.

Como puede verse, el catálogo de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental es sumamente interesante, sin embargo uno de los derechos que más llama la atención es el **derecho a recibir los medicamentos que requiera de acuerdo a su disponibilidad y que el mismo se encuentre dentro del Cuadro Básico de Medicamentos.**

Al respecto cabe mencionar que si bien es adecuado que el derecho a la salud mental integre el derecho a recibir los medicamentos que requiera la persona usuaria como parte de su tratamiento, resulta inadecuado que se limite dicho derecho a que los medicamentos se encuentren disponibles y a que formen parte del Cuadro Básico de Medicamentos. Debería especificarse en la fracción XV del artículo antes citado que el Estado garantizará el abasto de medicamentos e incluirá en el **Cuadro Básico de Medicamentos** aquellos medicamentos que tengan una eficacia probada científicamente y que provoquen el menor número posible de efectos adversos, es decir que deberán estar disponibles no solo los medicamentos antiguos o de primera generación sino también los que sean recién descubiertos o también conocidos como atípicos, esto con la finalidad de garantizar el más alto nivel posible de salud mental y mejorar la calidad de vida del ser humano que es una de las finalidades del derecho a la protección de la salud según lo dispone la fracción II del artículo 2 de la **Ley General de Salud** reglamentaria del artículo **4º constitucional**, así como el artículo 12.1 del **Pacto Internacional de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales.**

Además, como vimos en capítulos anteriores, el derecho a la salud incluye el derecho al suministro de medicamentos con independencia de que estos sean recién descubiertos o no, por lo cual es una obligación del estado tener disponibilidad de medicamentos e incluso si un paciente necesita medicamentos que no se encuentran en el cuadro básico de medicamentos aun así la institución pública donde se atiende está obligada a proporcionárselos, por lo cual podría asistir al juicio de amparo para obtenerlos.

Finalmente, cabe señalar que dicha lista de derechos debería incluir el derecho a recibir psicoterapia, ya que esta es fundamental para obtener una mejoría en la salud mental de los pacientes, con lo cual incluso podría ahorrarse dinero en medicamentos, ya que la misma a largo plazo disminuiría la necesidad de utilizar medicamentos o en algunos casos incluso, éstos no serían necesarios.

6.6 Las autoridades de salud mental en la Ciudad de México.

Las principales autoridades en el ámbito de la salud mental son la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México y el Consejo de Salud Mental.

La **Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México** es la autoridad encargada de elaborar un **Programa de Salud Mental** e integrar una **Red de Salud Mental de la Ciudad de México** y supervisar las acciones que se implementen en materia de salud mental, esto de conformidad con lo que dispone el artículo 8 de la Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad de México.

Además, la Secretaría deberá instalar, administrar y operar una **línea telefónica** y una **página electrónica** para brindar orientación y canalización, en su caso, y diseñar **campañas a través de los medios masivos de información** para realizar promoción de la salud mental. Además, deberá coordinar la **participación de las delegaciones (Ahora Alcaldías)** y **otras secretarías**, así como el **sector privado y social** en relación a las acciones en salud mental. De igual forma, deberá instalar y administrar un **Sistema de información, vigilancia y evaluación en salud mental**, que será un centro de información técnico, permanente y estratégico de consulta cuyo objetivo principal será el llevar a cabo estudios científicos en materia de salud mental, dirigido hacia la población de la Ciudad de México y la Zona Metropolitana del Valle de México, en materia de salud mental y actuará en coadyuvancia con el Comité Científico de Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria de la Ciudad de México

La Secretaría de Salud deberá presentar un **informe anual sobre las políticas públicas implementadas en materia de salud mental**, así como el estado de avance en el cumplimiento del **Programa de Salud Mental** para la Ciudad de México y los diversos programas generados, el cual deberán remitir al **Consejo de Salud Mental** y a la **Asamblea Legislativa de la Ciudad de México**.

Es importante mencionar que en la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México se omite considerar a los SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL (AHORA CIUDAD DE MÉXICO), mismo que de conformidad con el artículo 1 de su Estatuto Orgánico es un organismo público descentralizado de la administración pública de la Ciudad de México

sectorizado en la Secretaría de Salud, mismo que se encarga principalmente de coordinar la atención de padecimientos de forma ambulatoria, mismo que podría ser fundamental en la organización de MÓDULOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL en los Centros de Salud de atención primaria a la salud.

Por lo que hace al **Consejo de Salud Mental**, dicha institución está prevista en el artículo 34 de la Ley en comento, y será un órgano de consulta, análisis y asesoría para el desarrollo de planes, programas y proyectos que en materia de salud mental aplique el Gobierno de la Ciudad de México y será integrado por las y los titulares de las siguientes instancias:

- I. Jefatura de Gobierno, quien lo Presidirá;
- II. Secretaría de Salud, que asumirá la vicepresidencia;
- III. Secretaría de Seguridad Pública;
- IV. Secretaría de Desarrollo Social, y
- V. Secretaría de Finanzas.

Asimismo, el numeral antes citado señala que la Secretaría invitará a formar parte del Consejo a un representante de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, de la Organización Panamericana de la Salud, de la Universidad Nacional Autónoma de México, del Instituto Politécnico Nacional, y de Organizaciones Civiles que trabajen en el tema. Los integrantes del Consejo tendrán derecho a voz y voto. Serán invitados permanentes del Consejo las y los Presidentes de las Comisiones Salud y Asistencia Social, de Atención a Grupos Vulnerables y de Desarrollo Metropolitano de la Asamblea Legislativa de la Ciudad de México. A las sesiones podrán asistir personas expertas invitadas en materia de salud de los sectores público, social y privado que el pleno del Consejo considere para emitir opiniones, aportar información, o apoyar acciones sobre el tema que se defina.

Las funciones del **Consejo de Salud Mental** se encuentran en el artículo 37 de la ley referida, mismo que a mayor abundamiento, se transcribe a continuación:

Artículo 37. El Consejo tendrá las siguientes funciones:

- I. Diseñar y evaluar políticas de prevención y atención integral en materia de promoción a la salud mental, educación para la

salud mental, atención integral médico-psiquiátrica, rehabilitación integral y participación ciudadana;

II. Solicitar a la Secretaría el informe a que se refiere el artículo 8, de la presente Ley, para realizar su análisis y observaciones;

III. Solicitar en cualquier momento datos relativos a la erogación de los recursos asignados en materia de salud mental y, en su caso, podrá proponer estrategias para optimizar su ejecución, conforme a la realidad social;

IV. Solicitar información relativa a la gestión llevada a cabo por el Fideicomiso en Salud Mental;

V. Suscribir convenios, acuerdos o cualquier instrumento jurídico de coordinación con los Estados y Municipios de la Zona Metropolitana del Valle de México a efecto de mejorar la atención en materia de salud mental;

VI. Analizar y asesorar los planes y proyectos de las acciones para la atención de la salud mental en el Distrito Federal, así como la participación ciudadana;

VII. Funcionar como un organismo de consulta permanente de planes, proyectos y programas encaminados hacia la atención integral de la salud mental;

VIII. Desempeñarse como un organismo de vinculación entre los sectores público, social y privado, en materia de salud mental, para la implementación de estrategias que beneficien a la población, y

IX. Las demás que le reconozca la presente Ley y demás disposiciones normativas aplicables.

Como puede verse dicho órgano está conformado por integrantes de múltiples instituciones y sus funciones son muy importantes para las políticas públicas de salud mental.

6.7 El financiamiento al sistema de atención a la salud mental de la Ciudad de México.

La Asamblea Legislativa tiene un papel importante en el **financiamiento a la salud mental** pues de acuerdo con el artículo 66 de la

Ley en comento, la misma considerará en el Presupuesto de Egresos del año que corresponda, la inversión del **cinco por ciento adicional**, del total del asignado a la Secretaría de Salud, porcentaje que será puesto a disposición del Secretario para ser invertido en planear, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios en materia de salud mental.

Asimismo, el **Jefe de Gobierno de la Ciudad**, emitirá los lineamientos respectivos para la operación del **Fideicomiso en Salud Mental**, como un instrumento de financiamiento para el cumplimiento del objeto de la Ley de Salud Mental tomando como prioridad infraestructura a mediano plazo, fomentando la participación de los sectores social y privado, para proporcionar atención a los usuarios con trastornos mentales prioritarios, con los **recursos materiales y humanos** para satisfacer la demanda en la Ciudad de México. Esto con fundamento en el artículo 68 de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México, así como los artículos 8 y 9 del Reglamento de dicha Ley.

La Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México ha recibido desde el 2011 el siguiente presupuesto:

AÑO	ORIGINAL
2011	5,432,066,419.00
2012	5,648,125,830.00
2013	6,121,301,510.00
2014	6,475,749,465.00
2015	7,024,668,853.00
2016	7,904,780,597.70
2017	8,564,073,063.76
2018	9,953,019,851.00

Como puede verse, es evidente que el presupuesto que se le ha asignado a la Secretaría de Salud local ha ido aumentando progresivamente cada año, sin embargo dicha situación no se ha visto reflejada en la construcción de Módulos de Atención a la Salud Mental en los Centros de Salud, Hospitales de la Red de Salud del gobierno de la Ciudad de México o en las Unidades Médicas de los Centros de Reclusión o en su defecto, en la construcción de Centros de Atención a la Salud Mental fuera de las unidades de salud referidas.

Tanto la Asamblea Legislativa de la Ciudad de México como la Secretaría de Salud de la Ciudad de México han violado el derecho a la salud mental de la población, la primera por no etiquetar en el presupuesto asignado a la secretaría de salud un cinco por ciento específico para la salud mental, y la segunda, al no destinar recursos de los que recibe al ámbito de la salud mental en la misma proporción que ha aumentado anualmente sus ingresos. Además, el Gobierno de la Ciudad de México se ha abstenido injustificadamente de crear el Fideicomiso de Salud Mental previsto en la Ley de la Materia. Esta situación implica una grave renuencia por parte de las autoridades para dar satisfacción a este importante derecho.

6.8 La regulación del sistema de atención a la salud mental en la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México.

El sistema de atención a la salud mental en la Ciudad de México se basará en Módulos de Atención a la Salud Mental, integrados por equipos de profesionales de la salud mental, que brindarán atención ambulatoria con un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género buscando lograr la cobertura total de la Ciudad.

La Ley de Salud Mental en comento en su artículo 8, fracciones V y VI, establece que la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México integrará la **Red de Salud Mental de la Ciudad de México**, para lo cual entre otras acciones deberá instalar, administrar y operar **Módulos de Atención en Salud Mental**, mismos que de acuerdo con los artículos 48 a 41 del Reglamento de la Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad de México se establecerán en Centros de Salud TII y TIII, Hospitales y Unidades Médicas de los Reclusorios.

El artículo 48 de dicho Reglamento señala que dichos Módulos estarán acondicionados y equipados preferentemente de acuerdo con las normas oficiales mexicanas pero en casos excepcionales adaptados a los recursos materiales disponibles y su establecimiento será de acuerdo a la disponibilidad del ejercicio fiscal en curso. Esta disposición contraviene lo indicado en la Ley General de Salud, en su artículo 76, ya que las normas oficiales mexicanas deberán observarse en todos los establecimientos del sistema nacional de salud que presten atención a las personas con

trastornos mentales y del comportamiento, por lo cual su cumplimiento no es optativo.

La Secretaría de Salud deberá considerar en la erogación del recurso asignado, medidas a mediano y largo plazo para la creación de Centros de Atención en Salud Mental a efecto de cubrir la totalidad de las personas que habitan en la Ciudad de México, esto con fundamento en el artículo 67 de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México, en vigor desde febrero del 2011. Todo el personal que sea contratado para integrarse a los Módulos de Salud Mental deberá ser previamente capacitado, de acuerdo con los artículos 44, 45 y 46 de la Ley antes referida.

La organización y el funcionamiento de los Módulos de Atención a la Salud Menta se encuentran reguladas en el Reglamento de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México. La competencia de cada uno de los integrantes de dichos Módulos se regula en los artículos 2, fracciones XX y XXI, y 21 al 29, del Reglamento de la Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad de México.

En los Módulos habrá un **Equipo de Salud Mental** integrado por profesionales de la **Psicología, Psiquiatría, Enfermería y Trabajo social**, mismos que tendrán las siguientes funciones:

1.- **El Psicólogo:** Es el profesional que forma parte del equipo de atención en salud mental, especializado en un área determinada de la Psicología, debe contar con experiencia en la atención de los trastornos del comportamiento incluidos en la CIE-10, conocimientos que deberá acreditar con el título y cedula profesional correspondiente. Sus funciones serán:

- a) Emitir y en su caso confirmar el diagnóstico de trastorno mental.
- b) Realizar evaluación y diagnóstico de la personalidad, inteligencia y aptitudes, entre otras;
- c) Consultoría y psicoterapia a individuos, grupos o familias;
- d) Intervención preventiva a nivel Comunitario;
- e) Investigación aplicada de la personalidad, psicología anormal, técnicas y métodos de intervención clínicos, y
- f) Selección, entrenamiento y supervisión.

2.- **El Psiquiatra:** Es el médico general con especialidad en Psiquiatría, dedicado al estudio del trastorno mental, con el objetivo de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con

trastornos mentales. Debe contar con experiencia en dicha área y acreditar sus conocimientos con el título y cedula profesionales correspondientes. Sus funciones serán:

- a) Emitir y en su caso confirmar el diagnóstico de trastorno mental.
- b) Estudiar, prevenir y actuar sobre las posibles causas biológicas, motivaciones psicológicas y condicionamientos socioculturales del usuario con trastorno mental en sus múltiples formas.
- c) Promover una visión integral del trastorno mental, que incluya los aspectos psíquicos que inciden y afectan a la patología somática, y
- d) Extender su actividad más allá del quehacer clínico-asistencial, incidiendo en la educación para la salud, la prevención de la patología mental, la rehabilitación y reinserción social de los usuarios, de conformidad con la normativa internacional aplicable.

3.- **La Enfermera:** Es parte del equipo de atención en salud mental, interviene en procurar los cuidados biopsicosociales del usuario, suministrando tratamientos médicos a indicación del médico especialista y garantizando la cobertura de necesidades que mejoren y mantengan la calidad de vida del usuario, a través del diseño y la programación de las actuaciones del equipo de enfermería.

- a) Promover, proteger, mantener y rehabilitar la salud mental del usuario;
- b) Identificar y valorar las alteraciones de salud y de cuidados en lo individual, familiar y grupal, considerando los aspectos biopsicosociales que determinan el proceso del trastorno mental;
- c) Diagnosticar las necesidades de autocuidado terapéutico del usuario;
- d) Realizar la actividad asistencial en función del tratamiento;
- e) Manejar situaciones de urgencia y crisis, y en su caso, referir a otros profesionales del equipo de atención en salud mental;
- f) Diseñar programas y protocolos orientados a la rehabilitación;

4.- **La trabajadora social:** Es parte del equipo de atención en salud mental, interviene aportando el estudio de las variables socioeconómicas que inciden en el origen, desarrollo y consecuencias del trastorno mental, y la plena utilización de los servicios.

- a) Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas que inciden en el origen, distribución y desarrollo del trastorno mental y sus consecuencias sociales, localizando, identificando, controlando o eliminando aquellas que retardan el logro de los objetivos de salud y la plena utilización de los servicios;
- b) Orientar y capacitar a los usuarios, a sus familiares y a la comunidad en general en los problemas consecuentes del trastorno mental, con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud mental, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar, y
- c) Participar en la formulación, ejecución y evaluación de políticas de salud orientadas hacia la reducción o eliminación de las desigualdades para el acceso a la salud mental.

Como puede verse tanto el **Psicólogo** como el **Psiquiatra** tienen competencia para emitir y en su caso, confirmar el diagnóstico de trastorno mental, sin embargo, la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México, en sus artículos 5, fracción XXII, 25 y 26, asigna únicamente al Psicólogo la función de **Psicoterapeuta**, para lo cual el Psicólogo debe contar con un posgrado en psicoterapia, mientras que al Psiquiatra, le asigna la función de **psicofarmacoterapia**, de conformidad con el artículo 5, fracción XXI, de la ley antes citada.

Al respecto, cabe mencionar que si bien la mayoría de los Psiquiatras debido a su formación médica adoptan el modelo médico de enfermedad mental y en consecuencia utilizan tratamientos psicofarmacológicos para actuar sobre posibles causas biológicas de los trastornos mentales, algunos de ellos cuentan también con estudios de posgrado en psicoterapia o tienen experiencia psicoterapéutica con grupos o individuos, por lo cual no se les debería limitar al ejercicio de la psicofarmacoterapia sino que también podrían ejercer como psicoterapeutas.

Por otro lado, resultaría deseable que a los profesionales de la Enfermería y el Trabajo Social se les exija estudios de posgrado en áreas de salud mental, a efecto de que puedan realizar una mayor aportación al equipo de salud mental, reciban mejores salarios y eventualmente, puedan llegar a ser consideradas como responsables de un Módulo, en igualdad de condiciones que cualquier otro integrante del mismo.

A nivel administrativo los Módulos de Atención a la Salud Mental que se ubiquen en los Centros de Salud TII y TIII dependerán del Director de dichos Centros, mientras que los Módulos que se encuentren en los Hospitales de la Red, dependerán del Subdirector Médico de dichos Hospitales, mismos que deberán establecer una estrecha coordinación con los diferentes servicios de la unidad.

La **organización interna del Módulo**, estará conformada por un **responsable** (médico general, psiquiatra o psicólogo) y los **integrantes del equipo** (psiquiatra, psicólogo, trabajadora social y enfermera), los cuales tienen como principales funciones actualizar del diagnóstico situacional de salud mental de su área de responsabilidad, realizar actividades de promoción de la salud mental, realizar actividades de prevención y atención de trastornos mentales, llevar a cabo actividades de asesoría y capacitación al equipo de atención en salud mental, establecer coordinación interinstitucional y con la comunidad, y registrar sus acciones en el SIS. Esto de conformidad con los artículos 49 y 50 del Reglamento de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México.

Por otro lado, resulta adecuado que actualmente la Ley en comento exija al Psicólogo que deba contar con el posgrado de **Psicología Forense** para la emisión de dictámenes psicológicos que sean solicitados por las autoridades, y de igual forma, dicho requisito debería exigirse también a los **Médicos Psiquiatras**, quienes deberían cursar el posgrado de **Psiquiatría Forense** para emitir dictámenes legales que les soliciten las autoridades.

En términos generales el equipo de profesionistas de salud mental participará en actividades de prevención, promoción, evaluación, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación, en sus respectivas áreas, pero el reto será que dicho equipo trabaje de manera interdisciplinaria, lo cual no siempre es fácil, por lo cual será necesario que les capacite oportunamente para que integren un buen equipo de trabajo.

Todos los prestadores de servicios de salud mental, de conformidad con los artículos 40 y 41 de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México deberán actuar con un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género, observando los principios de equidad e imparcialidad, teniendo como objetivo principal la reinserción social de la persona, favoreciendo la continuidad del tratamiento, a través de la aplicación de acciones que para tal efecto se diseñen.

Su encomienda principal será el **restaurar al máximo posible la salud física y mental** a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, así como información de medidas médicas alternativas si el caso lo requiere y cuando sea solicitado. La ley en comento dispone que los servicios de asesoría, orientación y atención especializada para los trastornos mentales, serán gratuitos e incluso podrán ofrecerse a través de mecanismos remotos de recepción a través de una línea pública de atención telefónica y por medios electrónicos.

Al respecto resulta adecuado que la atención a la salud mental tenga un enfoque en derechos humanos y considere la perspectiva de género, para evitar posibles abusos, y también que su fin último sea restaurar al máximo posible la salud de la persona, tanto la física como la mental, ya que a través de la Psicología de la Salud y la Psiquiatría de Enlace se puede intervenir también en padecimientos físicos mismos que mejorarán si se tratan los aspectos psicológicos asociados a los mismos. El principio de continuidad del tratamiento establecido en el artículo 40 de la Ley de Salud Mental en comento resulta trascendente para evitar que las personas usuarias de los servicios de salud mental reciban atención incompleta.

Finalmente, cabe señalar que los Módulos de Atención a la Salud Mental que se prevé se establezcan en los Centros de Salud TII y TIII, así como en los Hospitales de la Red y en las Unidades Médicas en los Reclusorios, al ser unidades de atención ambulatoria no cuentan con camas para el internamiento de pacientes en situación de crisis. Por lo cual, resulta necesario que la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México disponga también la creación de Unidades de Psiquiatría en los Hospitales de la Red con camas para pacientes que necesiten hospitalización o la creación de un Centro de Estancia Breve con servicio de hospitalización, ya que los Hospitales Psiquiátricos que existen en la Ciudad de México, y que dependen de la Secretaría de Salud Federal, han sido rebasados en cuanto a la demanda de pacientes por lo cual sus servicios de hospitalización están saturados y muchas veces rechazan a los pacientes que necesitan internamiento, por lo cual la Ciudad de México debe asumir su responsabilidad como gobierno local y ofrecer por sí misma servicios de hospitalización.

6.9 La regulación del internamiento en la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México.

La Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad de México contempla un apartado relativo al internamiento en el que dispone que el ingreso de personas usuarias a las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica se regulará de conformidad con las normas oficiales mexicanas y además, dispone lo siguiente:

“Artículo 50.

El ingreso de las personas usuarias a las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica podrá ser voluntario, de emergencia o por orden de autoridad se ajustará a los procedimientos siguientes:

I. El ingreso voluntario requiere de la indicación del médico tratante y de la autorización de la persona usuaria, ambas por escrito, informando a sus familiares o a su representante legal;

II. El ingreso de emergencia se presenta en el caso de personas con trastornos mentales severos que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico psiquiatra y la autorización de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad Hospitalaria. En cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento, para que en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario, y

III. El ingreso por orden de autoridad se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad competente, siempre y cuando el paciente lo amerite de acuerdo con el examen médico psiquiátrico.

Al respecto cabe comentar que resulta interesante la última fracción del artículo antes citado porque permite que el médico psiquiatra se abstenga de internar a una persona usuaria aun cuando se lo ordene una autoridad si el paciente no lo amerita de acuerdo con el examen médico psiquiátrico, esta disposición ayudará a evitar arbitrariedades.

Por otro lado, el artículo 57 de la Ley de Salud Mental de la entidad en su establece que toda institución de carácter social y privado, cada treinta días naturales, deberá realizar y remitir al área de salud mental de la Secretaría de Salud, un informe que contenga el nombre de las personas internadas, las causas de su internamiento y el avance que tengan en su rehabilitación. Esta última disposición es importante para tener un control de las instituciones que ofrecen servicios de internamiento y evitar posibles privaciones ilegales de la libertad, sin embargo resultarán necesarias visitas de inspección periódicas para asegurarse de tal situación.

A pesar de lo anterior, cabe señalar que la regulación del internamiento en la Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad de México resulta violatoria de los **PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL**, adoptados mediante la resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, de la Asamblea General de la ONU. Específicamente, se vulnera el principio señalado con el número 16, relativo a la admisión involuntaria. Específicamente se transgrede el principio contenido en el artículo 16.2 ya que no se prevé un período breve de tiempo para la duración de la admisión o retención involuntaria, para el caso de ingreso por emergencia, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente.

6.10 Sanciones y recurso de inconformidad.

La Ley de Salud mental de la Ciudad de México establece en sus artículos 69 al 72 que las violaciones a los preceptos de dicha ley, su reglamento y demás disposiciones que de ella emanen, serán sancionadas administrativamente por la Contraloría General del Gobierno del Distrito Federal (ahora Ciudad de México), y la Agencia de Protección Sanitaria de esta Ciudad.

La Contraloría General será competente para conocer las acciones u omisiones que cometan los servidores públicos que deriven del

incumplimiento de la Ley en comento, de conformidad con la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos (Ahora Ley General de Responsabilidades Administrativas), mientras que la Agencia de Protección Sanitaria de la Ciudad de México, conocerá de las contravenciones a las disposiciones señaladas en el capítulo VI de la Ley de salud Mental, sólo para el caso de establecimientos (violaciones a derechos humanos por parte de establecimientos).

Se podrán interponer recursos de inconformidad a los que hace referencia la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal (Ciudad de México), contra los actos que cometa la Secretaría de Salud en el ejercicio de sus funciones, cuando se hayan vulnerado las disposiciones de la Ley de Salud Mental en comento o los derechos que consagran las disposiciones legales.

Así, si un particular quiere inconformarse en contra de un internamiento por emergencia o por orden de autoridad que resultara arbitrario, puede hacerlo dentro de los quince días hábiles siguientes, optando ya sea por presentar el Recurso de Inconformidad regulado en los artículos 108 a 128 de la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal (Ciudad de México) ante el Superior Jerárquico de la autoridad que haya ordenado el internamiento, o intentar el Juicio Contencioso Administrativo en la Vía Ordinaria ante el Tribunal de Justicia Administrativa de la Ciudad de México regulado en los artículos 37 y 56 de la Ley de Justicia Administrativa de la Ciudad de México, misma autoridad que podría otorgar la suspensión del acto reclamado en un plazo de 24 horas.

No obstante lo anterior, un familiar o cualquier otra persona a nombre del paciente, puede presentar directamente el Juicio de Amparo Indirecto, de acuerdo con los artículos 8 y 15 de la Ley de Amparo, toda vez que el internamiento constituye un ataque a la libertad personal, por lo cual deberá admitirse en excepción al principio de definitividad, pudiendo el Juez de Distrito adoptar providencias urgentes e incluso otorgar la suspensión provisional dentro del plazo de 24 horas.

Cabe señalar que lo ideal de acuerdo con el artículo 17.1 de los **PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL** de 1991 sería que la Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad de México, señalara un recurso sencillo y específico para quejarse frente a un posible

internamiento arbitrario, y que además, se contemplara un órgano interdisciplinario especializado de revisión para examinar si la admisión involuntaria (sea ingreso por emergencia o ingreso por orden de autoridad) es pertinente y si está ajustada a derecho o no, y además, para resolver quejas presentadas por las personas internadas, sus familiares o representantes legales.

6.11 El sistema de atención a la salud mental en la realidad social.

En la Ciudad de México viven un total de 8,918,653 (Ocho millones novecientos dieciocho mil seiscientos cincuenta y tres) habitantes de acuerdo con el censo de 2015 del INEGI. El sistema de salud de la Ciudad de México se divide administrativamente en un total de 16 jurisdicciones sanitarias, mismas que coinciden con las Alcaldías de esta Ciudad, las cuales se enlistan a continuación:

1.- Jurisdicción sanitaria Álvaro Obregón: Cuenta con 8 Centros de Salud TI, 1 Centro de Salud TII, 7 Centros de Salud TIII y el Hospital General Enrique Cabrera.

2.- Jurisdicción sanitaria Azcapotzalco: Cuenta con 9 Centros de salud TI, 3 Centros de Salud TII y 2 Centros de Salud T-III, así como el Hospital Materno Infantil y el Hospital Pediátrico Azcapotzalco.

3.- Jurisdicción sanitaria Benito Juárez: Cuenta con 2 Centros de Salud TI, 2 Centros de Salud TIII y el Hospital General de Xoco.

4.- Jurisdicción sanitaria Coyoacán: Cuenta con 5 jurisdicciones sanitarias TI, 4 Centros de salud TII, 3 Centros de Salud TIII, 1 Centro de Control Canino y el Hospital Pediátrico de Coyoacán.

5.- Jurisdicción sanitaria Cuajimalpa: Cuenta con 9 Centros de Salud TI, 2 Centros de Salud TIII y el Hospital Materno Infantil.

6.- Jurisdicción sanitaria Cuauhtémoc: Cuenta con 5 Centros de Salud TIII, un Centro Dermatológico, 5 Clínicas de Especialidades, el Hospital General Gregorio Salas y el Hospital Pediátrico Peralvillo.

7.- Jurisdicción sanitaria Gustavo A. Madero: Cuenta con 18 Centros de Salud TI, 8 Centros de Salud TII, 5 Centros de Salud TIII, el Hospital General la Villa, el Hospital General Ticomán, el Hospital Materno Infantil Cuauhtepac, el Hospital Pediátrico San Juan de Aragón, el Hospital Pediátrico La Villa y 1 Centro Antirrábico.

8.- Jurisdicción sanitaria Iztacalco: Cuenta con 1 Centro de Salud TII, 4 Centros de Salud TIII y el Hospital Pediátrico Iztacalco.

9.- Jurisdicción sanitaria Iztapalapa. 11 Centros de salud TI, 7 Centros de salud TII, 5 Centros de Salud TIII, la Clínica de Displasias, la Clínica Comunitaria Santa Catarina, el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, Hospital General Iztapalapa, Hospital Pediátrico Iztapalapa.

10.- Jurisdicción sanitaria La Magdalena Contreras. 6 Centros de Salud TI, 1 Centro de salud TII y 1 Centro de salud TIII y el Hospital Materno Infantil.

11.- Jurisdicción sanitaria Milpa Alta. 7 Centros de Salud TI, 3 Centros de salud TII, 1 Centro de salud TIII y Hospital General Milpa Alta.

12.- Jurisdicción sanitaria Miguel Hidalgo. 5 Centros de salud TIII, 1 Clínica especializada condesa, el Hospital General Rubén Leñero, el Hospital Pediátrico Tacubaya, el Hospital Pediátrico Legaria.

13.- Jurisdicción sanitaria Tláhuac. 6 Centros de Salud TI, 4 Centros de salud TII, 2 Centros de salud TIII, la Clínica Comunitaria San Andrés Mixquic, el Hospital Materno Infantil Tláhuac.

14.- Jurisdicción sanitaria Tlalpan. 13 Centros de salud TI, 3 Centros de salud TII, 5 Centros de salud TIII y el Hospital Materno Infantil.

15.- Jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza. 5 Centros de Salud TI, 5 Centros de salud TII, 4 Centros de Salud TIII, el Hospital General Balbuena, el Hospital Pediátrico Moctezuma y el Hospital Pediátrico Iguarán.

16.- Jurisdicción sanitaria Xochimilco. 5 Centros de Salud TI, 2 Centros de salud TII, 5 Centros de salud TIII y el Hospital Materno Infantil.

En la Ciudad de México existen un total de 42 Centros de Salud TII y 56 Centros de Salud TIII, es decir un total de 98 Centros de Salud y 28 Hospitales, en los que la Secretaría de Salud local deberá instalar, administrar y operar un MÓDULO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL conformado por un equipo de salud mental integrado al menos por un Psicólogo, un Psiquiatra, un Enfermero y un Trabajador Social. Asimismo, las Unidades Médicas de los Reclusorios deberán contar con dichos Módulos.

No obstante lo anterior, casi ocho años después de que fue creada la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México, no se cuenta con ningún MÓDULO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL en los Centros de Salud TII y TIII, los Hospitales ni en las Unidades Médicas en Centros de Reclusión dependientes de la Secretaría de Salud, sino que existen servicios aislados de Psicología y Psiquiatría, incorporados a los Centros de Salud y Hospitales. En los Hospitales de la Red de Salud del Gobierno de la Ciudad de México no se cuenta con camas de hospitalización psiquiátrica.

De acuerdo con información pública gubernamental obtenida de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México en respuesta a la solicitud de información número 0321500126618 y de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México en respuesta a la solicitud de información número 0108000214018, en el primer nivel de atención constituido por los Centros de Salud existen 131 Psicólogos y 20 Psiquiatras. En el segundo nivel de atención constituido por los Hospitales hay 27 Psicólogos y 10 Psiquiatras. En las Unidades Médicas de los Centros de Reclusión hay 5 Psicólogos y 14 Psiquiatras. En total existen 168 Psicólogos y 44 Psiquiatras distribuidos en todas las jurisdicciones sanitarias dependientes de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, prestando servicios públicos de salud mental.

Como puede verse, si consideramos el total de la población que habita en la Ciudad de México y lo dividimos entre el número de profesionales de la salud mental de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México y los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México podemos concluir que se cuenta con un Psicólogo por cada 53,087 habitantes y un Psiquiatra por cada 202,696 habitantes. Si bien en la Ciudad de México existen otros prestadores de salud mental dependientes del Gobierno

Federal, los trabajadores de salud mental dependientes del Gobierno de la Ciudad de México resultan insuficientes para tender la demanda de la población en atención a la salud mental, máxime considerando que de acuerdo con el artículo 3 de la Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad, el derecho a la salud mental se le reconoce no solamente a los habitantes de la Ciudad sino también a quienes transiten por ella.

Por otro lado, de acuerdo con la respuesta a las solicitudes de información antes mencionadas, no existen planes ni a mediano ni a largo plazo para la construcción de Módulos de Atención en Salud Mental, lo cual contraviene lo dispuesto por el artículo 8, fracción V, y 26 de la Ley en comento, así como en los artículos 47, fracción VI, 48 y 51 del Reglamento de la Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad de México.

Asimismo, cabe señalar que en Febrero del 2011 cuando fue creada la multirreferida ley de salud mental existían en la Ciudad de México un total de 118 Psicólogos prestando servicios de salud mental y al 2018 hay 131 Psicólogos trabajando en dichos servicios, por lo cual en términos reales únicamente se ha contratado 13 Psicólogos más desde que dicha Ley fue creada. En el caso de los Psiquiatras, se pasó de 11 en el 2011 a 20 en el 2018, por lo cual se ha aumentado en 9 el número de prestadores de salud mental en dicha área a partir de la creación de la Ley en comento.

Por lo que hace al número de consultas de Psicología y Psiquiatría, ambas se contabilizaban conjuntamente como consultas de salud mental, siendo un total de 70,245 para el 2011 y 89,068 para el año 2012. Posteriormente, las consultas se comenzaron a contabilizar por separado, obteniendo los siguientes datos:

Consultas de Psicología.

2013	2014	2015	2016	2017
116,509	61,427	126,298	128,386	123,047

Consultas de Psiquiatría.

2013	2014	2015	2016	2017
17,343	12,499	23,528	26,201	23,019

De acuerdo con información brindada por los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México en respuesta a la solicitud de información número 0321500126618, el procedimiento para recibir ATENCIÓN PSICOLÓGICA en los CENTROS DE SALUD es el siguiente:

El paciente o usuario que tiene algún malestar emocional, puede solicitar la atención directamente en el área de Salud Mental por iniciativa propia, o puede ser referido por el Médico de la Consulta Externa del Centro de Salud o también puede ser enviado de las oficinas centrales a través de la Subdirección de Operación dependiente de la Dirección de Atención Médica para recibir atención, en los casos en que existe algún convenio como por ejemplo con el Tribunal Superior de Justicia, la Dirección General de Reclusorios y de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. Además, puede provenir de los CAPAS (Centros de Atención al Paciente con Adicciones) o de los Servicios Especializados de Prevención y Atención a la Violencia de Género (SEPAVIGES).

Por su parte, el procedimiento para recibir ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA es el siguiente:

La atención Psiquiátrica, se proporciona cuando el Psicólogo del área de Salud Mental considera que el usuario que está atendiendo necesita valoración psiquiátrica y/o, cuando es valorado por Psicología y se considera que el caso no es para atención psicológica, sino, para Psiquiatría. Puede llegar referido de algún Hospital Psiquiátrico como el Dr. Juan N. Navarro, Hospital Fray Bernardino Álvarez o Instituto Nacional de Psiquiatría, cuando el paciente ya está estable y debe continuar su atención en el Primer Nivel de Atención (Centros de Salud TII y TIII). De igual manera los Médicos de Consulta Externa de los Centros de Salud, pueden referirlos para la atención psiquiátrica y también del Nivel Central a través de la Subdirección de Operación dependiente de la Dirección de Atención Médica, en los casos que existe algún convenio como con el Tribunal Superior de Justicia, la Dirección General de Reclusorios y de la Comisión de Derechos Humanos

del Distrito Federal. Además, puede provenir de los CAPAS (Centros de Atención al Paciente con Adicciones) o de los Servicios Especializados de Prevención y Atención a la Violencia de Género (SEPAVIGES).

Por otro lado, de acuerdo con información brindada por la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México en respuesta a la solicitud de información número 0108000214018, el procedimiento para recibir ATENCIÓN PSICOLÓGICA o ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA en los HOSPITALES es para personas que están hospitalizadas por alguna causa médica, a través de una solicitud de interconsulta o para personas que son enviadas de alguna otra institución o servicio externo a la unidad médica, mismo que debe hacerse mediante el formato referencia-contrarreferencia.

En una nota periodística¹²³ publicada en el periódico Excelsior el día 22 de Agosto del 2017, se informó que la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México (Sedesa) dio a conocer que en 2016 y hasta agosto de 2017 se ha otorgado a través de los centros de salud, hospitales, clínicas y programas como El Médico en Tu Casa y Medicina a Distancia, más de 453 mil atenciones relacionadas a problemas de las alteraciones de la esfera mental, informó el doctor Alejandro Córdova Castañeda, responsable del Programa de Salud Mental.

Además, indicó que el programa de Salud Mental, tiene como ejes centrales la atención del estrés, la ansiedad, depresión, suicidio, el consumo de sustancias, entre otros, los problemas de la conducta alimentaria y espectro autista. El programa está diseñado para brindar una atención Integral a través de equipos multidisciplinarios integrados por psicólogos, trabajadoras sociales, médicos y enfermeras, además de un psiquiatra, quienes han brindado más de 273 mil 338 consultas de salud mental de 2016 a la fecha.

También refirió que una de las acciones con los centros de salud, son las jornadas de Salud Mental y la estrategia “Sana tu mente, sana tu cuerpo” en las delegaciones, para promocionar el cuidado, educación y se hacen estudios de tamizaje en población susceptible que de resultar positiva es canalizada para su atención, además de que se entrega información.

123

Recuperada de:
<https://www.excelsior.com.mx/comunidad/2017/08/22/1183326#view-1>.

Asimismo, se informó que a través del Centro de Atención Telefónica de Medicina a Distancia 51320909 se han realizado más de 98 mil 829 intervenciones de atención psicológica con intervenciones de asesoría, contención, información y orientación.

De igual forma, dio a conocer que mediante las 32 Unidades de Médicas de Atención y Prevención de Adicciones (UNEME- CAPA) se otorgaron 18 mil consultas y se aplicaron 62 mil 600 tamizajes de factores de riesgo en alumnos de educación media y media superior. Además de las atenciones brindadas en los dos centros hospitalarios de desintoxicación ubicados en Venustiano Carranza y Xochimilco.

Indicó que en cuanto al programa El Médico en Tu Casa, se otorgaron 8 mil 646 atenciones psicológicas, 205 identificaciones en adicciones, 300 personas con acompañamiento terapéutico al final de la vida, y un número similar de familiares con apoyo para el manejo del duelo. También recibieron ayuda de mil 656 personas con el diagnóstico de depresión, y mil 333 con trastorno de ansiedad y a 20 mil 978 usuarios se les ofreció información en prevención de adicciones.

Destacó la efectividad del programa de Prevención y Atención a la Violencia de Género mediante el cual 47 mil 815 mujeres y 3 mil 464 hombres recibieron apoyo psicológico.

También informó que para reforzar las políticas públicas de atención, el Jefe de Gobierno, Miguel Ángel Mancera, creó el programa Interinstitucional para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas, para sumar esfuerzos y detener el crecimiento del problema, afinar los procedimientos de identificación y contención, dar atención inmediata para las personas que están a punto de atentar contra su vida y además, instaló el Consejo de Salud Mental de la CDMX como órgano de consulta para coordinar estrategias interinstitucionales, actualizar referentes epidemiológicos, impulsar acciones de capacitación, y promoción de campañas informativas contra problemas específicos.

Por otro lado, cabe agregar que el Instituto de Asistencia e Integración Social del Gobierno de la Ciudad de México (IASIS), cuenta con 10 Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS). En dichos Centros se brinda cuidado y atención a niños, niñas, jóvenes, mujeres y hombres adultos, así como adultos mayores en situación de calle o alta vulnerabilidad de la

Ciudad de México, favoreciendo así su reinserción social. Dichos Centros se enlistan a continuación:

- 1.- Centro de Asistencia e Integración Social “Atlampa”.
- 2.- Centro de Asistencia e Integración Social “Azcapotzalco”.
- 3.- Centro de Asistencia e Integración Social “Cascada”.
- 4.- Centro de Asistencia e Integración Social “Coruña Hombres”.
- 5.- Centro de Asistencia e Integración Social “Coruña Jóvenes”.
- 6.- Centro de Asistencia e Integración Social “Cuautepec”.
- 7.- Centro de Asistencia e Integración Social “Cuemanco”.
- 8.- Centro de Asistencia e Integración Social “Plaza del Estudiante”.
- 9.- Centro de Asistencia e Integración Social “Torres de Potrero”.
- 10.- Centro de Asistencia e Integración Social “Villa Mujeres”.

Dichos Centros brindan asistencia social a población en situación de calle y vulnerabilidad social, así como con problemas de maltrato infantil, desintegración familiar, abuso sexual, extravío, abandono social, extrema pobreza y orfandad. El problema es que muchas de las personas que se atienden en los Centros de Asistencia e Integración Social padecen también problemas de salud mental leves, trastornos de personalidad, daños orgánicos, retraso mental, problemas de adicciones y problemas de salud mental severos, lo cual los hace doblemente vulnerables por condición social y condición de salud, sin que existan MÓDULOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL con un número suficiente de profesionales para atender a toda la población que vive en dichos Centros.

El CAIS PLAZA DEL ESTUDIANTE funciona como un centro filtro que proporciona atención de pernocta a hombres mayores de dieciocho años que se encuentran en situación de calle. El CAIS CASCADA atiende mujeres mayores de dieciocho años y adultas mayores con problemas de salud mental. El CAIS CORUÑA atiende a varones mayores de dieciocho años con

trastornos de personalidad, daños orgánicos y retraso mental. El CAIS CUEMANCO atiende mayores de dieciocho años con problemas de salud mental severos. El CAIS TORRES DE POTRERO proporciona atención médica y psicológica a hombres y mujeres mayores de diecisiete años con problemas de adicciones.

Dichos Centros funcionan en realidad como instituciones asilares para personas con trastornos mentales en situación de abandono social y el problema es que los mismos no están regulados en la Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad de México, ni cuentan con los servicios públicos de salud mental suficientes que requiere la población que atiende. Así por ejemplo, en la recomendación 2/2012 que le dirigió la entonces Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal a la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Salud y la Dirección General de los Servicios de Salud Pública se informó que las personas con discapacidad mental o psicosocial que residen en los CAIS CUEMANCO y LA CASCADA, carecen de atención psiquiátrica especializada, de medicinas y vivían en condiciones mínimas de salubridad e higiene, habiendo únicamente 2 psiquiatras para los 10 CAIS, lo cual resultaba insuficiente ya que tan solo en el CAIS CUEMANCO había una población de 338 hombres con problemas serios de salud mental mientras que en el CAIS LA CASCADA había 390 mujeres en la misma condición.

De acuerdo con el Boletín de 3 de Enero del 2018, publicado en la página electrónica de Atención Ciudadana del Gobierno de la Ciudad de México¹²⁴, en la Secretaría de Desarrollo Social se está trabajando en los Lineamientos para normar la prestación de los servicios sociales que se ofrecen en los Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS) a fin de garantizar los derechos humanos de la población ya que desde la creación del IASIS no se han emitido. Asimismo, se construyen las Reglas de Convivencia para cada uno de dichos Centros.

Como puede verse, se han realizado diversas acciones en materia de salud mental en la Ciudad de México, sin embargo pese a que la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México se creó desde el 2011 a la fecha aún no se cuenta con los Módulos de Atención a la Salud Mental en todos los Centros de Salud TII, Centros de Salud TIII, Hospitales y Unidades Médicas

¹²⁴ <https://www.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/alista-sedeso-lineamientos-para-prestacion-de-servicios-en-cais>.

de los Reclusorios. Además, la creación del programa de salud mental de la Ciudad de México y la instalación del Consejo de Salud mental se realizaron tardíamente.

Por lo que hace al financiamiento de la salud mental, de acuerdo con la respuesta a la solicitud de información pública gubernamental con número de folio 0108000268418, de fecha 13 de Septiembre del 2018, se informó que la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México ha recibido el siguiente presupuesto:

AÑO	PRESUPUESTO
2011	\$5,432,066,419.00
2012	\$5,648,125,830.00
2013	\$6,121,301,510.00
2014	\$6,475.749,465.00
2015	\$7,024,668,853.00
2016	\$7,024,668,853.00
2017	\$8,564,073,063.76
2018	\$9,953,019,851.00

Asimismo, en dicha respuesta, se informó que el presupuesto no se asigna a un área en específico sino que se maneja de manera centralizada, es decir que el mismo no se realiza como lo indica el artículo 66 de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México, asignando el cinco por ciento al área específica de salud mental sino que se maneja de manera centralizada por parte de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

En consecuencia, la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México, misma que recibió dicho presupuesto como sector central, en cumplimiento al artículo 66 de la ley antes citada debió haber destinado el 5% del mismo al ámbito de la salud mental, lo cual en el 2018, daría un presupuesto de \$497,650,992.55 (CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MILLONES, SESISCIENTOS CINCUENTA MIL, NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS 55/100), lo cual no se ha visto reflejado de ninguna manera en el sistema de salud mental local que tiene actualmente la Ciudad de México, por lo cual es evidente la renuencia a invertir en el ámbito de la salud mental.

De acuerdo con información pública gubernamental obtenida de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México en respuesta a la solicitud de información número 0108000209518, de fecha 20 de Julio del 2018, no se cuenta con el Programa de Salud Mental para la Ciudad de México requerido por el artículo 8, fracción I, de la Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad de México, ya que a partir del 2015 se opera como “Actividades Institucionales” en congruencia con el “Programa Sectorial de Salud 2013-2018”, mismo que no contempla nada relevante respecto al área de salud mental.

De acuerdo con dicha Secretaría se han implementado diversas acciones temporales en materia de salud mental cuando así ha sido necesario, contándose en forma permanente con:

- Clínica Especializada en Trastornos del Neurodesarrollo y el Espectro Autista.
- Incorporación del Componente de Atención a la Salud Mental del Adulto Mayor en la Clínica Especializada de Geriatria.
- Prevención y atención de las conductas suicidas.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Atención a las adicciones.
- Prevención y atención a la violencia de género.
- Cuidados paliativos.

Asimismo, la Secretaría refiere que se ha realizado la campaña educativa SANA TU MENTE SANA TU CUERPO, a través de Jornadas de Salud Mental en espacios públicos, en reclusorios, sesiones de promoción e información con un enfoque psicoeducativo en nivel bachillerato, sesiones de promoción e información en diversas instituciones del sector público y privado, sesiones de musicoterapia y risoterapia, así como distribución de materiales de promoción y educación. De igual manera, ha realizado la campaña ACTÚA SANAMENTE SIN ADICCIONES a través de jornadas de prevención contra las adicciones, sesiones de cine debate, sesiones para la formación de promotores de salud y muestra itinerante de los efectos del tabaco en instituciones del sector público y privado.

También se han coordinado o supervisado acciones para la salud mental relativas al Hospital de las Emociones del Instituto de la Juventud, Atención e Intervención Psicosocial y de Primeros Auxilios Psicológicos,

Prevención y Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia y Prevención y Atención a Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de maltrato.

La Secretaría de Salud a la fecha no ha creado el Sistema de Información, Vigilancia y Evaluación en Salud Mental contemplado desde 2011 en el artículo 8, fracción VI, de la Ley de Salud Mental en comento, por lo cual hasta el momento dicha información está incorporada a los sistemas integrales de información de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

La Secretaría de Salud ha instalado únicamente la línea telefónica 51-32-09-09, misma que brinda orientación médica y psicológica a la Ciudadanía las 24 horas del día durante los 365 días del año. Se proporciona orientación médica oportuna sobre diversos padecimientos y orientación psicológica para la resolución de conflictos y refiere a la ciudadanía a Centros de Salud y Hospitales de la red. Asimismo, se apoya psicológicamente a usuarias de la Interrupción Legal del Embarazo y se brinda asesoría a todas las mujeres embarazadas. No se ha creado la página electrónica señalada por el artículo 8, fracción VII, de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México para brindar orientación y canalización, en su caso.

Asimismo, la Secretaría de Salud indica que la asesoría de salud mental participa como miembro activo o como invitado en forma sistemática en el Consejo de Salud de la Ciudad de México, en el Consejo Directivo de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México y del Comité de Asistencia Psicosocial y de Primeros Auxilios Psicológicos de la Ciudad de México. También se asiste a otros órganos colegiados en forma no sistemática.

La Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México no ha establecido los lineamientos de coordinación para que las Delegaciones Políticas (Ahora Alcaldías) participen en el ámbito de su competencia en la promoción de la salud mental como lo indica el artículo 8, en su fracción XI, de la Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad de México. Tampoco existe ningún convenio específico entre la Secretaría de Salud y la Secretaría del Trabajo para fomentar el empleo de las personas con trastornos mentales conforme al artículo 8, fracción XI, de la Ley antes citada. Dicha Secretaría ha sido omisa en presentar los informes anuales sobre las políticas implementadas en materia de salud mental desde el 2011 como lo indica el artículo 8, fracción XII, de la Ley de salud mental multirreferida,

sin embargo dicha información la presenta anualmente en la comparecencia del Secretario de Salud de la Ciudad de México ante la Asamblea Legislativa de la Ciudad de México.

Como puede verse, no obstante que en la Ley de Salud Mental de la entidad y su reglamento se establecen las bases para un sistema de salud mental de la Ciudad de México que permita que las personas reciban un tratamiento integral para la mejora y recuperación de su bienestar psíquico cuando este se haya alterado, lo cierto es que aún falta mucho por hacer para lograr que toda la población cuente con servicios públicos de salud mental de calidad para atender la magnitud de la problemática actual existente en el campo de la salud mental.

Esto significa que si la **Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México** no ha instalado los MÓDULOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL previstos en la Ley, en consecuencia es evidente que no existe voluntad política en el cumplimiento de dicha ley, lo cual aunado a los déficits presupuestales, ha obstaculizado la creación, desarrollo y consolidación de un verdadero sistema de atención a la salud mental, siendo esta situación perjudicial para la salud mental de la población, misma que constituye una clara violación al derecho a la protección de la salud y específicamente al derecho a la salud mental de las personas.

Cabe recordar que las disposiciones legales antes citadas se establecieron desde el 2011 y es apenas hasta julio del 2016 que la Secretaría de Salud de la Ciudad de México instaló el Consejo de Salud Mental. Es decir que no fue sino hasta el 2016 en que el gobierno de la ciudad comenzó a tomar en serio la salud mental y esperamos que dicho Consejo se avoque a la creación de un programa de salud mental que coordine e impulse las acciones que sean necesarias para construir una red de salud mental integrada por los distintos niveles de atención a la salud mental que en colaboración con las demás dependencias de los sectores público, privado y social, atiendan las necesidades de salud de la población y tengan como base la atención primaria a la salud a través de módulos multidisciplinarios de atención a la salud mental que sean cercanos a la población y brinden los servicios públicos de salud mental que se requieren.

En conclusión, el gobierno de la Ciudad de México aún no ha consolidado un verdadero sistema de salud mental, siendo dicha ley desconocida entre muchos profesionales de la salud mental. No obstante lo

anterior, algunas entidades federativas como Morelos, Sonora, Jalisco, Michoacán, Querétaro, Sinaloa, Baja California, Nuevo León, Chihuahua, Zacatecas, Yucatán y Campeche han creado leyes especializadas en salud mental a imagen y semejanza de dicha ley, reconociéndose de esta forma la necesidad de regular todo lo relativo al derecho a la salud mental en nuestro país.

CAPÍTULO VII

EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN DISTINTAS LEYES LOCALES DE SALUD MENTAL DE MÉXICO.

En este capítulo revisaremos la forma en que se ha definido el derecho a la salud mental en las leyes de salud mental de los Estados de Morelos (Octubre de 2011), Sonora (Diciembre de 2013), Jalisco (Enero de 2014), Michoacán (Septiembre de 2014), Querétaro (Septiembre de 2017), Sinaloa (Diciembre de 2017), Baja California (Febrero de 2018), Nuevo León (Mayo de 2018), Chihuahua (Junio de 2018), Zacatecas (Julio de 2018), Yucatán (Agosto de 2018) y Campeche (Octubre, 2018), mismas que como se verá fueron realizadas a imagen y semejanza de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México (Febrero de 2011), revisada en el capítulo anterior. Asimismo, revisaremos brevemente la forma en que se ha delineado el sistema de salud mental que pretende garantizar el derecho a la salud mental en las entidades federativas mencionadas.

7.1.- Definición del derecho a la salud mental:

Si bien todas las leyes de salud mental locales de nuestro país reconocen la existencia del Derecho a la Salud Mental, las leyes de los Estados de Michoacán (Art. 3), Querétaro (Art.3), Chihuahua (Art.3), Sinaloa (Art.9, fracción I) y Campeche (Art.6, fracción I) no aportan una definición legal del mismo.

Las leyes de salud mental de Jalisco (Art. 5, fracción III), Baja California (Art. 6, fracción IV), Zacatecas (Art. 4, fracción V), y Nuevo León (Art. 4, fracción IX) coinciden plenamente con la definición de la ley de salud mental de la Ciudad de México (Art. 5, fracción IV), si bien Zacatecas lo describe explícitamente como derecho humano, en esencia definen al derecho a la salud mental como:

“El Derecho de toda persona al *bienestar psíquico*, identidad, dignidad, respeto y un tratamiento integral con el propósito de una óptima integración social, para lo cual el Gobierno tiene la

obligación de planear, organizar, operar y supervisar el funcionamiento de los servicios a los que se refiere la Ley de Salud Mental”.

Las Leyes de salud mental de Morelos (Art. 7, fracción IV), Sonora (Art. 7, fracción II) y Yucatán (Art. 5, fracción VIII) coinciden con la definición aportada por la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México, pero agregan el bienestar físico y además, Sonora y Yucatán señalan que dicho derecho es una garantía, por lo cual lo definen como:

“El Derecho o garantía de toda persona al *bienestar psíquico y físico*, identidad, dignidad, respeto y un tratamiento integral con el propósito de una óptima integración social, para lo cual el Gobierno del Estado tiene la obligación de planear, organizar, operar y supervisar el funcionamiento de los servicios a los que se refiere la Ley de Salud Mental.”

Además, cabe señalar que todas las leyes de salud mental locales reconocen que el derecho a la salud mental lo tienen todas las personas que habiten o transiten en dichas entidades federativas, sin discriminación alguna por ningún tipo de condición, por lo cual se le reconoce su universalidad, ya que incluso una ley lo señala como derecho humano y dos leyes más lo describen como una garantía. En esencia, todas las definiciones del derecho a la salud mental incluyen como elementos de este al bienestar psíquico, la identidad, la dignidad, el respeto y el derecho a un tratamiento integral con el propósito de una óptima integración social y se le asigna al Gobierno las obligaciones de planear, organizar, operar y supervisar el funcionamiento de los servicios de salud mental.

7.2.- Definición legal de salud mental.

Todas las leyes de salud mental locales contienen una definición de salud mental. Así, las Leyes de Salud Mental de los Estados de Morelos (Art. 2), Michoacán (Art.2), Querétaro (Art.2, fracción VII), Baja California (Art.3),

Zacatecas (Art.4, fracción XIV), Yucatán (Art.3), Sinaloa (Art.3) y Campeche (Art.3, fracción I), si bien la de Morelos le agrega el bienestar físico, coinciden con la aportada en la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México (Art. 2) y señalan que:

“La salud mental es el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad”.

Por su parte, las Leyes de Salud Mental de los Estados de Sonora (Art.3) y Jalisco (Art.3), se apegan a la definición proporcionada por la Organización Mundial de la Salud y en ese sentido, refieren que:

“La Salud mental es el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

En el caso de la Ley de Salud Mental del Estado de Nuevo León (Art.4, fracción XXV), así como la Ley de Salud Mental del Estado de Chihuahua (Art. 5, fracción II), en su definición de salud mental contienen elementos tanto de la definición contenida en la ley psicosanitaria de la Ciudad de México como de la aportada por la OMS, al mencionar que:

“La salud mental es el bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, así como por el buen funcionamiento de los aspectos cognoscitivos, afectivos, conductuales, que permiten *afrontar las tensiones normales de la vida*, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”

Asimismo, la Ley psicosanitaria de Nuevo León, en su artículo 58, señala que en el marco de dicha Ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Dicha conceptualización

de la salud mental como proceso es una reproducción exacta del artículo 3 de la Ley Nacional de Salud Mental de Argentina número 26.657.

Como puede verse, las definiciones de salud mental adoptadas en las distintas leyes psicosanitarias, coinciden en describirla como un *estado de bienestar psicológico del individuo*, el cual es resultado de un buen funcionamiento de sus capacidades de pensar, sentir y actuar, que le permite afrontar las tensiones normales de la vida, y el despliegue óptimo de sus potencialidades para la convivencia, el trabajo productivo y fructífero, así como la recreación, y el ser capaz de hacer una contribución a su comunidad.

7.3.- Derechos de las personas que padecen trastornos mentales.

Todas las leyes de salud mental locales contienen un catálogo de los derechos que se les reconocen a las personas con trastornos mentales y del comportamiento usuarias de los servicios de salud mental. Así, las Leyes de Salud Mental de los Estados de Morelos (Art. 10), Sonora (Art.10), Jalisco (Art.6) Michoacán (Arts.7 y 8), Querétaro (Art.7), Baja California (Art.7), Nuevo León (Art. 5) Zacatecas (Arts.9 y 10), Sinaloa (Art. 9), Chihuahua (Art.6), Yucatán (Art.7) y Campeche (Art.6), coinciden de forma general con la lista de derechos positivizados en la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México (Art.6) si bien se pueden encontrar algunas diferencias. En los casos de Morelos, Sonora y Yucatán, se les denomina derechos fundamentales a los derechos referidos en los artículos antes citados. Además, la ley psicosanitaria de Chihuahua en su artículo 29 reconoce dieciséis libertades fundamentales o derechos humanos de las personas adultas mayores con trastornos mentales.

La ley de Campeche enlista 8 derechos, la de Sinaloa 9, la de Querétaro 10, la de Baja California 11, la de Jalisco 14, la de Chihuahua 17, las de la Ciudad de México y Morelos 18, la de Yucatán 20, la de Sonora 27, la de Zacatecas 28, la de Michoacán 29 y la de Nuevo León 41.

Un aspecto importante consiste en que de las trece leyes locales de salud mental que existen en nuestro país, únicamente dos de ellas contemplan el **derecho a recibir los medicamentos** prescritos por los especialistas, que en este caso son la Ley de Salud Mental en vigor en la

Ciudad de México (Art. 6, fracción XV) y la Ley de Salud Mental del Estado de Nuevo León (Art.5, fracción XXXIV). En el caso de Yucatán, si bien su ley no contempla expresamente dicho derecho, sí contiene una disposición en su artículo 65, fracción IV, que establece que para la óptima calidad de los servicios prestados se deberá garantizar presupuesto específico asignado para la contratación de recursos humanos, abasto de medicamentos psicotrópicos e infraestructura requerida.

Al respecto, es importante señalar que de acuerdo con el Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación¹²⁵, los medicamentos psicotrópicos (drogas psicotrópicas) son esenciales para el tratamiento de algunos trastornos mentales, y juegan un papel importante en la prevención secundaria. Sin embargo, en muchos países los medicamentos psicotrópicos más básicos ni siquiera se encuentran a disposición. La acción legislativa puede mejorar la disponibilidad de los medicamentos en los niveles de atención primario y secundario. La legislación también puede ayudar a mejorar el acceso a la medicación en países donde existen pocos o ningún psiquiatra, por ejemplo, permitiendo a los médicos generales, o a otros especialistas médicos con el entrenamiento adecuado, a prescribir medicamentos psicotrópicos.

Otro aspecto relevante es que si bien la mayoría de las leyes de salud mental locales enuncian explícitamente el derecho a recibir atención médica, únicamente la ley de salud mental de Chihuahua contempla el **derecho a recibir atención psicológica**, lo cual es fundamental para garantizar un tratamiento multidisciplinario. No obstante, si bien podría considerarse que el derecho a la atención psicológica se encuentra implícito en el derecho a la atención médica, al ser una actividad afín a la misma, lo ideal es que dicho derecho se individualice y se enuncie claramente, máxime considerando que las propias leyes de salud mental asignan importantes funciones de evaluación psicológica, diagnóstico y psicoterapia, así como otras acciones de atención integral en salud mental a los Psicólogos.

Sobre este particular, el Manual de la OMS antes citado ha señalado que la sola medicación no es suficiente para el tratamiento de la mayoría de los trastornos mentales. Otras intervenciones psicosociales, como el asesoramiento, las psicoterapias específicas y la rehabilitación vocacional

¹²⁵ Michelle Funk, et al., (coord.), *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*, Suiza, ed. OMS, p. 33.

son igualmente importantes. Así, mejorar el acceso a tales intervenciones requiere tanto iniciativas políticas como acción legislativa.

Por otro lado, la Ley de Salud Mental de Yucatán, es la única que establece que las personas que padezcan algún trastorno mental tienen derecho a recibir una pensión por discapacidad psicosocial en un monto similar al de personas con discapacidad física (Art.7, fracción XX).

En el caso de la Ley de Salud Mental de Nuevo León, es la que contempla una mayor cantidad de derechos que las demás leyes locales de salud mental, en esencia coincide con los derechos mencionados en la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México y agrega los derechos reconocidos en la norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-2014.

7.4.- Autoridades de salud mental.

La mayoría de las Leyes de Salud Mental locales señalan como principal autoridad sanitaria a la SECRETARÍA DE SALUD de cada Estado, misma que actuará a través de un organismo denominado SERVICIOS DE SALUD, y se encargará principalmente de planear, organizar, operar y supervisar el funcionamiento de los servicios de salud mental que se presten en la Red Estatal de Salud Mental. Asimismo, incluyen un CONSEJO DE SALUD MENTAL local con carácter interinstitucional, que es básicamente un órgano consultivo para el desarrollo de planes, programas y proyectos en materia de salud mental. Un problema de dichos Consejos es que solamente los Estados de Nuevo León, Yucatán, Sinaloa, Chihuahua y Baja California incluyen en su integración como miembros permanentes a profesionales de la salud mental tales como Psicólogos o Médicos Psiquiatras.

Los Estados de Jalisco, Sinaloa, Chihuahua y Yucatán cuentan además con un INSTITUTO DE SALUD MENTAL, Baja California cuenta con un INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA, Sonora cuenta con una DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES, Campeche cuenta con la Dirección de Servicios de Salud del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche, mismos que se encargan de ejecutar las atribuciones conferidas a la Secretaría de Salud y a los Servicios de Salud Estatales. Querétaro cuenta con un CENTRO ESTATAL DE SALUD

MENTAL (CESAM) que concentra las atribuciones que las demás leyes le asignan a la Secretaría de Salud, a los Servicios de Salud, al Consejo de Salud Mental y a los Institutos de Salud Mental. En Nuevo León, si bien se cuenta con un INSTITUTO DE SALUD MENTAL, el mismo está subordinado a la Secretaría de Educación, y fue creado desde 1978 y refundado en 2013 para atender problemas de niños, niñas y adolescentes en edad escolar y sus familias, brinda estudios de posgrado en psicoterapia y capacita a los docentes y personal administrativo para detectar factores de riesgo que alteren la salud en la comunidad escolar y la sociedad.

7.5.- Regulación del sistema de atención a la salud mental.

De acuerdo con el *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*¹²⁶, la legislación puede jugar un papel importante en la mejora del acceso a la atención en salud mental. Dicho manual explica que mejorar el acceso significa aumentar la disponibilidad de servicios, mejorar la accesibilidad financiera y geográfica, y proveer servicios aceptables y de calidad adecuada.

Asimismo, en dicho Manual se establece que los países pueden formular legislación que asegure la introducción de intervenciones de salud mental en la atención primaria de salud para que las prestaciones de salud mental estén en igualdad de situación con las prestaciones generales de salud. En países de bajos recursos, con aguda escasez de profesionales de salud mental, la prestación de servicios de salud mental a través de la atención general de salud es la estrategia más viable para mejorar el acceso de la población carenciada a los servicios de salud mental. La atención integrada puede facilitar la reducción del estigma asociado con requerir asistencia de servicios de salud mental estructurados verticalmente, de modo que puede mejorarse la accesibilidad.

Además, se apunta en dicho Manual que es claro que la legislación no puede poner en funcionamiento las disposiciones si la infraestructura y el personal no han sido preparados y colocados en su lugar. Por ejemplo, debe entrenarse al personal para tratar con trastornos mentales, y la medicación debe estar disponible.

¹²⁶ *Ibidem*, p. 31.

En México todas las leyes locales de salud mental plantean la configuración de una red o sistema estatal de salud mental. Generalmente prevén la existencia de diversos dispositivos de atención a la salud mental ambulatorios, tales como Módulos o Centros de Atención a la Salud Mental o Unidades de Atención Ambulatoria Inmediata integrados a diversos Centros de Salud, Hospitales y Centros de Reclusión. Asimismo, la mayoría de dichas leyes prevén la existencia de Módulos Comunitarios de Atención a la Salud Mental para brindar atención en los municipios, así como Centros Integrales de Salud Mental (UNEME-CISAME) y Centros de Atención a las Adicciones (UNEME-CAPA).

Las leyes de Yucatán, Sonora, Querétaro, Morelos, Nuevo León y Jalisco (en su reglamento) prevén Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales o Unidades de Hospitalización de Corta Estancia con servicio de Hospital de Día, con camas para el internamiento de pacientes y atención en consulta externa.

En el caso de Nuevo León se prevén más dispositivos de atención a la salud mental que en cualquier otra ley psicosanitaria del país y destaca por ser la única ley que contempla Unidades Residenciales Protegidas, Casas de Medio Camino, Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica, Centros de Capacitación Laboral, Equipos Móviles para casos de desastres y Equipos de atención de emergencias domiciliarias, entre otras.

Además, la ley de salud mental del Estado de Nuevo León es la única en que se prevé un Centro Integral de Salud Mental de Niñas, Niños y Adolescentes. En Chihuahua se prevé la existencia de Unidades de Psiquiatría Infantil o camas destinadas para casos de urgencias psiquiátricas en Hospitales Infantiles o Generales. En Campeche se prevé un Centro de Rehabilitación en el Sistema para atención de niños, niñas y adolescentes farmacodependientes. En el caso de Sonora y Morelos se establece que en las Unidades de Hospitalización de Corta Estancia deberán incluirse Servicios de Atención a infantes, niños y adolescentes y Geriátrica y Gerontología. En el caso de Yucatán, el ingreso de menores a hospitalización deberá realizarse en establecimientos o áreas destinadas a menores en un Hospital General o en el Hospital Psiquiátrico Yucatán.

Por otro lado, la mayoría de los Estados prevén la existencia de una línea telefónica y una página electrónica para orientación y atención en crisis o canalización, con excepción de los Estados de Nuevo León,

Zacatecas y Querétaro. Yucatán prevé el servicio de Telepsiquiatría para brindar servicio a distancia y optimizar el uso de recursos.

Las leyes psicosanitarias de los Estados de Nuevo León, Sonora, Querétaro, Morelos, Campeche, Sinaloa y Jalisco (en su reglamento), al igual que la de la Ciudad de México, prevén la existencia de un Sistema de Información, Evaluación y Vigilancia en Salud Mental. En la ley de Michoacán se prevé un Centro de Investigación e Información en Salud Mental. La de Yucatán indica que la información, vigilancia y evaluación de salud mental se realizará en el Sistema Estatal de Vigilancia Epidemiológica. En las leyes de Zacatecas, Chihuahua y Baja California no se prevé ningún sistema de información, vigilancia y evaluación en salud mental.

Es importante resaltar que las Leyes de Salud Mental de los Estados de Yucatán y Campeche son las únicas que de forma explícita prevén la existencia de Hospitales Psiquiátricos, además de los demás dispositivos de salud mental ambulatorios o en hospitales generales. Las demás leyes de salud mental locales no contemplan en su sistema de atención a la salud mental a los Hospitales Psiquiátricos sino más bien adoptan un modelo de atención a la salud mental basado en dispositivos de atención a la salud mental ambulatorios de base comunitaria con Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales o Unidades de Hospitalización de Corta Estancia, sin embargo no aclaran qué deberá suceder con los actuales Hospitales Psiquiátricos que existen en las respectivas entidades federativas.

Este cambio en el modelo de atención a la salud mental y el progresivo surgimiento de legislación local especializada en dicha área es tardío en nuestro país ya que desde 1990, en la CONFERENCIA SOBRE REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN AMÉRICA LATINA “DECLARACIÓN DE CARACAS”, de la Organización Panamericana de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en Caracas, Venezuela, en noviembre de ese año, se instó a los ministerios de salud y a los parlamentos, a que las legislaciones de los países aseguraran los derechos humanos y promovieran la organización de servicios comunitarios de salud mental, ligados a la atención primaria a la salud, revisando críticamente el papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios.

Incluso de la DECLARACIÓN DE MÉXICO PARA LA REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE 12 DE

OCTUBRE DE 2006, se desprende que los distintos Secretarios de Salud de los Estados y la Secretaría de Salud Federal a través del Consejo Nacional de Salud Mental, eran conscientes de que la atención psiquiátrica convencional, en un mundo globalizado, no podría alcanzar metas compatibles con atención de amplia cobertura con calidad y equidad, de base comunitaria, descentralizada, continua e integral. Por tal motivo, se declaró que resultaba imperioso incrementar los esfuerzos nacionales y regionales conducentes al fortalecimiento de los procesos de reforma de la atención psiquiátrica convencional para superar el tradicional déficit en la atención integral en salud mental y adecuar la legislación nacional para que la implementación de modelos alternativos de base comunitarias sea posible.

No obstante lo anterior, no fue sino hasta el 2011 en que se creó en México la primera ley de salud mental de la Ciudad de México, y a nivel nacional no existe una ley especializada en dicha área. El reto principal ahora, será que las autoridades sanitarias implementen los modelos de atención a la salud mental previstos en la ley y los evalúen a fin de ir mejorando la prestación de los servicios públicos de salud mental y realizar las correspondientes modificaciones que sean necesarias a las leyes psicosanitarias.

De acuerdo con Botega, N.J. y Larrobla, C.¹²⁷, la Psiquiatría comenzó en el siglo XX bajo el signo de un modelo asistencial asilar y excluyente. Una crítica a dicho modelo ha propuesto una modalidad de atención basada en Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales (UPHG) como una de las alternativas al Hospital Psiquiátrico tradicional. Después de la segunda guerra mundial, se observó un incremento en el número de UPHG, sobre todo en América del Norte, donde el 60% de las admisiones psiquiátricas son hechas en hospitales generales. Una de las razones para ese cambio fue la crítica a los Hospitales Psiquiátricos por su carácter aislador, estigmatizante y productor de anomia. Otra razón, fue la experiencia de pequeñas enfermerías psiquiátricas en hospitales generales militares, en las que se trataban soldados en situación de crisis o víctimas de un trastorno mental agudo. Tal experiencia demostró de una manera concreta, a los médicos y al personal técnico y administrativo, la posibilidad de tratar eficazmente a pacientes mentales en Hospitales Generales. Así, la

¹²⁷ Botega, N.J. y Larrobla, C., "Psiquiatría en el Hospital General", Rodríguez, J. (ed.) *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de Caracas*, Washington, ed. OPS-OMS, 2007, p. 273.

hospitalización psiquiátrica ya no se veía como el centro de asistencia psiquiátrica, y surgió la idea de que ésta debería estar integrada en las estructuras asistenciales extra-murales (unidades de cuidado ambulatorios y centros de salud regionalizados), en las que se favoreciese al máximo la continuidad terapéutica. Además, se emplearon abordajes psicoterapéuticos y socioterapéuticos.

A continuación, se señalan las ventajas y desventajas de las Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales (UPHG) referidas por Botega y Larrobla. De acuerdo con dichos autores las principales ventajas de las UPHG son las siguientes:

- Disminución del estigma impuesto al enfermo y la enfermedad. En el hospital general, el enfermo mental pasa a ser visto como un paciente semejante a los otros.
- Proximidad y acceso. En general, los hospitales generales están próximos a las poblaciones servidas y son más accesibles. La mayor proximidad favorece la regionalización de los servicios, la continuidad de la asistencia, el tratamiento temprano de los trastornos mentales y disminuye, cuando menos en parte, el riesgo de la cronificación.
- Mayor transparencia de la práctica psiquiátrica: los hospitales generales, no estando tan aislados, permiten una mejor observación del trato dado a los pacientes y hasta la fiscalización contra posibles abusos y maltratos.
- Mejor atención a la salud física: la mayor disponibilidad de médicos de diversas especialidades y de recursos diagnósticos, facilita la detección y el tratamiento de interurrencias somáticas. Los estudios epidemiológicos han demostrado exhaustivamente la alta prevalencia de dolencias somáticas en los pacientes mentales.
- Mayor intercambio interdisciplinario entre las especialidades médicas, que favorece la asistencia, la investigación y la formación de los profesionales de la salud.

Entre las desventajas de las UPHG en comparación con los hospitales psiquiátricos se han mencionado:

- Limitación e inadecuación del espacio físico: la mayoría de los hospitales generales no dispone de patios para la exposición al

sol, áreas verdes, huertos, áreas para deportes, salas de fiestas, etc.

- En muchas UPHG, debido a una adhesión excesiva al modelo médico, el tratamiento está centrado en las terapias somáticas (farmacoterapia, electroconvulsoterapia). Por otra parte, el énfasis puesto en los tratamientos sintomatológicos puede ir en desmedro de la atención y pasar por alto la subjetividad de los pacientes.
- Las internaciones en los hospitales generales son por lo común de breve duración. Las altas precoces, sin el adecuado seguimiento de los pacientes en servicios ambulatorios, implican un mayor número de reingresos y mayores dificultades en relación con la rehabilitación.

Desde nuestro punto de vista, las ventajas de construir Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales son mayores que las desventajas que señalan dichos autores porque si bien en los Hospitales Generales existe limitación de espacios para exposición a áreas verdes, ello no se convertirá en un grave inconveniente si los internamientos se realizan únicamente por periodos breves o limitados. Por otro lado, la crítica que se hace a las Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales respecto a que en ellas se realiza una adhesión excesiva al modelo médico aplicándose farmacoterapia y electroconvulsoterapia pasando por alto la subjetividad de los pacientes, dicha situación no es exclusiva de dichas Unidades sino que es la prevaleciente en los Hospitales Psiquiátricos tradicionales de nuestro país donde se da muy poca atención psicoterapéutica y no se escucha adecuadamente a los pacientes. Dicho inconveniente podría saldarse en las Unidades de Psiquiatría incorporando profesionales de la Psicología y el Psicoanálisis enfocados en la psicoterapia con pacientes agudos.

Por su parte, los investigadores antes citados refieren que la hospitalización psiquiátrica en las Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales ha sido objeto de interminables discusiones. Por ejemplo, se cuestiona si esas unidades, junto con los Centros de Atención Psicosocial podrán llegar a sustituir completamente a los hospitales psiquiátricos. Dichos autores comentan que tal polémica ha sido determinada por posturas políticas y doctrinarias en conflicto, lo que hace que el debate sea más complejo que el suscitado por la simple adherencia a opciones técnicas diferentes. De acuerdo con dichos investigadores, la Unidad de Psiquiatría en Hospital General es una alternativa más entre las diferentes modalidades

asistenciales que deberían ser ofrecidas por la red de servicios de atención de la salud mental. Otro punto de discusión se refiere a la coexistencia de las Unidades de Psiquiatría en Hospital General y los Hospitales Psiquiátricos, que puede dar origen a un sistema asistencial doble, en el que los pacientes agudos, de buen pronóstico, irían a los hospitales generales y los crónicos, más graves, a los Hospitales Psiquiátricos.

Los autores referidos sostienen que la reestructuración de la asistencia psiquiátrica, al tiempo que garantiza al Hospital General un papel estratégico en la atención en salud mental, dependerá ciertamente de los esfuerzos conjuntos de la universidad (modelo asistencial, capacitación profesional e investigación) y de los administradores de salud. Entretanto, el sector público viene enfrentado serias dificultades operativas debido a la exigüidad de los recursos disponibles. Estas circunstancias constituyen grandes obstáculos para transformar un discurso de intenciones en una realidad práctica.

7.6.- La regulación de la Psicoterapia:

Las leyes de salud mental de los Estados de Baja California (Art.6, fracción XXII), Michoacán (Art. 21) y Morelos (Arts. 7, fracción XXV, y 29), al igual que la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México (Arts.5, fracción XXII, y 25) establecen que el Psicoterapeuta debe ser Psicólogo con posgrado en Psicoterapia. Las leyes psicosanitarias de Zacatecas (Arts. 4, fracción XI y 24) y Baja California (Arts.6, fracción XXII y 8) también establecen que el Psicoterapeuta debe ser Psicólogo pero no especifican que deba contar con posgrado en Psicoterapia (Art. 24).

Por otro lado, la ley de Campeche (Art. 31) señala que el Psicoterapeuta debe ser Psicólogo o Psiquiatra con cédula profesional y con estudios de posgrado en psicoterapia, realizados en instituciones que cuenten con validez oficial. En el caso de Chihuahua (Art.35), el Psicoterapeuta debe tener licenciatura en Psicología Clínica o especialidad en Psiquiatría, y haber obtenido su cédula profesional y *preferentemente* contar con estudios de posgrado en psicoterapia, realizados en instituciones que cuenten con validez oficial. Por su parte, las leyes de Querétaro (Arts. 2, fracción V y 20) y Nuevo León (Arts.4, fracción XXII y 51) establecen que

el Psicoterapeuta debe ser Médico o Psicólogo pero no especifican que deba contar con posgrado en Psicoterapia.

La ley de salud mental de Sonora (Arts. 7, fracción XIX, y 29) y la de Sinaloa (Art. 31) permiten que cualquier profesional de la salud pueda ser Psicoterapeuta siempre y cuando cuente con posgrado en Psicoterapia. La ley de Yucatán (Arts.5, 69, fracción I, 71, fracción II, y 75, fracción II) establece que la Psicoterapia sea realizada por un especialista pero no especifica qué profesión o posgrado se requiere, aunque en el caso de las Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales y en las Villas de Transición Hospitalaria si se especifica que deberán contar con profesionales con posgrado en Psiquiatría y Psicología Clínica. En el caso de Jalisco no se especifica nada sobre la regulación de la Psicoterapia.

En general las leyes coinciden en que la Psicoterapia es el conjunto de métodos y recursos utilizados para el tratamiento psicológico de las personas, mediante los cuales interacciona la persona usuaria y el Psicoterapeuta con el propósito de promover la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integridad de la identidad psicológica, el bienestar de las personas y el mejoramiento de su calidad de vida.

7.7.- Regulación del internamiento u hospitalización.

Las leyes de salud mental de los Estados de Morelos (Art.47), Querétaro (Art.45), Zacatecas (Art.22), Sonora (Art.46), y Michoacán (Art.60) coinciden con la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México (Art.50) al prever la existencia de tres tipos de ingreso a hospitalización: el ingreso voluntario, el ingreso de emergencia y el ingreso por orden de autoridad. En el caso de las respectivas leyes de Campeche (Art. 48) y Sinaloa (Art.60) se prevén 4 tipos de ingreso: voluntario, involuntario, de emergencia y por orden de autoridad, no obstante lo anterior, el ingreso involuntario y el de emergencia son prácticamente iguales.

La ley de salud mental de Yucatán (Art.77) y la ley de salud mental de Chihuahua (Arts. 7 a 11) prevén el ingreso voluntario, el ingreso involuntario y el ingreso por orden de autoridad o internamiento obligatorio. En la ley de Nuevo León (Art. 75), se prevé que el internamiento podrá ser voluntario o involuntario. Las leyes psicosanitarias de Baja California y

Jalisco no contemplan expresamente ninguna regulación específica del internamiento, por lo cual en dichas entidades la hospitalización deberá regirse conforme a lo dispuesto en la Ley General de Salud y las normas oficiales mexicanas.

En general las leyes coinciden en que sólo podrá recurrirse al internamiento cuando el tratamiento no pueda llevarse a cabo de forma ambulatoria. Para el internamiento voluntario se requiere de la indicación del médico tratante y de la autorización de la persona usuaria, ambas por escrito, informando a sus familiares o a su representante legal. El internamiento de emergencia o involuntario se presenta en el caso de personas con trastornos mentales severos que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico psiquiatra y la autorización de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión. El internamiento por orden de autoridad se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad competente, siempre y cuando el paciente lo amerite de acuerdo con el examen médico psiquiátrico.

De manera general los internamientos deben ser indicados por un Médico Psiquiatra. Una excepción a lo antes referido, lo constituye la Ley de Salud Mental de Zacatecas que prevé que el internamiento voluntario puede indicarlo cualquier profesional de salud mental. En el caso de internamiento de emergencia el mismo debe ser indicado por algún profesional de la salud mental especializado, y cuando el internamiento sea por orden de autoridad sólo procederá si el ingreso es dictaminado por un Psicólogo o Psiquiatra. Asimismo, la Ley de Salud Mental de Sinaloa, prevé en su artículo 61, fracción II, la posibilidad de que cualquier profesional de la salud mental pueda indicar un internamiento involuntario.

El espíritu de las leyes de Zacatecas y Sinaloa es semejante al contenido en los artículos 16, inciso a) y 20, inciso a), de la **Ley Nacional de Salud Mental de Argentina**, mismos que disponen que para el internamiento de personas se requiere un dictamen con la firma de dos profesionales de distintas disciplinas, uno de los cuales deberá ser **Psicólogo o Médico Psiquiatra**. Es decir que se rompe con la tradición de que únicamente el Médico Psiquiatra es el profesional de la salud que puede autorizar un internamiento.

La mayoría de las leyes psicosanitarias referidas disponen que dentro de las 24 horas siguientes a la admisión de la persona usuaria se inicie la evaluación correspondiente para establecer el diagnóstico presuntivo, de situación y el plan de tratamiento. Asimismo, señalan que los internamientos serán comunicados al Director del establecimiento, al familiar o representante legal y al juez de la causa si correspondiere. En la Ciudad de México se señala que si se trata de un menor de edad o el internamiento sea por orden de autoridad, además se deberá informar de oficio al Ministerio Público.

En el caso de Yucatán la ley psicosanitaria dispone que los internamientos involuntarios deberán comunicarse inmediatamente al ministerio público o autoridad competente. Asimismo, respecto a la hospitalización de menores, en el artículo 57 de dicha ley se establece que el mismo deberá realizarse siempre en instituciones especializadas en menores o en áreas totalmente separadas de aquellas en las que se da atención a adultos, mediante ingreso voluntario o de su representante legal de acuerdo a lo establecido en la legislación vigente; salvo opinión de dos o más especialistas que consideren que se cumplen los criterios clínicos del internamiento, en entornos apropiados a su edad y en los que se consideren sus necesidades de desarrollo especialmente el acceso a la educación y recreación, asegurando la existencia de juguetes, materiales educativos y actividades recreativas.

En el caso de Michoacán, en el artículo 59 de su ley se establece que los establecimientos especializados en salud mental que brinden atención integral hospitalaria evitarán que los internamientos excedan de un total de 90 días al año, esto a fin de proteger el derecho a la inclusión social del paciente. Asimismo, se prevé en su artículo 72 que los familiares o responsables legales del usuario contarán con 72 horas después de haber sido notificados para acudir a la unidad médica por el usuario dado de alta, a fin de que sea reintegrado en la sociedad. De no hacerlo en el plazo establecido, la Secretaría notificará al Sistema Estatal de Desarrollo Integral de la Familia a fin de que en un plazo no mayor a 8 días hábiles proceda a la reinscripción del paciente en su familia o comunidad.

En el caso de Nuevo León, la Ley de Salud Mental en su artículo 49 establece que la atención médica que proporcionen los profesionales de la salud mental deberá incluir las estrategias necesarias para proporcionar al

usuario una atención integral en salud mental, a través de promoción, prevención de riesgos, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento en este ámbito de salud, sin limitarse a medicarlo, y procurará restaurar al máximo posible la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas.

Es importante destacar que ninguna de las leyes locales de salud mental incluyen "ÓRGANOS DE REVISIÓN" para que de conformidad con el PRINCIPIO 17 de los PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE 1991 se reconsidere la admisión o retención involuntaria de un paciente en una institución psiquiátrica. De igual forma, tampoco se incluyen las GARANTÍAS PROCESALES que deben tener los pacientes de acuerdo con el PRINCIPIO 18 para poder presentar quejas. Esta situación es grave considerando que un internamiento involuntario en esencia constituye una privación del derecho a la libertad personal, por lo cual todas las personas tendrían derecho a que se revisara si dicho acto que las privó de su libertad personal está fundado o no, y al no preverse, se genera inseguridad jurídica porque podrían llegar a existir internamientos arbitrarios.

7.8.- Financiamiento a la salud mental.

De acuerdo con el Manual de recursos de la Organización Mundial de la Salud sobre salud mental, derechos humanos y legislación¹²⁸, en algunos marcos legislativos puede ser posible incluir disposiciones específicas sobre los recursos y el financiamiento de los servicios de salud mental, cuando esto sea posible, es aconsejable indicar en qué se gastarán los recursos, permitiendo así la previsión adecuada para áreas tales como la atención comunitaria en salud mental y los programas de prevención y promoción.

En México, la mayoría de las leyes de salud mental locales coinciden en que la inversión en materia de salud mental es una acción de interés social por lo cual resulta indispensable el financiamiento de las acciones y fines que señalan dichas leyes.

¹²⁸ Michelle Funk, et al., op. cit., nota 101, p. 32.

Las leyes de salud mental de Michoacán (Arts. 78, 79, 80 y 81), Baja California (Arts. 22 y 23) y Yucatán (Arts. 93, 94, 95 y 96), coinciden con la ley de salud mental de la Ciudad de México (Arts. 66 y 67) al prever la asignación de un porcentaje del presupuesto total de salud para el ámbito específico de la salud mental. Así, Michoacán prevé una partida no menor al tres por ciento, Baja California una partida no menor al cinco por ciento, Yucatán una partida del siete por ciento y la Ciudad de México un cinco por ciento adicional del total asignado a la Secretaría de Salud.

Por otro lado, las leyes psicosanitarias de Zacatecas (Arts. 38, 39, 40 y Segundo transitorio), Sonora (59, 60 y Quinto y Sexto transitorios) y Sinaloa (Art. 74 a 76) si bien no señalan un porcentaje específico para la salud mental sí disponen que el Gobierno del Estado asignará recursos suficientes y garantizará la viabilidad financiera en la prestación de los servicios de salud mental de las dependencias. Las leyes de Nuevo León (Quinto transitorio) y Jalisco (Tercero transitorio) si bien no contienen un apartado relativo al financiamiento, en sus artículos transitorios prevén que el titular del poder ejecutivo destinará los recursos necesarios en la Ley de Egresos del Estado de cada año de ejercicio fiscal, y que la Secretaría de Salud, conforme a la suficiencia presupuestal asignada, instrumentará las acciones establecidas en la ley. En el caso de Querétaro (Arts.50 y Quinto transitorio) se dispone que el Poder Ejecutivo Estatal *procurará* recursos suficientes para la consecución de los fines de su respectiva ley.

En el caso de Chihuahua (Art.3 transitorio) se prevé que las acciones que deban realizar las dependencias y entidades se sujetarán a la disponibilidad presupuestaria que sea aprobada en el año fiscal correspondiente. En Campeche no se prevé ninguna disposición con relación al financiamiento de los servicios de salud mental.

En el caso de la Ley de Salud Mental de Morelos, se derogaron diversos artículos (Arts. 60, 61 y 62) que regulaban lo relativo al financiamiento y disponían que el ejecutivo asignaría recursos suficientes para la creación de las unidades de atención a la salud mental a mediano y largo plazo, argumentando que con dicha reforma se pretendía descargar al Poder Ejecutivo de la obligación de realizar la previsión de un monto anual determinado y fijo para el cumplimiento de esa Ley, que debiera ser operado y administrado a través del esquema del fideicomiso público. Es decir que consideraron incosteable el financiamiento de la salud mental.

La mayoría de las leyes de salud mental prevén que las Secretarías de Salud o Institutos de Salud Mental considerarán en la erogación de los recursos asignados, medidas a mediano y largo plazo para la creación de Módulos de Atención en Salud Mental y demás Unidades de Atención a la Salud Mental. De igual forma, prevén que la Secretaría de salud local fomentará la aportación de recursos económicos y en especie para la atención de la salud mental por parte de los sectores social y privado.

El problema que se presenta en la aplicación de las leyes locales de salud mental en nuestro país es que si bien la mayoría de ellas consideran un porcentaje específico del presupuesto total de la salud que debe asignarse al ámbito específico de la salud mental o, incluso, sin especificar porcentajes concretos, establecen que deben asignarse los recursos suficientes para la prestación de los servicios de salud mental, el gobierno ha mostrado renuencia a asignar dicho presupuesto, ya que incluso en el Estado de Morelos se ha llegado al extremo de derogar las disposiciones legales que lo obligaban a asignar tales recursos. Además, los poderes legislativos locales han fallado en realizar observaciones a dicho presupuesto cuando ha sido insuficiente para atender las necesidades de la población en materia de salud mental.

Otro problema grave es que si bien, la mayoría de las leyes establecen que deben tomarse medidas a mediano y largo plazo para crear las Unidades de Atención a la Salud Mental, ninguna ley señala plazos específicos o concretos para la construcción de dichas Unidades, lo cual permite que dicha disposición pueda evadirse fácilmente, como sucedió en la Ciudad de México, donde desde el 2011 al 2018 no se creó ningún Módulo de Atención a la Salud Mental. En consecuencia, resulta clara y evidente la falta de voluntad política para la implementación de los sistemas de salud mental previstos por las leyes.

Al respecto, como bien señala Valera¹²⁹, el Estado debe planear la cobertura de los servicios de salud para todos los habitantes del país, asegurar su acceso y dotar de los recursos necesarios para una acción oportuna, eficiente y de calidad a la que todo ciudadano tiene derecho bajo el derecho a la protección de la salud. Además, coincidimos con dicha autora cuando indica que el derecho a la protección de la salud, al igual que otros derechos sociales, requiere para su pleno ejercicio de la suficiente

¹²⁹ Valera de la Torre, A., “El derecho a la salud”, Fernández, J. (coord.) *Servicios públicos de salud y temas conexos*, México, ed. Porrúa-Facultad de Derecho de la UNAM, 2006, p. 13.

capacidad económica del Estado; esto es, que en la medida en que éste destine un porcentaje suficiente de su producto interno bruto al gasto social y se dé un desarrollo regional equilibrado, el derecho a la salud y los derechos sociales cobrarán mayor vigencia y dejarán de ser como muchos autores le atribuyen derechos difusos o imposibles.

7.9.- Sanciones y recursos:

Las leyes de salud mental de los Estados de Zacatecas (Arts. 46 y 47), Michoacán (Arts. 82 a 85), Yucatán (Arts. 97 a 100), Baja California (Arts. 25 a 28), Morelos (Arts. 67 a 70), Campeche (Art.64 a 68) y Nuevo León (Art. 102), al igual que la ley psicosanitaria de la Ciudad de México (Arts. 69 a 72) disponen que la Contraloría se encargará de las sanciones a los servidores públicos que cometan alguna infracción en términos de la ley de responsabilidades, y de forma general, prevén que las Comisiones para la Protección de Riesgos Sanitarios o la Secretaría de Salud se encargarán de lo que tenga que ver con los establecimientos.

Asimismo, dichas entidades federativas prevén la existencia de medios de impugnación en contra de los actos de las Secretarías de Salud locales, para ello remiten a las leyes de procedimiento administrativos estatales donde se contemplan recursos de revisión, revocación o inconformidad para impugnar las contravenciones a la ley, con excepción del Estado de Morelos donde se contempla únicamente el juicio de nulidad. En el caso de las leyes de salud mental de Querétaro, Sonora, Chihuahua, Sinaloa y Jalisco no se prevén recursos administrativos.

De manera general, los recursos se pueden interponer dentro de los quince días hábiles siguientes, prevén que el recurrente acredite su personalidad o personería, y en algunos casos solo admiten pruebas documentales, los plazos para resolver el recurso no son rápidos. De manera general se presentan ante la misma autoridad emisora del acto administrativo impugnado y los resuelve su superior jerárquico.

Desde nuestro punto de vista, dichos recursos no son aptos o idóneos para tramitar quejas en contra de un internamiento arbitrario o en contra de la negativa injustificada a realizarlo cuando el paciente lo amerita, o en contra de alguna otra situación violatoria de los derechos de las personas

porque quien los resuelve no es un órgano independiente e imparcial y además porque se requiere un recurso que sea sencillo y rápido, y que en su resolución participen también peritos en materia de salud mental conforme a los Principios 17 y 18 de los PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL.

Además, como bien señala el Dr. López Olvera¹³⁰, uno de los inconvenientes más notorios de los recursos administrativos es que pueden existir factores que compliquen o retarden la resolución de los asuntos, esto debido a que su instrucción puede requerir demasiado tiempo. Además, de que, en un gran número de casos, la administración se limita a confirmar su decisión inicial sin realmente reexaminar el expediente.

No debemos olvidar que las personas usuarias de los servicios públicos de salud mental, de conformidad con el artículo octavo de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, tienen derecho a ser oídas con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable por un Juez o tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada en su contra o para la determinación de sus derechos de carácter civil, laboral, fiscal u otro cualquiera. Por tal motivo, es necesario que exista algún órgano jurisdiccional o administrativo especializados con facultades para revisar la legalidad de los actos que se recurran o para investigar las quejas que se presenten, especialmente la legalidad de los internamientos involuntarios.

Además, de acuerdo con el Dr. López Olvera¹³¹, por influencia del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de Nueva York de 1966, se incorporó al sistema jurídico y por consiguiente al procedimiento administrativo, el principio de la tutela administrativa efectiva, que derivada del artículo 2.3, incisos a y b, que respectivamente disponen:

- a) Que los Estados partes se comprometen a garantizar que toda persona cuyos derechos o libertades reconocidas en el presente

¹³⁰ López Olvera, M.A., “El recurso administrativo como mecanismo de control de la administración pública”, Cisneros, G., Fernández, J. y López, M.A. (coord.) *Control de la administración pública. Segundo Congreso Iberoamericano de Derecho Administrativo*. México, UNAM-IIJ, 2007, p. 230.

¹³¹ López Olvera, M.A., “Los principios del procedimiento administrativo”, Cienfuegos, D. y López, M.A. (coord.) *Estudios en homenaje a don Jorge Fernández Ruiz. Derecho Administrativo*. México, UNAM-IIJ, 2005, p. 187.

pacto hayan sido violados, podrán interponer un recurso efectivo, aun cuando tal violación hubiera sido cometida por personas que actuaban en ejercicio de funciones oficiales.

b) La autoridad competente judicial, administrativa o legislativa, o cualquiera otra autoridad competente prevista por el sistema legal del Estado, decidirá sobre los derechos de toda persona que interponga tal recurso y ha de desarrollar las posibilidades de recurso judicial. Esta norma consagra, no sólo en el ámbito de la justicia sino que también opera como una garantía exigible a la administración pública, el derecho a la tutela efectiva.

De acuerdo con el autor antes referido, dicha norma consagra, no sólo en el ámbito de la justicia sino que también opera como una garantía exigible a la administración pública, el derecho a la tutela efectiva. Así el principio del debido proceso adjetivo dentro del procedimiento administrativo comprende diversos aspectos: derecho a ser oído, derecho a ofrecer y producir pruebas, y derecho a una decisión fundada.

En consecuencia, desde nuestro punto de vista resulta fundamental que la legislación local en salud mental contemple la existencia de un órgano de revisión, ya sea conformado como tribunal o panel de revisión en salud mental, para efecto de que se protejan los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental y pueda denunciarse cualquier abuso ante un órgano imparcial e independiente especializado en el área de salud mental.

Acudiendo al Derecho Comparado, en la Ley Nacional de Salud Mental de Argentina del 2010, en su artículo 38, se creó un órgano de revisión en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

En el artículo 39 de la Ley antes citada se dispuso que el Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

Asimismo, en el artículo 40 se mencionaron como funciones del Órgano de Revisión las siguientes:

a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos.

b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado.

c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez.

d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de dicha ley (Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar).

e) Informar a la Autoridad de Aplicación (Ministerio de Salud de la Nación) periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.

Como puede verse, dicho órgano de revisión en Argentina no está conformado como un órgano jurisdiccional sino más bien como parte de un Instituto de Defensoría Pública, que defenderá en todo caso los intereses del paciente, sean ante el propio Ministerio de Salud o en sede Jurisdiccional.

En la Ley Nacional de Salud Mental de Argentina sí se contempla el procedimiento judicial para revisar los internamientos involuntarios, que en dicho caso se trata de un Juez Civil, que con fundamento en el artículo 482 del Código Civil de Argentina, previa información sumaria, podrá disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

Así, de acuerdo con el artículo 21 de la Ley Nacional de Salud Mental del país referido, la internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de diez horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las cuarenta y ocho horas como

máximo todas las constancias previstas en el artículo 20 (Dictamen profesional con la firma de dos profesionales del servicio asistencial que haya realizado la internación, uno de los cuales debe ser Psicólogo o Médico Psiquiatra).

Dicho juez en un plazo máximo de tres días corridos de notificado debe:

a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;

b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;

c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata. El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20 (“en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”), el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

De esta manera se protege de una mejor manera el derecho a la libertad personal de las personas con trastornos mentales que son internadas de forma involuntaria, pero también el derecho a la salud mental de aquellos que ameritando el internamiento, les es denegado. Además, como vemos esta forma de revisar la internación es mucho más rápida que lo dispuesto en la mayoría de los recursos administrativos contemplados en las leyes locales de salud mental existentes en México.

7.10.- Los sistemas de atención a la salud mental en la realidad social.

A continuación, revisaremos los sistemas de salud mental de los Estados de Morelos, Michoacán, Jalisco y Sonora, por ser de las primeras entidades federativas que tuvieron leyes psicosanitarias después de la Ciudad de México.

a) El sistema de salud mental del Estado de Morelos:

La Ley de Salud Mental del Estado de Morelos (LSMEM) fue la segunda ley local especializada en materia de salud mental en nuestro país. El Diputado Esteban Gaona Jiménez presentó la iniciativa de ley ante el Congreso Local del Estado de Morelos el día 15 de marzo del 2011, misma que después de haber pasado por las distintas etapas del proceso legislativo, fue publicada en octubre del 2011, es decir ocho meses después de que fue publicada la Ley de Salud Mental del Distrito Federal, por lo cual es casi idéntica a la misma.

En los considerandos de la iniciativa, el diputado expuso que la legislación sobre salud mental, debe ir más allá de la regulación de los procedimientos institucionales para la atención, debe garantizar para empezar la accesibilidad hasta los procesos de inserción social, incluyendo a la necesaria política en materia de prevención y promoción de la salud. Además, señaló que en la entidad únicamente existía un Centro de Atención a la Salud Mental consistente en la Unidad Médica Especializada-Centro Integral de Salud Mental (UNEME-CISAME), dependiente de la Secretaría de Salud, misma que fue creada a finales de 2006 y principios de 2007, y que es una estructura de atención ambulatoria gratuita en la que se utiliza el Modelo Miguel Hidalgo de atención en Salud Mental, siendo dicho centro obviamente insuficiente para atender la problemática de los trastornos mentales en el Estado.

El Estado de Morelos de acuerdo con el Censo 2015 del INEGI cuenta con una población de 1,903,811 habitantes, distribuidos en los 33 Municipios, agrupados en 3 jurisdicciones sanitarias.

En respuesta a la solicitud de información pública gubernamental con número de folio 007770018, la Secretaría de Salud de Morelos informó que la Red de Atención Estatal está integrada por 76 Núcleos de Salud Mental que son Médicos Generales de Centros de Salud capacitados en salud mental, 7 Módulos que son Psicólogos Clínicos ubicados también en Centros de Salud, así como 3 Centros Integrales de Salud Mental (UNEME-CISAME), conformados por Equipos Multidisciplinarios. Asimismo, se indicó que en materia de salud mental se han realizado diversas campañas de información conforme al calendario epidemiológico, respecto a la lucha contra la depresión, el día del Asperger, el día mundial de la epilepsia, el día mundial

del Parkinson, el TDAH, la prevención del suicidio, el Alzheimer, la Salud mental, la lucha contra los trastornos mentales, entre otros. Asimismo, se ha diseñado la campaña “Por un cerebro sano, pienso positivo” y cápsulas audiovisuales de diferentes trastornos.

De acuerdo con una nota¹³² publicada en la página electrónica del periódico “Conurbados” en octubre del 2015, la Directora General de los Servicios de Salud en Morelos indicó que el Estado de Morelos, además de los Núcleos de Salud, los Módulos y los CISAME´S referidos en el párrafo anterior, cuenta con 7 servicios de Psiquiatría en los Hospitales. Asimismo, indicó que durante el 2014 la Red de Salud Mental otorgó cincuenta y cinco mil ciento cuarenta y siete consultas.

También se cuenta en el Estado con 6 Centros de Atención Primaria a las Adicciones (UNEME-CAPA), esto de acuerdo con información obtenida de la página electrónica de la Secretaría de Salud del Estado de Morelos <http://evaluacion.ssm.gob.mx/directorioum/uneme.php>.

Al respecto cabe mencionar que la infraestructura y los recursos humanos con que cuenta el Estado de Morelos resulta insuficiente para atender oportunamente y con calidad a la población de los 33 Municipios que existen en el Estado. Lo anterior es así ya que no es suficiente que de los 206 centros de salud que existen en todo el Estado solamente se haya capacitado a 68 médicos para la detección y canalización oportuna de los padecimientos mentales, sino que debe capacitarse a la totalidad de los médicos que trabajen en dichos Centros de Salud.

Por otro lado, resulta deseable que los Centros de Salud que cuentan con Psicólogo Clínico, se integren como verdaderos Módulos de Atención a la Salud Mental conformados por un equipo o grupo multidisciplinario conformado por al menos un profesional de la Psiquiatría, Psicología, Enfermería y Trabajo Social. Y lo ideal es que exista al menos un Módulo de Atención a la Salud Mental en cada uno de los 33 Municipios del Estado para garantizar la cobertura total de la población.

En el caso de los 3 Centros Integrales de Salud Mental (UNEME-CISAME) con que cuenta el Estado, los mismos cumplen la función de un

¹³² <http://conurbados.com/morelos/2015/campana-de-ssm-a-favor-de-la-salud-mental-en-morelos/>.

Módulo de Atención a la Salud Mental pero resultan insuficientes para atender a todas las personas que habitan en los 33 municipios del Estado. Por otro lado, al no existir ningún Hospital Psiquiátrico de carácter público en el Estado, resulta prioritario que se construyan las UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE CORTA ESTANCIA, que están contempladas en el artículo 58 de la Ley de Salud Mental del Estado de Morelos.

Resulta grave que a la fecha no se haya construido ninguna Unidad de Hospitalización en el Estado porque de conformidad con el artículo noveno transitorio de la ley antes citada, tanto las UNIDADES DE ATENCIÓN AMBULATORIA INMEDIATA como las UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE CORTA ESTANCIA debieron haberse instrumentado por lo menos una a partir del 15 de julio de 2012, situación que no ha acontecido hasta la fecha.

Por otro lado, se desconoce si los 7 servicios de Psiquiatría que existen en los Hospitales del Estado de Morelos brinden servicios de atención a infantes, niños y adolescentes y de Gerontología o si funcionen como Unidades de Atención Ambulatoria Inmediata, es decir como una unidad médica integrada por terapeutas especializados en el tratamiento médico de emergencia y en la prestación de atención psiquiátrica, para pacientes que requieren atención inmediata no hospitalaria. De no ser así, lo ideal sería que en el corto tiempo se realizaran los proyectos de planeación para crear dichas unidades y servicios a mediano plazo.

Por lo que hace al SISTEMA DE INFORMACIÓN, VIGILANCIA Y EVALUACIÓN EN SALUD MENTAL, aún no se ha instalado. En el caso de la LÍNEA TELEFÓNICA DE SALUD MENTAL, el artículo segundo transitorio del reglamento dispuso un número relativo a un programa estatal de adicciones, que no está especializado en atención a la salud mental, mismo que es el 01 800 232 ADIC (2342) y la dirección electrónica <http://www.ssm.gob.mx/portal/> misma que corresponde a los servicios de salud en Morelos, y que no constituye una página especializada en salud mental. Como puede verse estas acciones no son realmente serias y están lejos de cumplir el sentido de la Ley de Salud Mental del Estado de Morelos.

De acuerdo con una nota¹³³ publicada en la página electrónica del gobierno del Estado de Morelos, la instalación del **Consejo Estatal de Salud Mental del Estado de Morelos**, se llevó a cabo en junio del 2013, mismo que de conformidad con el artículo cuarto transitorio de la Ley de Salud Mental del Estado de Morelos, debió haber sido instalado a más tardar en marzo del 2012, es decir dentro de los noventa días después de la entrada en vigor de dicha ley.

Como puede verse, hay distintas omisiones por parte del Poder Ejecutivo en el cumplimiento de la presente ley, situación que va en perjuicio del derecho a la salud mental de las personas del Estado de Morelos.

En conclusión, si bien es un avance que el sistema de atención a la salud mental en el Estado de Morelos, haya pasado de contar únicamente con un Centro Integral de Salud Mental (UNEME-CISAME) antes de la creación de la presente Ley hasta contar en la actualidad con una Red Estatal de Salud Mental, integrada por tres Centros Integrales de Salud Mental (UNEME'S CISAME'S), así como 68 médicos generales capacitados en salud mental que trabajan en los Centros de Salud, y 7 Psicólogos Clínicos que se integraron a los Centros de Salud, 6 Centros de Atención Primaria a las Adicciones, así como 7 servicios de Psiquiatría en los Hospitales, ello resulta insuficiente para garantizar debidamente el derecho a la salud mental de la población.

b) El sistema de salud mental de Sonora en la realidad social.

La Ley de Salud Mental para el Estado de Sonora se publicó en Diciembre del 2013 y fue la tercera ley de salud mental del país. Se inspiró en la Ley de Salud Mental del Estado de Morelos, que a su vez se basó en la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México.

De acuerdo con el Censo del INEGI de 2015 el Estado de Sonora cuenta con una población de 2,850,330 habitantes, distribuidos en 69 Municipios, agrupados en 5 jurisdicciones sanitarias.

¹³³ <http://morelos.gob.mx/?q=se-instala-por-primer-vez-en-morelos-un-consejo-estatal-de-salud-mental>.

De acuerdo con una nota periodística¹³⁴ publicada en la página electrónica de Noticias “Código 07”, la iniciativa fue presentada por el Diputado Raúl Augusto Silva Vela, quien consideró que la salud mental es una cuenta pendiente para la salud pública del País, la cual ha quedado relegada frente a otros padecimientos que las políticas públicas consideran prioritarios, ya que a pesar de que los datos muestran una creciente morbilidad y mortalidad por trastornos mentales y de la personalidad, se carece de un amplio y comprensivo programa que permita dar atención y rehabilitación integral a las personas.

Asimismo, se partió de la idea de que la vida de las personas con trastornos mentales es extremadamente dura y la ausencia de protección legal contra el tratamiento impropio son importantes factores concurrentes. Son frecuentemente privadas de su libertad por períodos prolongados y se les priva de atención médica básica, además de que están expuestos a tratos inhumanos y degradantes, y son vulnerables a violaciones tanto dentro y fuera del contexto institucional, incluso en el ámbito de sus propias comunidades y aún de sus familias.

De acuerdo con la respuesta a la solicitud de información pública con número de folio 01123518, la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, informó que las Unidades que prestan servicios de salud mental en el Estado son el Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte, el Programa de Salud Mental Comunitaria, 3 Centros Integrales de Salud Mental (UNEME-CISAME´S), el Centro Infantil para el Desarrollo Neuroconductual (CIDEN), Centro de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz, Unidad de Atención Integral a las Adicciones del Estado de Sonora (UNAIDES Obregón), 2 Unidades de Desintoxicación (UNDEX Nogales y UNDEX Agua Prieta), 11 Centros de Atención Primaria contra las Adicciones (UNEME-CAPA) y 15 Módulos Especializados del Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género.

Respecto al presupuesto para el ámbito de salud mental, en los últimos cinco años se ha asignado el siguiente presupuesto:

2014	2015	2016	2017	2018
\$13,023,226.00	\$08,046,495.00	\$12,822,428.00	\$12,600,000.00	\$08,008,200.27

¹³⁴ Recuperada de: <http://codigo07.com/web1/index.php/politicas/item/1499-tiene-sonora-nuevo-marco-juridico-en-materia-de-salud-mental/1499-tiene-sonora-nuevo-marco-juridico-en-materia-de-salud-mental>.

Como puede verse, desde el 2014 el presupuesto asignado a la salud mental ha ido disminuyendo progresivamente, con graves reducciones en el 2015 y 2018. Este presupuesto es sumamente inferior al que se ha destinado en el Estado de Jalisco al ámbito de la Salud Mental, mismo que destina más de 100 millones de pesos anualmente a su sistema de salud mental local.

Algo relevante es que a casi cinco años de la publicación de dicha Ley, aún no se ha creado su reglamento ni tampoco se ha constituido el Consejo de Salud Mental. Lo anterior, no obstante que el artículo segundo transitorio de la Ley de salud mental del Estado establece que el Ejecutivo Estatal contará con un plazo de ciento ochenta días para la publicación del Reglamento de dicha Ley, contado a partir de diciembre del 2013, fecha en que entró en vigor dicha ley, por lo cual a la fecha ha transcurrido en exceso dicho plazo sin que se haya publicado dicho reglamento, ni instalado el Consejo Estatal de Salud Mental de Sonora.

Por otro lado, la falta de dicho reglamento también ha impactado en la construcción de nuevos Módulos de Atención en Salud Mental que entrarán en operación hasta que se cuente con el mismo. Tampoco se han instalado el Sistema de Información, Vigilancia y Evaluación en Salud Mental, la página electrónica y la línea telefónica, contemplados en el artículo quinto transitorio. Como puede verse, hay distintas omisiones por parte del Poder Ejecutivo en el cumplimiento de la presente ley, situación que va en perjuicio del derecho a la salud mental de las personas del Estado de Sonora.

De acuerdo con la respuesta a la solicitud de información pública con número de folio 01123318, la Dirección General de Salud Mental y Adicciones informó que a la fecha no se ha creado el Programa de Salud Mental para el Estado de Sonora contraviniendo el artículo cuarto transitorio de la ley psicosanitaria de la entidad. Pese a ello sí se han implementado diversos programas en materia de salud mental relacionados con atención de la conducta suicida, adicciones, atención a personas en situación de calle, programas de atención crisis, y jueves de salud mental. Además, se han realizado campañas de difusión masiva y diversos talleres psicoeducativos en escuelas para prevenir adicciones.

Finalmente, cabe señalar que de acuerdo con una nota periodística¹³⁵ publicada el día 25 de Abril del 2018 en la página electrónica de la Revista Crítica, se informó que el Diputado Javier Villareal presentó un proyecto de decreto que reforma, deroga y adiciona diversas disposiciones de la Ley de Salud Mental de Sonora, para crear un Instituto de Salud Mental y Adicciones, con personalidad jurídica y patrimonio propios, lo que le permitirá contar con mayor presupuesto para atender de mejor manera los problemas de adicciones y mentales que afectan a los trabajadores sonorenses.

c) El sistema de salud mental de Jalisco en la realidad social.

La Ley de Salud Mental del Estado de Jalisco fue publicada en Enero del 2014 y fue la cuarta ley de salud mental local que se publicó en el país. Pese a que únicamente cuenta con 18 artículos, sus deficiencias se han paliado con el Reglamento de dicha Ley. La iniciativa fue presentada por el Diputado Elías Octavio Íñiguez Mejía, en atención a que de acuerdo con un estudio epidemiológico realizado en 2010 por la Secretaría de Salud, el 23.9 de los jaliscienses adultos sufren algún trastorno mental, principalmente depresión, ansiedad, bipolaridad y esquizofrenia. Dicha Ley permitió aumentar el presupuesto a la salud mental pasando de 10 millones de pesos en el 2013 a 103 millones de pesos en el 2014.

De acuerdo con el Censo del INEGI de 2015, el Estado de Jalisco cuenta con 7,844,830 habitantes distribuidos en 124 municipios, agrupados en 13 regiones sanitarias.

El Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME), que es un órgano desconcentrado de los Servicios de Salud de Jalisco, y el Consejo Estatal de Salud Mental, han sido piezas clave en la implementación del sistema de salud mental local, ya que de acuerdo con la respuesta a la solicitud de información pública con número de folio 03509318, el Instituto de Salud Mental de Jalisco, sí cuenta con un programa de salud mental y además, tiene las siguientes Unidades de Atención:

135

Recuperada de:
<http://www.critica.com.mx/vernoticias.php?artid=78888&relacion=critica&mas=14>.

- a) Dos centros de atención con servicios de hospitalización y consulta externa denominados Centros de Atención Integral en Salud Mental (CAISAME´s) uno de Estancia Breve y otro de Estancia Prolongada.
- b) Ocho Centros Integrales de Salud Mental (UNEMECISAME´s).
- c) Doce Módulos Comunitarios de Atención en Salud Mental, mismos que funcionan con un equipo interdisciplinario formado en su mayoría por profesionales de la Psiquiatría o Medicina General, Psicología, Enfermería y Trabajo Social, aclarando que no todos los Módulos cuentan con un equipo completo de profesionales de la salud mental.
- d) Cuatro Centros de Salud con el servicio de Psicología únicamente, dos Centros de Salud con los servicios de Psicología y Psiquiatría, un Centro de Salud con los servicios de Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social.
- e) Una línea telefónica de intervención en crisis sin costo, que funciona las 24 horas del día en los 365 días del año.

Todo esto dentro de las 13 regiones sanitarias en que están divididos los 124 municipios con que cuenta el Estado.

Como puede verse, si bien es cierto que el Instituto Jalisciense de Salud Mental tiene cobertura en diversas regiones del Estado, también lo es que todavía existe una brecha en la accesibilidad a los servicios públicos de salud mental puesto que hace falta crear más Módulos Comunitarios de Atención a la Salud Mental en la mayoría de los municipios, tal como lo dispone la fracción V, del artículo 8 de la Ley de Salud Mental del Estado de Jalisco. De existir un Módulo en cada Municipio ello permitiría que las personas pudieran acceder a los servicios públicos de salud mental de una manera más oportuna, lo cual garantizaría su derecho a la salud mental con mayor amplitud porque les permitiría recuperar el más alto nivel posible de salud mental sin perder su calidad de vida o funcionalidad durante más tiempo por los obstáculos en el acceso a los servicios de salud.

De acuerdo con una nota periodística¹³⁶, publicada el día 21 de mayo del 2015, en el periódico “El Informador”, en la Ciudad de Guadalajara,

¹³⁶ Recuperada de: <http://www.informador.com.mx/jalisco/2015/593229/6/sesiona-por-primera-vez-el-consejo-de-salud-mental.htm>

Jalisco, uno de los temas más importantes tratados en la primera sesión del Consejo Estatal de Salud Mental fue el presupuestario, comentándose la necesidad de que la Ley de Salud Mental del Estado regule el financiamiento que se le debe dar a los servicios de salud mental pues la demanda de la población obliga a dar más atenciones, pero faltan recursos. Se alegó que en Jalisco no hay suficientes Psiquiatras ni la capacidad económica para estarle pagando a los 125 que se requieren para tener uno en cada municipio, por lo cual optarán por capacitar a médicos generales para detectar los síntomas de la enfermedad mental. Asimismo, se comentó la necesidad de integrar a representantes de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, y de organización civiles al Consejo de Salud Mental ya que la ley no los contempla.

De acuerdo con la respuesta a la solicitud de información pública gubernamental con número de folio 05078718, el Instituto Jalisciense de Salud Mental ha contado con el siguiente presupuesto:

2014	2015	2016	2017	2018
\$103,178,389.00	\$107,305,528.00	\$106,789,633.00	\$106,789,633.00	\$106,789,633.00

Como puede verse el presupuesto asignado desde el 2014 al ámbito de la salud mental en Jalisco se ha mantenido estable, si bien en el 2015 tuvo un ligero aumento, en los demás años no ha existido regresividad, si bien lo deseable que es el presupuesto tenga un aumento progresivo, que permita sobre todo construir Módulos Comunitarios de Atención a la Salud Mental en los municipios, para ir ampliando la cobertura regional ya que la propia ley de salud mental de Jalisco dispone que cada Municipio debe contar con un dispositivo de salud mental.

Además, de acuerdo con la solicitud de información antes citada, el Instituto Jalisciense de Salud Mental únicamente cuenta con programas de formación en Psiquiatría, descuidando la formación de Especialidades en Psicología Clínica, Trabajo Social Psiquiátrico y Enfermería Psiquiátrica, las cuales son esenciales ya que los Centros de Salud Mental funcionan con un modelo multidisciplinario por lo cual debe formarse en dicho Instituto a todos los recursos humanos que el propio sistema de salud mental local necesita, no sólo a uno de dichos profesionales.

Por otro lado, cabe mencionar que en Marzo de 2016 una persona presentó una queja ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco en contra de la Secretaría de Salud de Jalisco, en la que denunció

que varias personas con padecimientos mentales en la zona norte del estado carecían de atención. Dicha Comisión atendió que el abandono de quienes sufren padecimientos mentales no recaía únicamente en la zona norte, lo que ocasionó que se ampliara la investigación a todo el estado, en donde se acreditaron las carencias en infraestructura, personal, medicamento y capacitación del Instituto Jalisciense de Salud Mental y de la Secretaría de Salud Jalisco en torno a dicho tema. Finalmente, se emitió la Recomendación 6/2017, en la cual se recomendó a diversas autoridades una serie de acciones que de manera resumida se mencionan a continuación:

Al Secretario de Salud y director del organismo público descentralizado Servicios de Salud Jalisco, se les recomendó, entre otras cosas, lo siguiente:

a) Consolidar el cambio de paradigma actual centrado en el hospital psiquiátrico y transitar a un modelo de servicio en el cual la atención que ahí se brinda sea reemplazada por una descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva, basada en la comunidad y en el ejercicio de los derechos humanos, donde la salud mental sea incluida como una prioridad.

b) Se transite en la práctica a un verdadero modelo comunitario de salud mental basado en principios básicos adoptados y adaptados para las características de la población de Jalisco que sirvan de sustento para organizar la prestación de servicios. Entre sus ejes fundamentales deberá considerarse la descentralización, la inserción del componente de salud mental en la atención primaria de salud y en los hospitales generales, la existencia de una red de servicios, la participación social, la coordinación intersectorial, y el abordaje de derechos humanos que garantice la equidad y no discriminación por razones de género, raza o pertenencia étnica, orientación sexual, clase social u otras condiciones.

c) Para la reestructuración de los servicios de salud mental bajo un modelo comunitario, se deberá planificar nuevos servicios y alternativas que ofrezcan una atención integral y continuada para sustituir a los hospitales psiquiátricos, progresiva y apropiadamente; así como preservar la disponibilidad de atención hospitalaria temporal para las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias que lo requieran. Los hospitales psiquiátricos existentes consumen gran parte de los recursos dedicados a

la salud mental, por lo que una estrategia recomendable es utilizar estos recursos para establecer servicios especializados en hospitales generales y en la comunidad.

d) El diseño de los servicios de salud mental deberá contener un planteamiento multisectorial en el que los servicios presten apoyo a las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida y, según proceda, faciliten su acceso a derechos humanos básicos como el empleo (incluidos programas de retorno al trabajo), la vivienda o las oportunidades educativas, y su participación en las actividades de la comunidad, los programas y otras acciones significativas.

e) Tomar las medidas necesarias para la disponibilidad del número adecuado de trabajadores de salud mental competentes y su distribución equitativa como requisito esencial para la expansión de los servicios. La formación profesional y la educación continua deben reflejar las políticas de integración de la salud mental en los servicios generales, incluida la atención primaria de salud. Los profesionales especializados deberán facilitar la capacitación, el apoyo y la supervisión del personal no especializado; por ejemplo, para que identifiquen a las personas con problemas de salud mental y atenderlas o referirlas al servicio más apropiado, si está disponible. Apoyar y capacitar a los familiares y cuidadores de personas con trastornos mentales contribuirá también a aumentar la capacidad de respuesta de los servicios de salud mental.

f) Instruya a los Directores de Hospitales Regionales y Jefes de las Jurisdicciones Sanitarias de la Secretaría a su cargo, para que de inmediato y en coordinación con el Instituto Jalisciense de Salud Mental dispongan de las camas necesarias en los hospitales regionales para la atención hospitalaria de pacientes psiquiátricos por personal especializado.

A los presidentes municipales de los ayuntamientos no comprendidos en la zona metropolitana de Guadalajara, se recomendó entre otras cosas lo siguiente:

a) Instruyan al personal a su cargo para que de inmediato realicen las acciones pertinentes a efecto de suscribir convenios de coordinación necesarios con el Instituto Jalisciense de Salud Mental, para que en cada

uno de los municipios del Estado se cuente mínimamente con un Módulo Comunitario de Atención en Salud Mental.

b) Dispongan de una partida presupuestal suficiente para la habilitación, puesta en marcha y operación de los Módulos Comunitarios de Atención en Salud Mental.

c) En tanto se toman las medidas anteriores, instruyan a los servicios médicos municipales el diseño y operación de un programa emergente para prevenir y atender los padecimientos mentales, el cual incluya medidas de difusión e información para que la población identifique los síntomas más evidentes de las enfermedades mentales y las instancias públicas en las cuales puedan ser diagnosticadas y atendidas quienes las padecen.

Finalmente, resulta claro que la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco, apoya la transición de un Modelo de Atención a la Salud Mental centrado en el Hospital Psiquiátrico tradicional hacia un Modelo de Atención a la Salud Mental centrado en la Comunidad respaldado con atención hospitalaria temporal en camas de Psiquiatría en Hospitales Generales.

d) El sistema de salud mental de Michoacán en la realidad social.

La Ley de Salud Mental del Estado de Michoacán fue publicada en septiembre del 2014. Fue la quinta ley de salud mental local del país. De acuerdo con el Censo del INEGI del 2015, el Estado de Michoacán tiene 4,584,471 habitantes distribuidos en 113 municipios, agrupados en 8 jurisdicciones sanitarias.

De acuerdo con la respuesta a la solicitud de información pública con número de folio 00954518, la Secretaría de Salud del Estado de Michoacán, informó que el Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud no cuenta con Módulos específicos para la Atención en Salud Mental conforme lo disponen los artículos 22 y 80 de la Ley de Salud Mental del Estado, sin embargo se ha capacitado a profesionales en salud mental. En el 2015 se capacitaron a un total de 90 profesionales, en 2016 a 61, en 2017 a 80 y en 2018 a 129. De acuerdo con dicho informe, las unidades de atención que cuentan con servicios de Psicología y/o Psiquiatría son las siguientes:

a) Hospitales:

Hospital Psiquiátrico “Dr. José Torres Orozco”, Hospital General de Morelia “Dr. Miguel Silva”, Hospital de la Mujer, Hospital Infantil “Eva Sámano de López Mateos”, Hospital Regional de Maravatío, Hospital General de Zamora, Hospital General de Zitácuaro, Hospital General de Ciudad Hidalgo, Hospital General “Dr. Pedro Daniel Martínez” de Uruapan, Hospital General de la Piedad “Benito Juárez”, Hospital General de Puruándiro, Hospital General de Lázaro Cárdenas.

b) Centros de Atención:

Centro Estatal de Atención Oncológica, Centro Michoacano de Salud Mental, 4 Centros de Atención Primaria a las Adicciones, UNEME Casa del Adolescente, Centro Regional de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana.

c) Centros de Salud:

Centro de Salud Morelia “Dr. Pedro González Ureña”, Centro de Salud de Álvaro Obregón, Indaparapeo, Zinapécuaro, Cuitzeo, Charo y Maravatío, así como los Módulos de Salud 1, 3, 5, 7, 11 y 12, Centro de Salud Niños Héroe de Zamora, Centro de Salud de Zitácuaro, Centro de Salud de Ciudad Hidalgo, Centro de Salud de Pátzcuaro, Centro de Salud de Quiroga, Centro de Salud de Acuitzio, Centro de Salud de Tacámbaro, Centro de Salud de Uruapan, Centro de Salud de Nahuatzen, Centro de Salud de Lombardía, Centro de Salud de la Piedad, Centro de Salud de Villa Morelos y Centro de Salud de Lázaro Cárdenas.

Cabe resaltar que dichos servicios no deberían funcionar aisladamente sino como Módulos de Atención a la Salud Mental conformados por un Equipo de profesionales de salud mental. Por otro lado, de acuerdo con una noticia publicada el día 14 de Diciembre del 2018, por el periódico La Voz de Michoacán, en su página electrónica <http://www.lavozdemichoacan.com.mx/morelia/se-fusiona-cemisam-con-el-hospital-psiquiatrico-en-morelia/>, se informó que se cerró el CENTRO MICHOCANO DE SALUD MENTAL y se envió a su personal hacia el HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ TORRES OROZCO, lo cual es grave ya

que dicha situación va en contra de todas las políticas internacionales en el ámbito de salud mental, ya que la tendencia va en el sentido de crear más centros ambulatorios de salud mental y en disminuir el número de hospitales psiquiátricos tradicionales, y en el caso del Estado de Michoacán, se están adoptando políticas públicas de salud mental totalmente contrarias a las recomendaciones internacionales.

Un problema grave es que aún no se ha creado el Reglamento de la Ley de Salud Mental de Michoacán, pese a que de acuerdo con el artículo Séptimo Transitorio la Secretaría de Salud debió haberlo creado dentro de los 180 días siguientes a que se publicó la ley en Septiembre de 2014, por lo cual desde Marzo de 2015 debía estar listo el reglamento.

Tampoco pasa desapercibido que el Comité Técnico de Salud Mental del Estado se creó apenas en Agosto del 2017, pese a que de conformidad con el artículo Quinto transitorio debió crearse desde los 60 días siguientes a que fue publicada la ley en Septiembre de 2014. Tampoco se han creado el Centro de Investigación e Información en Salud Mental ni la línea telefónica y la página electrónica por una supuesta falta de recursos.

Por otro lado, de conformidad con la respuesta a la solicitud de información pública con número de folio 00930418, la Secretaría de Salud del Estado de Michoacán, informó que el presupuesto asignado al ámbito de la salud mental en los últimos años es el siguiente:

2014	2015	2016	2017	2018
\$3,789,434.96	\$2,254,914.00	\$2,350,623.00	\$2,325,323.00	\$2,335,407.00

Al respecto cabe señalar que dicho presupuesto es sumamente inferior al 3 por ciento que por ley debía asignarse al ámbito de la salud mental conforme al artículo 79 de la ley de salud mental del Estado de Michoacán. Lo anterior es así ya que por ejemplo, de acuerdo con la solicitud de información antes referida, en el 2018 se le asignó a la Secretaría de Salud un presupuesto total de \$3,372,514,645.00, por lo cual le correspondería al ámbito de la salud mental el 3% de dicho total, resultando una cantidad de \$101,175,439.35, misma partida que podría utilizarse para la operación de servicios públicos de salud mental, y al haberse asignado únicamente la cantidad de \$2,335,407.00 es evidente que dicho

presupuesto no alcanzará lo suficiente para construir un sistema de atención a la salud mental como el descrito en la ley en comento.

Incluso, a simple vista puede apreciarse que el presupuesto que se le ha asignado a la salud mental en el Estado de Michoacán es muy bajo comparado con el que se le ha asignado al mismo rubro en los Estados de Jalisco y Sonora. En consecuencia, es sumamente claro que el Estado de Michoacán ha sido renuente a implementar el sistema de atención a la salud mental contemplado en su ley de salud mental local, por lo cual resultará fundamental que se incremente el presupuesto que se dedica a la salud mental en Michoacán a fin de no seguir violentando el derecho a la salud mental de su población.

e) Los sistemas de salud mental de las demás entidades federativas.

Al ser de reciente creación las leyes de salud mental de las demás entidades federativas no podemos comparar la realidad social de dichos sistemas de atención a la salud mental con los previstos en dichas leyes, reservándolos para una posterior investigación.

7.11 Conclusiones:

1.- Todas las leyes de salud mental locales reconocen que el derecho a la salud mental lo tienen todas las personas que habiten o transiten en dichas entidades federativas, sin discriminación alguna por ningún tipo de condición, por lo cual se le reconoce su universalidad. En esencia, todas las definiciones del derecho a la salud mental incluyen elementos relativos al bienestar psíquico, la identidad, la dignidad, el respeto y el derecho a un tratamiento integral con el propósito de una óptima integración social y se le asigna al Gobierno las obligaciones de planear, organizar, operar y supervisar el funcionamiento de los servicios de salud mental.

2.- Las definiciones de salud mental adoptadas en las distintas leyes psicosanitarias, coinciden en describirla como un *estado de bienestar psicológico del individuo*, el cual es resultado de un buen funcionamiento de sus capacidades de pensar, sentir y actuar, que le permite afrontar las tensiones normales de la vida, y el despliegue óptimo de sus potencialidades para la convivencia, el trabajo productivo y fructífero, así como la recreación, y el ser capaz de hacer una contribución a su comunidad.

3.- Todas las leyes de salud mental locales contienen un catálogo de los derechos que se les reconocen a las personas con trastornos mentales y del comportamiento usuarias de los servicios de salud mental. De manera general se enlistan los mismos derechos reconocidos en la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México (Art.6), si bien algunas leyes reconocen algunos derechos incluidos en la NOM-025-SSA2-2014.

Resulta notable que, de las trece leyes locales de salud mental que existen en nuestro país, únicamente dos de ellas contemplan explícitamente el **derecho a recibir los medicamentos** prescritos por los especialistas, que en este caso son la Ley de Salud Mental en vigor en la Ciudad de México (Art. 6, fracción XV) y la Ley de Salud Mental del Estado de Nuevo León (Art.5, fracción XXXIV).

Otra de las deficiencias más notables de las leyes psicosanitarias es que si bien la mayoría de las leyes enuncian explícitamente el derecho a recibir atención médica, únicamente la ley de salud mental de Chihuahua contempla expresamente el **derecho a recibir atención psicológica**, lo cual es fundamental para garantizar un tratamiento multidisciplinario.

4.- La mayoría de las leyes de salud mental de las distintas entidades federativas en México señalan como autoridad sanitaria a la Secretaría de Salud local, si bien algunas entidades contemplan Institutos de Salud Mental. Además, la mayoría de las leyes prevén Consejos interinstitucionales de Salud Mental.

5.- En México todas las leyes locales de salud mental locales plantean la configuración de una red o sistema estatal de salud mental. Generalmente prevén la existencia de diversos dispositivos de atención a la salud mental ambulatorios, tales como Módulos o Centros de Atención a la Salud Mental o Unidades de Atención Ambulatoria Inmediata integrados a diversos Centros de Salud, Hospitales y Centros de Reclusión. Asimismo, las leyes prevén la existencia de Módulos Comunitarios de Atención a la Salud Mental para brindar atención en los municipios, así como Centros Integrales de Salud Mental (UNEME-CISAME) y Centros de Atención a las Adicciones (UNEME-CAPA). Asimismo, prevén la existencia de una línea telefónica y una página electrónica para orientación y atención en crisis o canalización. También prevén Sistemas de Información, Evaluación y Vigilancia en Salud Mental.

Nuevo León destaca al prever una mayor diversidad de dispositivos de atención a la salud mental y por ser la única ley que contempla Unidades

Residenciales Protegidas, Casas de Medio Camino, Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica, Centros de Capacitación Laboral, Equipos Móviles para casos de desastres y Equipos de atención de emergencias domiciliarias, entre otras.

Menos de la mitad de las leyes y sus reglamentos prevén Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales o Unidades de Hospitalización de Corta Estancia con servicio de Hospital de Día, con camas para el internamiento de pacientes y atención en consulta externa. Las leyes de salud mental de los Estados de Yucatán y Campeche son las únicas que de forma explícita prevén la existencia de Hospitales Psiquiátricos, además de los demás dispositivos de salud mental ambulatorios o en hospitales generales.

Únicamente en la mitad de las leyes de salud mental locales se prevén dispositivos de atención a la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

6.- La mayoría de las leyes de salud mental locales facultan al Psicólogo para el ejercicio de la Psicoterapia. Algunas leyes facultan al Médico Psiquiatra y a otros especialistas para el ejercicio de la Psicoterapia. En general las leyes coinciden en que la Psicoterapia es el conjunto de métodos y recursos utilizados para el tratamiento psicológico de las personas, mediante los cuales interacciona la persona usuaria y el Psicoterapeuta con el propósito de promover la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integridad de la identidad psicológica, el bienestar de las personas y el mejoramiento de su calidad de vida.

7.- La mayoría de las leyes de salud mental locales incluyen la posibilidad de realizar internamiento de forma voluntaria, involuntaria y por orden autoridad. De manera general los internamientos deben ser indicados por un Médico Psiquiatra. Una excepción a lo antes referido, lo constituye la Ley de Salud Mental de Zacatecas que prevé que el internamiento voluntario puede indicarlo cualquier profesional de salud mental, el internamiento de emergencia debe ser indicado por algún profesional de la salud mental especializado, y el internamiento por orden de autoridad sólo procederá si el ingreso es dictaminado por un Psicólogo o Psiquiatra. Otra excepción, es la Ley de Salud Mental de Sinaloa, que prevé en su artículo 61, fracción II, la posibilidad de que cualquier profesional de la salud mental pueda indicar un internamiento involuntario.

La mayoría de las leyes psicosanitarias de México disponen que dentro de las 24 horas siguientes a la admisión de la persona usuaria se inicie la

evaluación correspondiente para establecer el diagnóstico presuntivo, de situación y el plan de tratamiento. Asimismo, señalan que los internamientos serán comunicados al Director del establecimiento, al familiar o representante legal y al juez de la causa si correspondiere. En la Ciudad de México se señala que si se trata de un menor de edad o el internamiento sea por orden de autoridad, además se deberá informar de oficio al Ministerio Público.

Resulta alarmante que ninguna de las leyes locales de salud mental incluye "ÓRGANOS DE REVISIÓN" para que de conformidad con el PRINCIPIO 17 de los PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE 1991 se reconsidere la admisión o retención involuntaria de un paciente en una institución psiquiátrica. De igual forma, tampoco se incluyen las GARANTÍAS PROCESALES que deben tener los pacientes de acuerdo con el PRINCIPIO 18 para poder presentar quejas. Esta situación es grave considerando que un internamiento involuntario en esencia constituye una privación del derecho a la libertad personal, por lo cual todas las personas tendrían derecho a que se revisara si dicho acto que las privó de su libertad personal está fundado o no, y al no preverse, se genera inseguridad jurídica porque podrían llegar a existir internamientos arbitrarios.

8.- El problema que se presenta respecto al financiamiento en las leyes locales de salud mental en nuestro país es que si bien la mayoría de ellas consideran un porcentaje específico del presupuesto total de la salud que debe asignarse al ámbito específico de la salud mental o, incluso, sin especificar porcentajes concretos, establecen que deben asignarse los recursos suficientes para la prestación de los servicios de salud mental, es que el gobierno ha mostrado renuencia a asignar dicho presupuesto, ya que incluso en el Estado de Morelos el congreso local ha llegado al extremo de derogar las disposiciones legales que lo obligaban a asignar tales recursos. Además, los poderes legislativos locales han fallado en realizar observaciones a dicho presupuesto cuando ha sido insuficiente para atender las necesidades de la población en materia de salud mental.

Otro problema grave es que si bien, la mayoría de las leyes establecen que deben tomarse medidas a mediano y largo plazo para crear las Unidades de Atención a la Salud Mental, ninguna ley señala plazos específicos o concretos para la construcción de dichas Unidades, lo cual permite que dicha disposición pueda evadirse fácilmente, como sucedió en la Ciudad de

México, donde desde el 2011 al 2018 no se creó ningún Módulo de Atención a la Salud Mental. En consecuencia, resulta clara y evidente la falta de voluntad política para la implementación de los sistemas de salud mental previstos por las leyes.

9.- Si bien la mayoría de las leyes de salud mental locales contemplan como medios de impugnación recursos administrativos de revisión, revocación o inconformidad desde nuestro punto de vista, dichos recursos no son aptos o idóneos para tramitar quejas en contra de un internamiento arbitrario o en contra de la negativa injustificada a realizarlo cuando el paciente lo amerita, o en contra de alguna otra situación violatoria de los derechos de las personas porque quien resolverá dichos recursos no será un órgano independiente e imparcial, y además porque tal como se encuentra regulada su tramitación no resultan recursos sencillos y rápidos, y en su resolución no participan peritos en materia de salud mental conforme a los Principios 17 y 18 de los PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL.

No debe pasar desapercibido que las personas usuarias de los servicios públicos de salud mental, de conformidad con el artículo octavo de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, tienen derecho a ser oídas con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable por un Juez o tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada en su contra o para la determinación de sus derechos de carácter civil, laboral, fiscal u otro cualquiera. Por tal motivo, es necesario que exista algún órgano jurisdiccional o administrativo especializado con facultades para revisar la legalidad de los actos que se recurran o para investigar las quejas que se presenten, especialmente la legalidad de los internamientos involuntarios o cualquier otra situación relacionada con las condiciones de internación o con cualquier negligencia en los tratamientos ambulatorios.

Sería bueno que existiera alguna procuraduría para la defensa de los usuarios de los servicios de salud mental con facultades de supervisión de los establecimientos de salud mental.

10.- Existe una brecha entre los sistemas de salud mental previstos en las leyes de salud mental locales y los que existen en la realidad social con múltiples problemas que ameritan ser resueltos para brindar servicios públicos de salud mental a la población.

CAPÍTULO VIII.

ANÁLISIS CONCEPTUAL DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN MÉXICO.

En este capítulo revisaremos los distintos elementos del concepto o definición del Derecho a la Salud Mental en México para contribuir a su desarrollo teórico.

Como vimos en el capítulo anterior, la legislación local mexicana coincide en general, al definir al **derecho a la salud mental** como el derecho de toda persona al bienestar psíquico, identidad, dignidad, respeto y un tratamiento integral con el propósito de una óptima integración social, para lo cual el Gobierno tiene la obligación de planear, organizar, operar y supervisar el funcionamiento de los servicios de salud mental que lo garanticen. No obstante que encontramos dicha definición en prácticamente todas las leyes de salud mental de nuestro país, ninguna de ellas explica claramente en qué consiste cada uno de los distintos elementos que integran el derecho a la salud mental. Por tal motivo, delinearemos algunas ideas en torno a cada elemento del derecho a la salud mental.

8.1 El Derecho a la salud mental como un derecho humano.

El derecho a la salud mental tiene su fundamento constitucional en el artículo cuarto constitucional, párrafo cuarto, que reconoce al derecho a la protección de la salud en general, y, de manera específica, se encuentra positivizado en el artículo 74 Bis, fracción I, de la Ley General de Salud, misma ley reglamentaria que reconoce el *derecho a la mejor atención disponible en salud mental*. Además, en el artículo 2, fracción I, de la ley antes citada, se reconoce que una de las finalidades del *derecho a la protección de la salud* es el bienestar físico y mental del ser humano. En consecuencia, el *derecho a la salud mental* es una de las manifestaciones del derecho humano a la protección de la salud.

Asimismo, tanto en la *Declaración Universal de Derechos Humanos* de 1948 como en el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* de 1966

podemos encontrar diversas disposiciones relacionadas con la protección de la salud y el bienestar de la población. No obstante lo anterior, el derecho a la salud mental fue reconocido de forma expresa por primera vez en el artículo 12.1 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* de 1966 como el *derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, reconociéndose su interdependencia con la salud física.

Posteriormente, el Derecho a la salud mental se reconoció implícitamente como parte integrante del Derecho a la salud en general, en el artículo 10.1 del *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* de 1988, conocido como “*Protocolo de San Salvador*”, donde se estableció que “*Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social*”. Es decir que, el Derecho a la salud en general puede analizarse a través de tres dimensiones, aspectos o facetas, el derecho a la salud física que se encargaría de proteger el bienestar físico del ser humano, el derecho a la salud mental enfocándose en el bienestar psíquico del individuo y el derecho a la salud colectiva encargado de conseguir el bienestar social del ser humano.

A nivel local en la Ciudad de México, la Constitución Política de la Ciudad de México, que entró en vigor en el 2018, en su artículo 9, letra D, reconoce el *derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental*. Es decir que se reconoce el derecho a la salud en sus dos vertientes, la física y la mental, omitiéndose el aspecto social del concepto amplio de salud que propone la Organización Mundial de la Salud.

La Ley de Salud Mental del Distrito Federal (ahora Ciudad de México) en el 2011, fue la primera ley local que reconoció explícitamente el derecho a la salud mental y posteriormente, siguieron dicha línea las leyes de salud mental de los Estados de Morelos (Octubre de 2011), Sonora (Diciembre de 2013), Jalisco (Enero de 2014), Michoacán (Septiembre de 2014), Querétaro (Septiembre de 2017), Baja California (Febrero de 2018), Nuevo León (Mayo de 2018), Zacatecas (Julio de 2018), y Yucatán (Agosto de 2018). Además, la actualidad existen diversas iniciativas de ley de salud mental en otras entidades federativas y también a nivel nacional. El derecho a la salud mental es descrito en las leyes locales de salud mental como un derecho de todas las personas que habiten o transiten en las respectivas entidades

federativas, esto significa que se le reconoce el elemento de universalidad que caracteriza a los derechos humanos.

Como puede verse, el Derecho a la salud mental es un derecho humano que ha sido reconocido de forma implícita y explícita por el Estado Mexicano a nivel constitucional, en la ley general de salud, en diversos tratados internacionales de derechos humanos, en la Constitución Política de la Ciudad de México y en diversas leyes locales de salud mental.

Si bien el derecho a la salud mental tiene una relación indisoluble con el Derecho a la protección de la salud, el surgimiento progresivo de leyes especializadas en materia de salud mental en nuestro país hace necesario su estudio teórico particularizado para determinar sus características y alcances específicos en el ámbito de la salud mental. Además, el sistema nacional de salud mexicano está enfocado principalmente en garantizar la salud física de la población, existiendo muy pocos servicios de salud mental, por lo cual es muy importante visibilizar el componente de la salud mental que debe garantizar el derecho a la protección de salud para que no pase desapercibido.

Así, el derecho a la protección de la salud mental, es decir el derecho a la salud mental, de conformidad con el artículo primero constitucional, al ser un derecho humano, impone a las autoridades la obligación de promoverlo, respetarlo, protegerlo y garantizarlo de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, en consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a dicho derecho, en los términos que establezcan las leyes.

A continuación, delinearemos cada uno de los elementos del derecho a la salud mental:

8.2 El Derecho a la Salud Mental como un derecho al bienestar psíquico.

El ser humano a lo largo de las distintas etapas de su ciclo vital es capaz de experimentar diversos grados de bienestar o malestar psíquico dependiendo de las circunstancias que viva y su forma de afrontarlas. Es decir que la salud mental no es una variable dicotómica sino que existe dentro de un continuum que puede ir del menor nivel de salud mental

(malestar psíquico) al mayor nivel de salud mental (bienestar psíquico). La salud mental es consecuencia de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales que están en constante interacción, y dependiendo del caso concreto, unos factores podrán tener mayor relevancia que otros.

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que no hay salud sin salud mental. Así la OMS ha señalado que la Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedades o padecimientos. Es decir que el bienestar psíquico o mental es un componente fundamental de la salud en general.

En este orden de ideas, la OMS¹³⁷ considera que la salud mental es más que la ausencia de trastornos mentales. Dicho organismo ha definido a la **salud mental** como *un estado de bienestar en el cual el individuo realiza sus propias habilidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y de forma fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*. Es decir que la salud mental sería la base para el funcionamiento efectivo tanto del individuo como de la comunidad. Además, la OMS reconoce que la salud mental está determinada por factores psicológicos, biológicos, socioeconómicos y ambientales.

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española el bienestar tiene tres acepciones, la primera define al bienestar como el conjunto de las cosas necesarias para vivir bien, la segunda lo conceptualiza como la vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien o con tranquilidad, y la tercera describe al bienestar como un estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica. Por otro lado, dicho diccionario describe a lo psíquico como un adjetivo perteneciente o relativo a las funciones y contenidos psicológicos. En consecuencia, el bienestar psíquico sería el estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad psíquica, es decir de sus funciones y contenidos psicológicos.

En este orden de ideas, la Ley de Salud Mental del Distrito Federal (ahora Ciudad de México) define a la salud mental como el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le permiten el despliegue óptimo de sus

¹³⁷ World Health Organization, *Mental Health: Strengthening mental health promotion*. USA, Fact sheet No. 220, 2007, p. 1.

potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad.

A partir de dicha definición, podemos inferir que el malestar psíquico que experimenta una persona sería el resultado del mal funcionamiento de los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le impedirían el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que se le dificultaría realizar contribuciones a su comunidad.

Como puede verse, la definición legal de salud mental parte de la definición aportada por la Organización Mundial de la Salud, misma que identifica a la *salud mental* con el *bienestar psíquico del individuo*. En contraste con lo anterior, y acudiendo al derecho comparado, la Ley Nacional de Salud Mental de Argentina, adoptada en el 2010, cuya finalidad es asegurar el derecho a la protección de la salud mental, en su artículo tercero reconoce a la salud mental como *un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona*.

Es decir que en la Ley Nacional de Salud Mental de Argentina, se reconoce a la salud mental como un proceso multideterminado por diversos factores mientras que las leyes locales de salud mental en nuestro país definen a la salud mental únicamente como el producto o resultado del funcionamiento psicológico del individuo. Desde nuestro punto de vista, si bien la salud mental es predominantemente el resultado del funcionamiento psicológico del individuo no pueden dejarse de lado los factores biológicos, sociales, económicos, culturales, ambientales e históricos, ya que los mismos impactan el funcionamiento psicológico del individuo.

Así, de acuerdo con la OMS¹³⁸ la evidencia más clara de esto es que los indicadores de pobreza, incluyendo bajos niveles de educación, bajos niveles de ingreso, la vivienda inadecuada, se constituyen como factores de riesgo en problemas de salud mental. La mayor vulnerabilidad de las personas en condiciones de pobreza hacia los trastornos de salud mental podría explicarse a través de factores tales como la experiencia de inseguridad y

¹³⁸ Íbidem, p. 2.

falta de esperanza, cambios sociales rápidos, riesgos de violencia y salud física.

Además, de acuerdo con dicho organismo internacional, un clima que respete los derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales es fundamental para promover la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proveen dichos derechos, es muy difícil mantener un alto nivel de salud mental.

Derivado de lo anterior, podríamos concluir que el derecho a la salud mental debe garantizar a todas las personas el mayor nivel posible de bienestar psíquico y para ello deben realizarse diversas acciones tanto a nivel individual como a nivel colectivo.

Así a nivel individual este derecho a la salud mental se traduciría en el derecho a recibir diversos servicios públicos de salud mental tales como educación en salud mental, promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales, atención psicológica, atención psiquiátrica, rehabilitación, terapias ocupacionales, entre otros, y específicamente, implicaría el derecho a recibir un tratamiento integral individualizado.

A nivel colectivo, el derecho a la salud mental se traduciría en el diseño de políticas públicas que consideren todos los factores determinantes de la salud mental, favoreciendo la adopción de programas que promuevan los factores de protección que mantengan la salud mental y disminuyan los factores de riesgo de desarrollo de trastornos mentales, ya sea a través de la mejora de los servicios sociales disponibles o la realización de campañas promoción de la salud mental y prevención en población en situación de riesgo, entre otros.

Así, una persona que padezca algún malestar o sufrimiento psíquico o trastorno mental, tendría derecho a recibir un tratamiento integral personalizado que le permita obtener el mayor nivel posible de bienestar psíquico, precisamente para estar en aptitud de desarrollar sus potencialidades individuales, alcanzar la autorrealización y, en su caso, ser capaz de contribuir a la sociedad. Además, tendría derecho a que el Estado diseñe e implemente una política pública transversal encaminada a disminuir todos los factores de riesgo de cualquier índole que afecten la salud mental de la población y que aumenten los factores de protección para mantener la salud mental, a través del fomento de actividades educativas, culturales, deportivas, de capacitación para el trabajo, de mejora de vivienda y entorno socioambiental, combate a la pobreza, entre otras.

8.3 El Derecho a la Salud Mental y la identidad.

El **derecho a la salud mental** además de ser un derecho al bienestar psíquico, también se traduce en un derecho a la identidad. La identidad ha sido definida en el Diccionario de la Real Academia Española¹³⁹ como un conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás. De igual forma, dicho diccionario concibe a la identidad como la conciencia que una persona tiene de ser ella misma y distinta a las demás.

Pappalia, Wendkos y Duskin¹⁴⁰, refieren que la **identidad** es definida por el Psicólogo Erikson como una *concepción coherente del Yo, compuesta por metas, valores y creencias con las que la persona establece un compromiso sólido*, que se desarrolla durante la adolescencia y sienta las bases para *afrentar los desafíos de la adultez*. Así, de acuerdo con dicho Psicólogo, la principal tarea de la adolescencia es confrontar la crisis de identidad frente a la confusión de identidad o de roles, de modo que pueda convertirse en un *adulto único con un coherente sentido del Yo y un rol valorado en la sociedad*. Sin embargo, como señala dicho autor, la crisis de identidad rara vez se resuelve por completo en la adolescencia, pues los problemas concernientes a ella surgen una y otra vez durante la vida adulta.

De acuerdo con el Diccionario de Psicología de Consuegro¹⁴¹ la identidad es el *sentido que cada persona tiene de su lugar en el mundo y significado que asigna a los demás dentro del contexto más amplio de la vida humana*. Asimismo, refiere que la identidad es una *organización interna, autoconstruida y dinámica de impulsos, capacidades, creencias e historia individual*. De acuerdo con Consuegro, también se habla de identidad comunitaria, de género y ocupacional:

- a) Identidad comunitaria: Se refiere a la forma de identidad social, de carácter complejo y borroso, histórica y colectivamente construida por personas que integran una comunidad, que se expresa en relaciones marcadas por la afectividad, en el discurso y en acciones que otorgan sentido a la *pertenencia a esa comunidad*.

¹³⁹ Diccionario de la Real Academia Española en línea: <http://dle.rae.es/?id=KtmKMfe>.

¹⁴⁰ Pappalia, D. E., et al. *Desarrollo Humano*, México, ed. Mc Graw Hill, 2010, p. 390.

¹⁴¹ Consuegro, N., *Diccionario de Psicología*, Bogotá, ed. Ecoe ediciones, 2010, p. 146.

- b) Identidad de género: Se refiere a la *conciencia e identificación que tiene una persona de sí misma como hombre o mujer*, misma que incluye tres facetas: la percepción individual de ser hombre o mujer; el rol sexual o expresión pública de la identidad de género; y la orientación sexual o elección de objeto sexual.

- c) Identidad Ocupacional: *Autopercepción a lo largo del tiempo en términos de roles ocupacionales.*

Según dicha autora, los *problemas de identidad* indicarían *incertidumbre* sobre los múltiples aspectos relacionados con la identidad, como son objetivos a largo plazo, elección de profesión, comportamiento y orientación sexuales, patrones de amistad, valores morales y lealtades de grupo.

En el Diccionario Akal de Psicología¹⁴², Doron y Parot definen a la identidad como *un proceso activo, afectivo y cognitivo, de representación de sí en su entorno asociado a un sentimiento subjetivo de su permanencia*, lo que permite que el sujeto perciba su vida como una experiencia que tiene unidad y continuidad y puede actuar en consecuencia. Dichos autores señalan que *la identidad personal resulta de la experiencia propia de un sujeto de sentir que existe y que es reconocido por otros en tanto que ser singular pero idéntico, en su realidad física, psíquica y social.*

De acuerdo con Doron y Parot la identidad satisface las necesidades inter e intrapersonales de *coherencia, estabilidad y síntesis* que aseguran una *permanencia* en la existencia. Según ellos, estas funciones de regulación son indispensables para permitir la *adaptación a los cambios* y para evitar la aparición de los trastornos de personalidad ligados a la *confusión y a la difusión o a su troceamiento.*

Por otro lado, Álvarez¹⁴³ refiere que la identidad en general, es la necesidad y la capacidad que tiene un individuo de encontrar lazos psicológicos, sociales, culturales y grupos humanos como la familia, una sociedad y una nación en general. Históricamente, esta necesidad se fue haciendo efectiva, por medio de un nombre y un apellido que determinaban

¹⁴² Doron, R. y Parot, F., *Diccionario Akal de Psicología*. Madrid, ed. Ediciones Akal, S. A., 2008, p. 294.

¹⁴³ Álvarez, R., "Derecho a la identidad", Pérez, Macías, González y Rodríguez, (coord.) *Temas selectos de vulnerabilidad y violencia contra niños, niñas y adolescentes*, México, ed. IIJ UNAM, 2016, p. 117.

quiénes eran los padres de la persona, el lugar donde nació, inclusive su cultura y religión.

Desde nuestro punto de vista, uno de los principales problemas históricos que se han desarrollado al hospitalizar por largos periodos de tiempo a los pacientes en los Hospitales Psiquiátricos es que las personas pierden su identidad, ya que al ser reclusos generalmente pierden su contacto con su familia, con la sociedad y con su país. Incluso en algunas instituciones psiquiátricas existen muchos pacientes que llevan más de quince años internados, que han sido abandonados por sus familias.

Asimismo, Álvarez refiere que la Corte Interamericana sobre derechos humanos ha indicado que el *derecho a la identidad* está íntimamente asociado al *derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica, el derecho a tener un nombre, una nacionalidad, una familia y a mantener relaciones familiares*. Agrega dicha autora que el derecho a la personalidad jurídica implica la capacidad de una persona de ejercer acciones dentro del marco jurídico de un país.

Es importante mencionar que en el antiguo Manicomio General de la Castañeda estuvieron internados varios pacientes de diferentes partes del país durante muchos años, lo cual generó que muchos de ellos fueran abandonados por su familia, perdieran su identidad comunitaria y ocupacional. Incluso varios de ellos no tenían nombre, y únicamente eran conocidos por apodos como “Kalimán” o “La arañita”, y no fue sino hasta después de 1968, en que dichos pacientes fueron trasladados a otros Hospitales Psiquiátricos, en que las instituciones hicieron las gestiones pertinentes para que se les asignara un nombre y apellidos. Asimismo, se tiene conocimiento de que varias mujeres que fueron trasladadas del antiguo Hospital de la Canoa hacia el extinto Manicomio General de La Castañeda en 1910 no contaban con una historia individual de su persona en los expedientes clínicos, sino únicamente se registraban de manera resumida los síntomas.

En México, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación¹⁴⁴, ha reconocido que *la identidad se construye a través de múltiples factores psíquicos y sociales* y que *el derecho a la salud mental se encuentra*

¹⁴⁴ Tesis 1ª.XLV/2012 (10ª), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. 1, libro VI, Marzo de 2012, p. 273 y Tesis 1ª.XLIV/2012 (10ª), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. 1, libro VI, Marzo de 2012, p. 274.

en estrecha relación con el derecho a la identidad, en tanto es relevante para el individuo el conocer su origen biológico para la *debida formación de su personalidad*. De acuerdo con dicha Sala el desconocer el origen biológico puede generar problemas personales, psiquiátricos y de desarrollo de la personalidad, por lo que el conocimiento de dichos orígenes está protegido tanto desde el derecho a la identidad como del derecho a la salud mental.

De igual forma, dicha Sala ha considerado que en determinadas circunstancias, el saber quién es el padre o madre puede revelar información relevante para ayudar a prevenir o a tratar las afectaciones médicas de los hijos, por lo que el conocimiento del origen biológico incide en la protección del derecho a la salud física, en su vertiente de prevención y tratamiento de enfermedades.

Por otro lado, con relación al derecho a la identidad de los menores, la Primera Sala¹⁴⁵ ha adoptado varios criterios en los que ha señalado que si bien la identidad se construye a través de múltiples factores psicológicos y sociales, en términos de derechos, la imagen propia de la persona está determinada en buena medida, por el conocimiento de sus orígenes y su filiación, así como por la identificación que tiene en la sociedad a través de un nombre y una nacionalidad. Así, el hecho de que el menor tenga la certeza de quién es su progenitor, constituye un principio de orden público que es parte del núcleo esencial del derecho fundamental a la personalidad jurídica, cuya importancia no sólo radica en la posibilidad de solicitar y recibir información sobre su origen, la identidad de sus padres y el conocimiento de su origen genético, sino que a partir de esos elementos puede derivarse, por una parte, su derecho a tener una nacionalidad y, por otra, el derecho a que sus ascendientes satisfagan sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento, para su desarrollo pleno e integral.

Recientemente, en el Estado de Michoacán, un Juez de Distrito, con motivo de un amparo indirecto, ordenó que el Registro Civil registrara a un menor que actualmente tiene de once meses de edad, concebido a través del método de inseminación artificial, en un matrimonio de dos madres homosexuales, para que este pudiera tener su acta de nacimiento y ser registrado para obtener su cartilla de vacunación, realizándose la inscripción de dicha acta sin especificar cuál de las dos madres era la

¹⁴⁵ Tesis 1ª.CXLII/2007, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXVI, Julio de 2007, p. 260 y Tesis 1ª.CXVI/2011, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXXIV, Septiembre de 2011, p. 1034.

gestante o biológica. Al respecto cabe mencionar, que si bien es cierto que la inscripción de dicha acta de nacimiento a un niño con dos madres homosexuales constituye un avance para los derechos de igualdad de las personas homosexuales, y que además, se favoreció que el menor de edad pudiera acceder a una cartilla de vacunación, y gozar de su derecho a la salud, no debe perderse de vista que con dicho acto se le niega al menor la posibilidad de saber cuál de las dos madres constituye su verdadero origen genético, lo que aunado al desconocimiento de su origen genético paterno, podría generarle a futuro algún conflicto de tipo psicológico, o inclusive, afectarle en algún padecimiento físico, donde es importante conocer los antecedentes heredofamiliares.

Por otro lado, la importancia psicológica de conocer el origen o la identidad por parte de los individuos que desconocen su origen genético puede verse claramente en los casos de jóvenes institucionalizados en casas hogar que ante la negativa de las autoridades a informarles quienes son sus padres biológicos han irrumpido ilegalmente a las instalaciones del sistema DIF para buscar sus expedientes y revisar cómo llegaron a las instituciones y quiénes fueron sus padres. Dichas personas en ocasiones son castigados por tales conductas, cuando no hacían otra cosa más que buscar el origen de su existencia.

Por su parte, el Pleno¹⁴⁶ de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha definido al derecho a la identidad personal, como el *derecho de todo individuo a ser uno mismo, en la propia conciencia y en la opinión de los demás, es decir, es la forma en que se ve a sí mismo y se proyecta en la sociedad, de acuerdo con sus caracteres físicos e internos y sus acciones, que lo individualizan ante la sociedad y permiten identificarlo.*

De acuerdo con la Corte, dicho derecho implica la identidad sexual, al ser la manera en que cada individuo se proyecta frente a sí y ante la sociedad desde su perspectiva sexual, no sólo en cuanto a sus preferencias sexuales sino, primordialmente, en cuanto a cómo se percibe él, con base en sus sentimientos y convicciones más profundos de pertenencia o no al sexo que legalmente le fue asignado al nacer y que, de acuerdo a ese ajuste personalísimo en el desarrollo de cada individuo, proyectará su vida en todos los ámbitos, privado y público, por lo que al ser la sexualidad un elemento esencial de la persona y de su psique, la autodeterminación sexual

¹⁴⁶ Tesis P. LXVII/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXX, Diciembre de 2009, p. 7.

forma parte de ese ámbito propio y reservado de lo íntimo, la parte de la vida que se desea mantener fuera del alcance de terceros o del conocimiento público.

En este orden de ideas, Elizondo y Carazzo¹⁴⁷ explican que el tema del derecho a la identidad se puede volver particularmente crítico cuando se introduce el tema del género, como quedó demostrado en un caso resuelto por la Corte Constitucional Colombiana, en el cual un menor de seis meses de edad le fueron cercenados los órganos genitales externos por una perrita y fue trasladado al Hospital de Medellín, donde se le practicó la operación de “meatotomía”, previa firma de sus progenitores de un escrito en el que autorizan cualquier clase de tratamiento -incluyendo el cambio de sexo- que conllevara a mejorar la situación actual de su hijo.

Dichos autores refieren que luego, el menor fue retirado permanentemente de su hogar y depositado, primero en un albergue de religiosas, y luego, en un hogar sustituto, sin que existiese la suspensión o anulación de la patria potestad de los padres por parte de un Juez, para sustituirla por la voluntad del Estado. Adicionalmente, la autorización que en un primer momento suscribieron los progenitores fue considerada como permanente y respaldó la decisión de tratar al niño como mujer y una segunda operación seis años después de ocurridos los hechos. Luego de la última intervención, el menor rechazó su readecuación de sexo y expresó su temor de lo que pudieran continuar haciéndole los médicos, pero sobre todo, manifestó su deseo de ser hombre.

En la fundamentación del fallo, la Corte estableció que el tratamiento médico, salvo los casos de urgencia, solo puede llevarse a cabo cuando el paciente haya expresado personalmente su consentimiento informado, que no es otra cosa que la libertad de elegir entre varias opciones. A juicio de los Magistrados, dicho caso no era una situación de urgencia que pusiera en peligro la vida del menor, y que sustituyera su consentimiento, máxime que los médicos proyectaron el cambio de sexo previo a la obtención de la autorización escrita de los padres, realizándose la operación un mes y diez días después de la mutilación.

Así las cosas, de acuerdo con Elizondo y Carazzo, la Corte estimó que ni siquiera los padres en ejercicio de la patria potestad pueden decidir por un menor en casos trascendentales que puedan afectar su dignidad

¹⁴⁷ Elizondo, G. y Carazo, M., “Derecho a la identidad”, González (Editora) *Presente y futuro de los derechos humanos*. México, ed. IIDH, 1998, p. 375 y ss.

humana, imponiéndole coactivamente “modelos de vida y de virtud contrarios” a los del menor. Consecuentemente, los magistrados concluyeron que no es posible la readecuación de sexo sin la autorización expresa del paciente ya que los menores son personas libres e independientes, y si el sexo constituye un elemento de la identidad de la persona, no gozan los padres de capacidad jurídica para autorizar este tipo de tratamientos.

De acuerdo con dichos autores, en el caso que nos ocupa la identidad del menor fue afectada por la mutilación, pero no destruida en su totalidad; prueba de ello es que “la naturaleza del menor se rebeló”. Finalmente, la Corte colombiana sostuvo que el derecho a la identidad, es “un conjunto de atributos, de calidades, tanto de carácter biológico como los referidos a la personalidad que permiten precisamente la individualización de un sujeto en sociedad”.

Desde nuestro punto de vista, el derecho a la salud mental busca precisamente que el ser humano pueda gozar de su identidad, es decir *el derecho a ser uno mismo, en la propia conciencia y en la opinión de los demás*, para lo cual es necesario que las personas puedan conocer su historia individual, su origen biológico, tener un sentido coherente y estable del Yo que le permita sentir que existe y que puede afrontar las tensiones normales de la vida adoptando objetivos a largo plazo, eligiendo libremente su ocupación, sus amistades, sus valores morales, su religión y su comportamiento y orientación sexual, y además, que la sociedad respete sus rasgos físicos, psicológicos y sociales.

Para ello será indispensable que el Estado reconozca su derecho a tener un nombre, a conocer la identidad de sus padres, a mantener relaciones familiares, a tener una nacionalidad y que se reconozca su personalidad jurídica, su identidad de género, la identidad comunitaria y ocupacional, su libertad religiosa, política y cultural.

Por ello es importante que se vigile que el internamiento no sea prolongado indefinidamente, deben registrarse los datos de filiación de todas las personas internadas, y debe garantizarse el que puedan recibir visitas de sus familiares para evitar que se pierda el vínculo con la familia, y que en su caso puedan efectuar salidas terapéuticas a la comunidad para evitar perder su pertenencia a la misma, y también deben contemplarse diversos talleres para que la persona pueda elegir libremente actividades ocupacionales de acuerdo con sus propias capacidades y tener acceso a

ayuda espiritual de acuerdo con sus propias creencias religiosas y que, sus convicciones políticas no sean, una causa o motivo para su internamiento involuntario o para evitar su egreso.

Además, el derecho a la salud mental deberá garantizar a todas las personas la prevención y el tratamiento integral respecto de los múltiples problemas de la identidad psicológica que pueden presentarse tales como confusión acerca de sí mismo y de su papel en la sociedad, incertidumbre o angustia sobre los objetivos a largo plazo, la elección de profesión, el comportamiento y orientación sexuales, el género, los patrones de amistad y las relaciones familiares, los valores morales y las lealtades de grupo y problemas relacionados con el origen étnico, entre otros. Es decir que cualquier persona que tenga un problema psicológico, aunque no se considere un trastorno mental como tal, debe tener acceso a la atención psicológica para mejorar su salud mental y su identidad.

Es decir que el derecho a la salud mental implica que las personas que presenten algún problema de identidad puedan tener derecho a recibir un tratamiento integral que les permita recuperar su estabilidad y disminuir el malestar psíquico que dicho problema les genera, y además, que todas las autoridades estarían obligadas a prevenir la generación de los problemas de identidad tanto jurídica como psicológica, en el ámbito de sus competencias.

Finalmente, la identidad es algo fundamental para el ser humano pues siempre se ha preguntado cuál es su origen, quién es y hacia donde va, buscando una continuidad, estabilidad o coherencia en los diversos cambios que implica la vida, por ello cuando no tiene clara alguna respuesta personal frente a alguna de dichas interrogantes fundamentales de la vida, se genera angustia y la salud mental entre en juego. Por tal motivo, es fundamental, que el ser humano tenga una idea de cuál es su origen biológico, psicológico e histórico, y conozca la relación que tiene su pasado con quién es en la actualidad, y cómo los objetivos de vida que se plantee en la actualidad guiarán las acciones para construir su futuro.

8.4 El Derecho a la Salud Mental y la dignidad:

La destrucción del ser humano a través de tratos crueles, inhumanos y degradantes, ha estado presente en todo el mundo en la historia de la humanidad. Las personas con problemas de salud mental históricamente han sido objeto de tratos inhumanos, ya que se les ha recluido o asilado durante muchos años en lugares insalubres que no garantizan condiciones dignas de existencia. Incluso, durante el Holocausto, miles de personas con trastornos mentales fueron esterilizadas y aniquiladas por no ser consideradas merecedoras de la vida ya que se les veía como una amenaza para la pureza de la raza aria por lo cual fueron víctimas de la eugenesia.

Las personas que padecen problemas de salud mental, a menudo pierden la consciencia de su propio valor como personas y se sienten inferiores frente a los demás, por lo cual son vulnerables al abuso y al maltrato. De igual forma, su propia condición mental, muchas veces les dificulta el fijarse objetivos propios para el libre desarrollo de su personalidad. Además, el estigma y la incomprensión de los padecimientos psíquicos los hace víctimas de la violencia, los malos tratos y el rechazo social.

De acuerdo con Quintero¹⁴⁸, el concepto de dignidad tiene varias dimensiones, ya que puede ser entendida como valor intrínseco, como experiencia psicoemocional o como principio jurídico:

- a) La dignidad como valor intrínseco: Se refiere al *mérito de todo ser humano por el sólo hecho de existir* y por ese motivo es merecedor de respeto. Esta concepción aparece en el contexto del holocausto y diversos instrumentos jurídicos internacionales la han incorporado como fundamento de los derechos humanos.
- b) La dignidad como experiencia psicoemocional: Se refiere a *la conciencia que tiene el ser humano del propio valor y del merecimiento de respeto por parte de los demás*. Puede verse también como aquella fuerza que hace que el individuo se revele ante lo injusto; que conforma la autoestima y que constituye parte

¹⁴⁸ Quintero, L., "La dignidad humana en el artículo 1º constitucional", González, J. (coord.) *Hechos y Derechos*. 39, mayo-junio, 2017, p. 1 y ss. <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/11260/13225>.

de la personalidad; es por ello que se le relaciona con el libre desarrollo de ésta.

- c) La dignidad como principio jurídico: La dignidad se toma como *valor que da sentido a la totalidad de los presupuestos del ordenamiento legal*. Su resguardo y realización serán uno de los objetivos principales de todo sistema jurídico, por lo cual toda ley y acto deben armonizar con ella ya que si se deja de tomarla como directriz se puede caer en atrocidades.

Como puede verse, en sus múltiples dimensiones el concepto de dignidad humana se asocia a la idea de que el ser humano es valioso por sí mismo, tanto que ese valor se ha considerado como la fuente de todos los derechos humanos y principal directriz del sistema jurídico. Asimismo, el ser humano en virtud de su dignidad debe ser respetado por los demás para que pueda realizar el libre desarrollo de su personalidad.

En este orden de ideas, para Cárdenas¹⁴⁹, la dignidad entraña no sólo la garantía negativa de que *la persona no será objeto de ofensas o humillaciones*, sino que supone también la afirmación positiva del pleno desarrollo de la personalidad de cada individuo. El pleno desarrollo de cada individuo tiene que ver con la total autodisponibilidad de actuación de cada persona, sin interferencias o impedimentos externos y con la autodeterminación de los individuos que no están predeterminados previamente por una razón o naturaleza ajena a ellos. Además, refiere que para Maihofer *la auténtica violación de la dignidad humana se haya en el sentimiento de degradarse de sujeto a objeto para cumplir únicamente los fines de otro*, destruyéndose una nota o atributo del ser humano en cuanto tal.

Precisamente el ser humano al constituirse como un sujeto merece ser respetado como tal en cuanto a su autonomía, ya que si se le cosifica se le deshumaniza y se vuelve un medio para los fines de otra persona que le explota, le humilla o le degrada.

¹⁴⁹ Cárdenas, J., *Introducción al estudio del derecho*, México, ed. IJ-UNAM-NOSTRA, 2009, p. 223.

De acuerdo con López y Pahuamba¹⁵⁰, no fue sino después de la segunda guerra mundial, en Europa, que surgió el *derecho a la dignidad humana* como una reacción frente a las atrocidades cometidas y la consecuente degradación del género humano. Así, surgió con creciente vigor, la cultura de los derechos humanos como expresión de la reacción de la conciencia de la comunidad universal frente a esa barbarie.

En este orden de ideas, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la tesis jurisprudencial bajo el número de registro 2012363, ha concebido a la dignidad humana como *el interés inherente a toda persona, por el mero hecho de serlo, a ser tratada como tal y no como un objeto, a no ser humillada, degradada, envilecida o cosificada*. Se le ha reconocido como un *principio jurídico que permea en todo el ordenamiento*, pero también como un *derecho fundamental* (reconocido actualmente en los artículos 1o., último párrafo; 2o., apartado A, fracción II; 3o., fracción II, inciso c; y 25 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos) que debe ser respetado en todo caso, cuya importancia resalta al *ser la base y condición para el disfrute de los demás derechos y el desarrollo integral de la personalidad*.

Asimismo, los Tribunales Colegiados de Circuito, en la tesis jurisprudencial bajo el número de registro 160870, se ha entendido a la dignidad humana como *el origen, la esencia y el fin de todos los derechos humanos*. En este mismo sentido, en la tesis jurisprudencial bajo el número de registro 160869, se ha conceptualizado a la dignidad humana como *un valor supremo establecido en el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, en virtud del cual se reconoce una *calidad única y excepcional a todo ser humano por el simple hecho de serlo*, cuya plena eficacia debe ser respetada y protegida integralmente sin excepción alguna.

De igual forma, en la tesis jurisprudencial bajo el número de registro 2004199, dichos Tribunales han establecido que *la dignidad humana es consustancial a las personas físicas* y que dicho concepto tutela el *derecho a ser reconocido y a vivir en y con la dignidad de la persona humana*, y del cual se desprenden todos los demás derechos, necesarios para que los individuos *desarrollen integralmente su personalidad*, dentro de los que se encuentran, entre otros, los relativos a: la vida, la integridad física y psíquica, al honor, a la privacidad, al nombre, a la propia imagen, al libre

¹⁵⁰ López, M. y Pahuamba, B., *Nuevos paradigmas constitucionales*. México, ed. Espress, 2014, p. 22.

desarrollo de la personalidad, al estado civil y el propio derecho a la dignidad personal.

Por otro lado, en las tesis bajo los números de registro 172545 y 2002743, tanto la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación como los Tribunales Colegiados de Circuito han reconocido que el contenido del derecho al mínimo vital, coincide con las *competencias, condiciones básicas y prestaciones sociales necesarias para que la persona pueda llevar una vida libre del temor y de las cargas de la miseria*, de tal manera que el objeto del derecho al mínimo vital abarca todas las medidas positivas o negativas imprescindibles para evitar que la persona se vea inconstitucionalmente reducida en su *valor intrínseco como ser humano* por no contar con las condiciones materiales que le permitan llevar una existencia digna. Así, este derecho busca garantizar que la persona -centro del ordenamiento jurídico- no se convierta en instrumento de otros fines, objetivos, propósitos, bienes o intereses, por importantes o valiosos que ellos sean.

De acuerdo con los criterios federales antes citados, el Estado deberá velar porque las personas que padezcan trastornos mentales no sean objeto de un trato indigno, por lo cual de ninguna manera permitirá que dichas personas sean *humilladas, degradadas, envilecidas, cosificadas o estigmatizadas* en sus relaciones con el propio Estado pero también con los particulares. Incluso, las personas que padezcan trastornos mentales o del comportamiento de tipo crónicos, que no puedan valerse por sí mismos, deberán contar con algún tipo de apoyo gubernamental para garantizar que puedan vivir en condiciones dignas de existencia. Así por ejemplo, dichas personas si son adultos mayores, podrán ser beneficiarios de los programas de pensiones federales para el adulto mayor que se establezcan en México, y en caso de que no sean adultos mayores el gobierno deberá contemplar apoyos para personas con discapacidad psicosocial, cuando el mismo trastorno les incapacite de forma temporal o permanente.

Para finalizar, cabe señalar que en la Ley General de Salud, en su artículo 74 Bis, fracción I, se establece que las personas con trastornos mentales y del comportamiento tendrán derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental acorde con sus antecedentes culturales, lo que incluye trato sin discriminación y **con respeto a la dignidad de la persona** en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud. En este mismo sentido, la fracción IV, del artículo antes citado, dispone que dichas personas tienen derecho a que le sean impuestas

únicamente las restricciones necesarias para garantizar su protección y la de terceros. En todo caso, se deberá procurar que el internamiento sea lo menos restrictivo posible y a que el tratamiento a recibir sea lo menos alterador posible.

Asimismo, la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica, en su artículo 9.26 señala que *el aislamiento de las personas usuarias es innecesario y violatorio de los derechos humanos*, por lo que no deben utilizarse para dicho fin, instalaciones de patios y cuartos de aislamiento en cualquiera de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

Es decir que toda la atención que se preste en materia de salud mental deberá respetar la dignidad humana. Por ello deberán quedar atrás prácticas inhumanas tales como la lobotomía, el internamiento involuntario injustificado, los malos tratos, la experimentación sin consentimiento del paciente, la terapia electroconvulsiva no consentida o utilizada como castigo, el aislamiento, la esterilización forzada y cualquier otro tratamiento que modifique o altere sustancialmente la integridad física, psíquica y moral de la persona humana, así como su dignidad.

Asimismo, el derecho a la salud mental, implica una prohibición para el legislador de adoptar leyes que vayan en contra de la dignidad de las personas con trastornos mentales o del comportamiento, ya que a nivel histórico en nuestro país, han existido leyes que han autorizado prácticas eugenésicas en personas con trastornos mentales, tales como la Ley número 121 que crea la sección de Eugenesia e Higiene mental en la Dirección General de Salubridad del Estado, publicada en 1932, en el Estado de Veracruz-Llave, que autorizó en su artículo 2 el estudio de las enfermedades y defectos físicos del organismo humano susceptibles de transmitirse por herencia de padres a hijos, y además, en su artículo 5, consintió la aplicación de medidas necesarias de profilaxis que, científica y experimentalmente sancionadas, previnieran a las nuevas generaciones contra las enfermedades físicas, defectos físicos y mentales hereditarios.

No debe olvidarse que, tal como señala Gómez Fröde¹⁵¹ al amparo de leyes eugenésicas en países como Estados Unidos desde 1927 se

¹⁵¹ Gómez Fröde, Carina, “Eugenesia, moralidad o pragmatismo”, *Gaceta Médica de México*, 2013, México, Vol.149, pp 476-480. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2013/gm134m.pdf>.

esterilizaron cerca de 45,000 personas con trastornos mentales, y en la Alemania Nazi, en la década de 1930, se esterilizaron aproximadamente 400,000 personas con trastornos mentales, con la finalidad de que no se reprodujeran y heredaran sus defectos mentales.

Asimismo, el Estado deberá garantizar que todas aquellas personas que padezcan trastornos mentales y hayan perdido la capacidad de valerse por sí mismos, durante su internamiento y al reintegrarse a la sociedad, puedan contar con un mínimo vital, consistente en una serie de prestaciones sociales necesarias que les aseguren una vida libre de la miseria, para lo cual el Estado deberá adoptar todas las medidas que sean necesarias para lograr que dichas personas tengan las condiciones materiales que les permitan llevar una existencia digna por ejemplo en residencias u hogares protegidos.

Finalmente, el paciente también tiene derecho a recibir un *trato digno y con respeto a sus derechos humanos*, por parte de sus familiares y a que estos le proporcionen alimentos y cuidados necesarios para su rehabilitación integral, de acuerdo con el artículo 6, fracción XVII, y 4, de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México, ya que incluso los códigos penales contemplan el delito de abandono de personas cuando se abandona a una persona que no puede valerse por sí misma.

8.5 El Derecho a la Salud Mental y el respeto:

Si la dignidad humana implica que toda persona tiene un valor intrínseco por el simple hecho de existir, entonces eso significa que todas las personas, con independencia de cualquier condición, son merecedoras de respeto. Así, cualquier persona, con independencia de que padezca un problema de salud mental leve, moderado o grave, tiene derecho a ser respetada.

De acuerdo con el artículo 5.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos todas las personas tienen derecho a ser respetadas en su integridad física, psíquica y moral, y las personas que padezcan problemas de salud mental no son la excepción. Por ello el Estado, la sociedad, la familia y los profesionales de la salud mental deberán abstenerse de afectar la integridad psíquica, física y moral de las personas que padezcan trastornos de salud mental ya que estas se encuentran en situación de vulnerabilidad por su propia condición de salud mental.

Debido a lo anterior, y tomando en cuenta las vejaciones que históricamente han padecido las personas con trastornos mentales es muy importante que el Estado garantice a dichas personas la posibilidad de ejercer acciones legales frente a cualquier falta de respeto, abuso, arbitrariedad, o violación de los derechos humanos de que sean objeto. Además, resulta fundamental que se realicen visitas periódicas de inspección tanto a los lugares donde se realizan internamientos como a los establecimientos ambulatorios a fin de verificar que la atención que se brinde sea con respeto a los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

Así, de conformidad con el artículo 72, tercer párrafo, de la Ley General de Salud la atención de los trastornos mentales y del comportamiento deberá brindarse con estricto respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica, en su artículo 9, se enlistan una serie de *derechos de respeto a la dignidad* de las personas usuarias que buscan principalmente garantizar el trato digno y humano por parte del personal de dichas unidades hacia los usuarios de los servicios de hospitalización, y además, que cuando una persona sea internada, cuente con condiciones dignas de existencia en el lugar donde sea hospitalizado, lo que no siempre es respetado.

En conclusión, las autoridades del Estado, la sociedad, la familia y los profesionales de la salud mental en su relación personal, de autoridad o profesional con quien padezca algún trastorno mental o del comportamiento deberán respetar los derechos humanos reconocidos tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como en los Tratados Internacionales de Derechos Humanos que hayan sido celebrados por el Estado Mexicano conforme a dicha constitución. Asimismo, todo tratamiento individual o grupal deberá ser respetuoso de la integridad de la persona y de sus derechos humanos. De existir violaciones tendrán derecho a un recurso sencillo que los ampare frente a las mismas, así como a un representante legal que los oriente y asesore en todo momento.

8.6 El Derecho a la Salud Mental como un Derecho a un Tratamiento Integral:

El derecho a la salud mental puede entenderse como un derecho a recibir un tratamiento integral en lato sensu, es decir como un derecho a recibir una atención integral en salud mental, a través de la *promoción, prevención de riesgos, la evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento*, en los términos previstos en las leyes.

Este derecho a la salud mental integral se encuentra previsto en los artículos 5, fracción I, de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México, 7, fracción I de la Ley de Salud Mental del Estado de Morelos, 5, fracción I, de la Ley de Salud Mental del Estado de Jalisco, 2, fracción IV, de la Ley de Salud Mental del Estado de Michoacán de Ocampo, 7, fracción I, de la Ley de Salud Mental del Estado de Sonora, 2, fracción I, de la Ley de Salud Mental de Querétaro, 6, fracción I, de la Ley de Salud Mental de Baja California, 4, fracción I, de la Ley de Salud Mental de Nuevo León, 4, fracción I, de la Ley de Salud Mental de Zacatecas y 1 de la Ley de Salud Mental de Yucatán. De igual forma, los artículos 72, primer párrafo, 73 fracción VI, 74, fracción I, a 77 de la Ley General de Salud, así como los artículos 4.1.4 y 4.1.5 de la NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica, prevén la atención integral en salud mental.

El derecho a la salud mental implica que los diversos servicios de salud mental, incluyendo la promoción de la salud mental, el tratamiento y la rehabilitación, entre otros, deben ser de carácter integral, es decir que no solo deberán enfocarse en su aspecto físico o biológico sino también en las necesidades psicológicas y sociales del paciente, por lo cual habrá de tener acceso a un equipo de salud mental conformado por una persona profesional en psicología, una en psiquiatría, una en enfermería y una en trabajo social, para que pueda recibir atención psicológica, psiquiátrica, de enfermería o de trabajo social, y de alguna otra disciplina, en caso de que el paciente lo requiera y de acuerdo con las necesidades específicas del caso concreto. La atención debe centrarse en la persona total, no sólo en una de sus esferas o componentes.

El objetivo general del tratamiento será que la persona pueda mejorar el funcionamiento de sus aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le permitan el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales

para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad. No obstante, los profesionales de la salud mental deberán respetar la identidad y dignidad del paciente y fijar de común acuerdo los objetivos del tratamiento.

El tratamiento integral significa que en el mismo deberán atenderse todos los factores que sean necesarios para que la persona pueda alcanzar el más alto nivel posible de salud mental. Para ello el tratamiento se basará en las causas de las alteraciones y será integral, atendándose no sólo las causas biológicas de los trastornos, sino también las psicológicas y las sociales. De no ser así, la atención será parcial e insuficiente.

Así, de acuerdo con el artículo 74 Bis, fracción V, de la Ley General de Salud, la persona tendrá derecho a que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente y modificado llegado el caso. De igual forma, el artículo 6, fracción VIII, de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México, y las demás leyes psicosanitarias estatales disponen que las personas usuarias de los servicios de salud mental tienen derecho a contar con un *plan o programa integral de tratamiento* para la recuperación de sus funciones cerebrales, habilidades cognitivas, proceso de aprendizaje, así como a la reinserción al ámbito social y productivo, conservando su integridad psicológica, incluyendo a pacientes que hayan estado reclusos en un hospital o pabellón penitenciario psiquiátrico o establecimiento especializado en adicciones.

Además, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, en su artículo 9.11, el usuario de los servicios de salud mental tiene *derecho a recibir atención multidisciplinaria* de manera ética y con apego a las disposiciones internacionales aplicables a nuestro país en materia de derechos humanos. De igual forma, los artículos 4.1.4 y 4.1.5, de dicha norma, establecen que la atención integral que proporcione el *equipo multidisciplinario de salud mental* será con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener la salud mental. Así, de acuerdo con la norma oficial antes citada, la atención en salud mental que se brinde deberá ser:

- a) Continua.
- b) De calidad.
- c) Con calidez.
- d) Segura.
- e) Con enfoque comunitario.

- f) Acorde con sus antecedentes culturales.
- g) Sensible a las diferencias de género.
- h) Respetuosa de los derechos humanos.

Asimismo, en el caso de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México, se dispone que la atención que se brinde por los servicios de salud mental deberá ser:

- a) Integral. (Art. 6, fracción I).
- b) Oportuna. (Art. 6, fracción I).
- c) Adecuada. (Art. 6, fracción I).
- d) Continua. (Art. 33).
- e) Basada en evidencia científica (Art. 6, fracción III).
- f) Especializada. (Art. 6, fracción VII).
- g) Confidencial. (Art. 6, fracción V).
- h) Con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género. (Art. 40).
- i) Equitativa e imparcial. (Art. 40).
- j) Favorecedora de la reinserción psicosocial. (Art. 40).

Por su parte, en el artículo 9, apartado D, de los numerales 1 a 7, de la Constitución Política de la Ciudad de México, se desprende que la prestación de los servicios de salud deberá ser:

- a) De calidad.
- b) Universal.
- c) Equitativa.
- d) Gratuita.
- e) Segura.
- f) Al alcance de las personas.
- g) Con trato digno.
- h) Con calidez.
- i) Oportuna.
- j) Eficaz.
- k) Justificada.
- l) Acordes con el progreso científico.
- m) Basados en el libre consentimiento y la autonomía del paciente.
- n) Respetuosos de los derechos sexuales y reproductivos, y sin discriminación alguna.

Cabe señalar que el Estado Mexicano al contar con un sistema de salud mental predominantemente basado en los Hospitales Psiquiátricos ha

sesgado el tipo de atención que se presta a los pacientes, ya que el tratamiento principal sigue basándose en la farmacoterapia, brindando pocas posibilidades para acceder a la psicoterapia o a otro tipo de intervenciones psicológicas, restringiéndoles injustificadamente a las personas su derecho a recibir atención en salud mental integral. La psicoterapia, a diferencia de los psicofármacos, brinda al paciente la posibilidad de analizar los conflictos psicológicos presentes o pasados que perturban su funcionamiento mental actual, lo que permitirá una mayor comprensión de sí mismo y de sus síntomas, lo cual posibilitará el cambio o la mejoría en su funcionamiento y el avance en su nivel de desarrollo humano.

Un problema grave en la atención a la salud mental en los Hospitales Psiquiátricos es que el tratamiento psicofarmacológico de carácter ambulatorio que reciben en las áreas de consulta externa no les garantiza a los pacientes el suministro de los medicamentos que se les prescriben, ya que dichos medicamentos no se encuentran disponibles, por lo cual los usuarios de los servicios de salud mental tienen que gastar sus propios recursos económicos en la compra de los mismos, los cuales en algunos casos son caros, afectándose la economía del paciente y su familia. Asimismo, en ocasiones, los pacientes ante la dificultad para comprar los medicamentos, solicitan a sus médicos psiquiatras, les prescriban medicamentos más antiguos por ser más económicos pero que generan mayores efectos secundarios, afectándose además su salud y calidad de vida.

Esta situación fáctica contrasta con lo dispuesto por el artículo 27 de la Ley General de Salud, en su fracción VIII, mismo que dispone que, para los efectos del derecho a la protección de la salud, se considera un servicio básico de salud el referente a la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, para lo cual habrá un cuadro básico y un catálogo de insumos en el primero, segundo y tercer nivel de atención elaborados por el Consejo de Salubridad General con participación de otras instituciones públicas.

De igual forma, el artículo 9.12, de la NOM-025-SSA2-2014, antes citada, señala que las personas con trastornos mentales y del comportamiento tienen *derecho a recibir medicación prescrita por especialistas*, lo cual debe quedar asentado en el expediente clínico.

Por ello, el hecho de que en las áreas de consulta externa de los Hospitales Psiquiátricos, o en cualquier otra área de dichos Hospitales o en cualquier otro centro donde se presten servicios de salud mental, no exista disponibilidad suficiente de medicamentos, y por lo tanto, no se los suministre a los pacientes que los necesitan, resulta inaceptable desde el punto de vista jurídico porque el Estado está obligado a proporcionar dichos medicamentos, por lo cual el gobierno debe cumplir su obligación de contar con dicho servicio básico de salud.

Así lo ha sostenido el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Unión, en la tesis bajo el número de registro 192160, misma que señala que *el derecho a la protección de la salud comprende la recepción de los medicamentos básicos para el tratamiento de una enfermedad*, sin que obste a lo anterior el que los medicamentos sean recientemente descubiertos y que existan otras enfermedades que merezcan igual o mayor atención por parte del sector salud, pues éstas son cuestiones ajenas al derecho del individuo de recibir los medicamentos básicos para el tratamiento de su enfermedad, y del deber de proporcionarlos por parte de las dependencias y entidades que prestan los servicios respectivos.

En este mismo sentido se han pronunciado los Tribunales Colegiados de Circuito, en las tesis bajo los números de registro 2010052 y 2006452, en las que se ha sostenido que las dependencias y entidades, entre las que se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social, *deben suministrar a sus beneficiarios los medicamentos*, aun cuando no estén en el cuadro básico de medicamentos, *siempre que exista una prescripción médica que lo avale* porque la disponibilidad de medicamentos es un servicio básico de salud, por ello cuando el acto reclamado en el amparo se hace consistir en la negativa u omisión del instituto de suministrar un medicamento a uno de sus asegurados, para efectos de amparo, esa entidad sí tiene el carácter de autoridad, en virtud de que es responsable de proporcionar ese servicio, que forma parte integrante del derecho de acceso a la salud, consagrado en el artículo 4o. constitucional y, en consecuencia, la omisión o negativa de hacerlo constituye un acto que tiene las características atinentes a los actos de autoridad.

Como puede verse pese a que el derecho a la protección de la salud incluye el derecho a recibir medicamentos, en nuestro país, la disponibilidad de los mismos, no está del todo garantizada, sobre todo en instituciones públicas dependientes de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y de las Secretarías de Salud de las entidades federativas. Por ello es importante

que el Estado Mexicano, si no puede comprar los medicamentos, comience a producirlos, ya que por ejemplo el Estado Argentino cuenta con una Ley de producción pública de medicamentos que le permitirá a dicho Estado tener laboratorios públicos para producir los medicamentos que requiere el sector salud bajo estándares de calidad.

Por otro lado, la escasa disponibilidad de atención psicológica o psicoterapéutica, que hay en las instituciones públicas de salud, es algo que va en contra del derecho de las personas a recibir un tratamiento multidisciplinario o a elegir libremente el tipo de tratamiento que quieren recibir. Es decir que el derecho a la salud mental implicaría el derecho a recibir atención psicológica o psicoterapéutica dentro del tratamiento que reciba, precisamente para garantizar que la persona pueda mejorar su funcionamiento psíquico a través de un proceso psicoterapéutico y no solamente a través del consumo de psicofármacos. Asimismo, tampoco debe descuidarse el tratamiento nutricional de las personas con trastornos mentales o del comportamiento ya que, hay evidencia preliminar¹⁵² de que los suplementos de vitaminas y minerales ayudan a reducir los síntomas psiquiátricos.

8.7 El Derecho a la Salud Mental como un derecho a una óptima integración social.

El derecho a la salud mental implica que las personas que reciban servicios de salud mental puedan tener una óptima integración social, por lo cual no se les deberá aislar, excluir o segregar como ha ocurrido históricamente. El derecho a la salud mental pretende garantizar a las personas el acceso a los servicios públicos de salud mental para mejorar el funcionamiento mental y que esto permita un óptimo despliegue de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad.

Una de las características de la mayoría de los padecimientos psíquicos graves o severos es que el sujeto tiende al aislamiento y, sus síntomas agudos, llegan a provocar una reacción de miedo, angustia e incompreensión en las personas que lo rodean, incluidos su familiares, por lo cual existe el riesgo de que el paciente entre en un proceso de exclusión

¹⁵² Firth, J., et al., "The effects of vitamin and mineral supplementation on symptoms of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis", *Psychological Medicine*, UK, ed. Cambridge University Press, 2017, p. 1.

social, estigmatización y discriminación, que agravará su condición mental y lo alienará, de no recibir un tratamiento oportuno.

En muchos casos, los pacientes necesitan hospitalización cuando pueden hacerse daño a sí mismos o a los demás, sin embargo históricamente se cometió el error de aislar a las personas con trastornos mentales en lugares lejanos a su domicilio y durante periodos largos de tiempo, lo cual no siempre favorecía la recuperación de su salud mental ya que se perdían sus lazos sociales y muchos de ellos eran abandonados en las instituciones. Así, la NOM-025-SSA2-2014, en su artículo 9.19 establece que uno de los derechos de las personas con trastorno mental o del comportamiento será el de recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de rehabilitación psicosocial y en su caso, elegir la tarea que desee realizar y gozar de la retribución que corresponda, en términos de las disposiciones que resulten aplicables.

En este orden de ideas, el artículo 46 del Reglamento de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México, prevé que la atención en salud mental será de manera multidisciplinaria, integral y continua, mediante acciones de promoción, prevención de riesgos, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, garantizando un trato digno, *fomentando la reintegración social y reduciendo la estigmatización y discriminación.*

Incluso cuando la persona tenga que ser internada, su tratamiento en hospitalización buscará la pronta recuperación y reintegración social de la persona, como lo dispone el artículo 47 de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México, ya que de lo contrario, si el internamiento se prolonga indefinidamente y la unidad de hospitalización no cuenta con los medios adecuados para lograr la recuperación de la persona, se vuelve una institución de carácter asilar y entonces el paciente termina por alienarse de la sociedad, lo que puede llevarlo a empeorar su condición de salud y dificultarle la reinscripción a su entorno social y familiar.

Por ello, el artículo 62 del Reglamento de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México, dispone que el medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular:

- a) Instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento;

- b) Instalaciones educativas;
- c) Instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación;
- d) Instalaciones, y el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los usuarios con trastorno mental emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales, para aplicar medidas apropiadas de rehabilitación y promover su reintegración en la comunidad.
- e) Tales medidas comprenderán servicios de orientación y capacitación vocacional, así como colocación laboral que permitan a los usuarios obtener o mantener un empleo.

Así, de conformidad con el artículo 65 del reglamento antes citado, las actividades de rehabilitación para las personas con trastorno mental fomentarán su integración al núcleo familiar, laboral y su adaptación psicosocial; y de conformidad con el artículo 67, la reinserción social consistirá en:

- I. Favorecer la adquisición o recuperación y utilización de aquellas habilidades personales y sociales que cada uno de los usuarios requiera para desenvolverse con la mayor autonomía posible;
- II. Procurar el mayor grado posible de ajuste e integración social de cada usuario en su entorno comunitario, y
- III. Apoyar, asesorar y entrenar a las familias a través de programas de psicoeducación. Se apoyará asimismo el desarrollo de asociaciones y grupos de autoayuda entre las familias.

Finalmente, cabe señalar que el Estado debe prever que existen personas con trastornos mentales o del comportamiento severos, que en virtud de su edad, o padecimientos físicos o mentales, han perdido total o parcialmente su capacidad para valerse por sí mismos, y en muchos casos son abandonados por su familia en hospitales psiquiátricos o en la calle, por lo cual sería conveniente primero que se previniera o evitara dicha

situación, y en aquellos casos donde las personas son abandonadas, sería importante que se crearan residencias u hogares protegidos, o en su defecto, un sistema de atención a dichas personas, similar al que se estableció en España a través de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, mismo que contempla una serie de prestaciones económicas para cuidadores primarios, así como los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, servicios de asistencia a distancia, servicios de ayuda a domicilio, servicios de centro de día y centros de noche, y servicios de atención residencial.

8.8 El Derecho a la Salud Mental y los Servicios de Salud Mental:

Todas las leyes de salud mental que existen en México contemplan el derecho de las personas al acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud mental. Esto en virtud de que el derecho a la salud mental obliga al Estado a planear, organizar, operar y supervisar el funcionamiento de los servicios públicos de salud mental. Sin embargo, si no existen servicios públicos de salud mental que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, como lo indica el artículo 2, fracción V, de la Ley General de Salud, no puede afirmarse que dicho derecho esté debidamente garantizado en México.

De acuerdo con los principios básicos que se adoptaron en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social; y *la extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines* es esencial para alcanzar el más alto grado de salud. Es decir que, los servicios de salud mental deben incluir atención médica y psicológica, además de otro tipo de atención de disciplinas relacionadas con la salud mental.

En la actualidad la Psicología, la Psiquiatría y otras disciplinas relacionadas con la salud mental, han generado avances en la comprensión y en el tratamiento de los trastornos mentales, sin embargo el Estado Mexicano todavía no ha logrado extender, de manera suficiente, los servicios públicos de salud mental para que toda la población pueda satisfacer sus necesidades de atención.

Esto en virtud de que el modelo público de atención a la salud mental sigue concentrándose predominantemente en Hospitales Psiquiátricos¹⁵³, de los cuales existen 33, distribuidos en las capitales de la mayoría de las entidades federativas de nuestro país, con excepción de Baja California, Colima, Guerrero, Morelos, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo, Tlaxcala y Zacatecas, mismos Hospitales que se encuentran alejados de las zonas rurales y urbanas marginadas, para quienes dicha atención no siempre es accesible desde el punto de vista geográfico y económico, generándose en consecuencia una brecha en la atención a la salud mental que es contraria al principio de no discriminación dispuesto en el artículo 1 constitucional.

La mayoría de los Hospitales Psiquiátricos del país dependen de los gobiernos de las entidades federativas donde se encuentran, con excepción de los Hospitales “Fray Bernardino Álvarez”, “Juan N. Navarro” y “Samuel Ramírez Moreno” que se encuentran en la Ciudad de México y dependen de los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal. Asimismo, los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM’S) Cuauhtémoc, Iztapalapa y Zacatenco, dependen de dichos servicios de atención psiquiátrica.

Así, de acuerdo con el Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica 2013-2018, del total del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es destinado a la salud mental (cifra muy inferior a la recomendada por la OMS); de este monto, se destina el 80% a la manutención de los hospitales psiquiátricos, por lo que las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven muy limitadas. El eje de la atención de las enfermedades mentales sigue siendo el hospital psiquiátrico, ejemplo de ello es que existen 33 hospitales psiquiátricos públicos frente a 13 unidades de internamiento en hospitales generales y ocho establecimientos residenciales.

Aunado a lo anterior, de acuerdo con dicho Programa el acceso se ve limitado por barreras geográficas ya que la mayoría de estos servicios se ubican en las grandes ciudades. Estos datos reflejan que las enfermedades mentales no se encuentran insertas en el sistema general de salud, lo que dificulta la atención integral y multidisciplinaria de los pacientes. Se cuenta con 544 establecimientos de salud mental ambulatorios que ofrecen atención a 310 usuarios por cada 100000 habitantes, en contraste con los

¹⁵³ Información obtenida del Directorio publicado por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal. Disponible en la página: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/302153/hospitales.pdf>.

hospitales psiquiátricos que atienden a 47 usuarios por cada 100,000 habitantes. Es decir que el sistema de atención ambulatoria ha generado un mayor impacto en la población que los Hospitales psiquiátricos aún con un menor presupuesto.

Por otro lado, un buen esfuerzo por mejorar los servicios de salud mental en México es el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental que fue creado a partir del año 2000 entre la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental IAP, mismo modelo que a partir de ese año permitió cerrar un Hospital Psiquiátrico disfuncional en Hidalgo y se inauguró la Villa Ocaranza, así como dos casas de medio camino en Pachuca, constituyéndose en un Modelo a seguir para otras instituciones psiquiátricas que no funcionan adecuadamente.

De acuerdo con el Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018 del Programa Sectorial de Salud del Gobierno Federal, en su apartado III, en el año 2006 la Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental logró la “Declaración de México para la Reestructuración Psiquiátrica” firmada por los Secretarios de Salud de las entidades federativas y otras autoridades de la República Mexicana. Dicha Declaración representó un hito en el apoyo político que avala una nueva forma de concebir la atención en salud mental.

Dicha declaración, impulsada por la TR Virginia González Torres, Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental, fue firmada por 27 representantes de diversas Secretarías de Salud de las entidades federativas así como por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y varios testigos de honor de diversas instituciones, y en ella declararon que:

- 1.- Es imperioso incrementar los esfuerzos nacionales y regionales conducentes al fortalecimiento de los procesos de reforma psiquiátrica convencional para superar el tradicional déficit en la atención integral en salud mental y adecuar la legislación nacional para que la implementación, de modelos alternativos de base comunitaria, sea posible en nuestros países.
- 2.- Las experiencias exitosas de base comunitaria, actualmente desarrolladas en diferentes países, deben ser promovidas y compartidas como propuestas modernas de solución para el

incremento continuo de la cobertura de atención de salud mental con calidad y calidez.

3.- El acceso franco al cuidado de la salud mental, con calidad y equidad, es un derecho humano fundamental y prerrequisito para convivencia social y por lo tanto, todas las inequidades sociales en el acceso deben ser superadas.

4.- Los modelos de atención alternativos e innovadores deben desarrollarse e implementarse en el seno de las comunidades, asegurando el sentido de pertenencia popular como garantía de su sostenibilidad social.

5.- La prestación de los servicios de salud mental deben ser concebidos en redes, de base comunitaria, para que puedan salvaguardar la dignidad de la persona, confidencialidad, la permanencia del enfermo en su comunidad y el respeto a los derechos humanos.

6.- Es imperioso desarrollar estrategias novedosas y solidarias que garanticen el acceso a los mejores esquemas de tratamiento, en forma amplia y permanente.

7.- Es necesario desarrollar mecanismos regulatorios para el fortalecimiento de la formación y capacitación de la fuerza laboral en salud mental teniendo como base un modelo de prestación de servicios de base comunitaria, en donde todas las unidades de la red brinden atención ambulatoria y de internación de acuerdo con los principios rectores de la reestructuración.

8.- Es indispensable el desarrollo de proyectos de investigación, multicéntricos, orientados a mejorar el cuerpo de conocimientos sobre la magnitud y la distribución, en la sociedad de la enfermedad mental y de sus determinantes políticos, económicos, sociales, culturales, de género, étnicos y de prestación de servicios de atención a la misma; así como el promover la aplicación inmediata de aquellos resultados que demuestren ser útiles para superar las inequidades en el área de la salud mental.

9.- Es conveniente fortalecer las alianzas entre los actores clave de la política pública, el sector no-gubernamental y la sociedad civil para crear sinergia entre las diferentes iniciativas orientadas a mejorar la prestación de servicios de salud mental.

10.- La solidaridad en el financiamiento de todas las acciones y la responsabilidad social compartida son esenciales para enfrentar el enorme desafío de asegurar que cada enfermo pueda ser asistido con dignidad, con la finalidad de disminuir su dolor y el de su familia, para que pueda realizar su proyecto de vida con el menor grado de discapacidad posible: por lo tanto, los firmantes de esta declaración nos comprometemos mancomunadamente a promover la creación de las necesarias condiciones que faciliten la inmediata aplicación de los principios de reestructuración en el área de salud mental, como imperativo ético para saldar la deuda social en el área.

11.- Existen experiencias exitosas en algunos países tales como: la reforma a la atención psiquiátrica en Brasil, la reforma psiquiátrica en Chile, la atención primaria de salud y el desarrollo de servicios de salud mental infanto-juveniles en Cuba, el desarrollo de servicios de salud mental basado en enfermeras calificadas en Belice y Jamaica, la reestructuración psiquiátrica en la provincia de Río Negro, Argentina; la atención a grupos vulnerables en el Salvador, Guatemala y Nicaragua. El desarrollo de un sistema de salud mental en Panamá, así como la experiencia en programas específicos en Costa Rica y el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental en México.

Como puede verse, en la cláusula número 3 de dicha declaración se reconoce el derecho fundamental a la salud mental y, en las demás cláusulas, se enfatizó la importancia de unir esfuerzos entre las diversas autoridades de salud para mejorar la prestación de los servicios de salud mental, pugnando porque se adopte un modelo comunitario e innovador que permita ampliar la cobertura de los servicios y con ello se supere la brecha en la atención a la salud mental, tomando como modelo las reformas psiquiátricas llevadas a cabo en otros países y el propio Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.

Con base en dicho Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, a la fecha se han creado Villas de Transición Hospitalaria en seis

estados de la República Mexicana: Estado de México, Jalisco, Tamaulipas, Hidalgo, Durango y Oaxaca; y además, en Yucatán, se encuentran en fase de implementación. Dichas Villas de Transición Hospitalaria, según el artículo 4.1.38 de la NOM-025-SSA2-2014, son áreas de estancia hospitalaria con la estructura de una casa común, donde las usuarias y usuarios reciben atención integral médico-psiquiátrica las veinticuatro horas del día. Cuentan con área de talleres de rehabilitación, banco de reforzadores, salón de usos múltiples para las personas usuarias, unidades de atención médica de cuidados especiales, oficinas administrativas, áreas de urgencias y consulta externa.

Asimismo, a la fecha existe un total de 51 Centros Integrales de Salud Mental distribuidos en las entidades federativas, con excepción de los Estados de Baja California Norte, Nuevo León, Colima, Michoacán, Guerrero, Oaxaca, Hidalgo, Tabasco y Campeche, que no cuentan con ningún centro integral de salud mental, mientras que el Estado de Jalisco cuenta con 8 de ellos en atención a que han sido fomentados por el Instituto Jalisciense de Salud Mental. Dichos Centros Integrales de Salud Mental, de acuerdo con el artículo 4.1.9 de la NOM-025-SSA2-2014, son centros de atención primaria ambulatoria que cuentan con los elementos y equipo necesario para la detección oportuna y la atención inmediata de cualquier trastorno mental, o en su caso, para referencia de las personas usuarias, así como para realizar actividades de prevención y promoción de la salud mental.

Asimismo, de acuerdo con el Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018, del Programa Sectorial de Salud del Gobierno Federal, los CISAME´S están conformados por equipos multidisciplinarios básicos que constan al menos, de un psiquiatra, un psicólogo clínico, un psicólogo especialista (especialidad en psicoterapia), un trabajador social, un enfermero, admisión, farmacia y administrativos.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Salud Mental¹⁵⁴ de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, los CISAME´S fueron creados con la visión de acercar la salud mental a la población promoviendo de esta manera la atención y detección oportuna, evitando tanto la concentración de la atención en hospitalización, como la institucionalización de las

¹⁵⁴ Recuperada de:

<http://www.consame.salud.gob.mx/contenidos/consame/antecedentes.html#>

personas con trastornos mentales, siendo este último uno de los principales objetivos del Modelo Miguel Hidalgo de Atención a la Salud Mental.

En este orden de ideas, el Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018, señala que los grandes hospitales psiquiátricos custodiales deben ser sustituidos paulatinamente por centros de atención comunitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales, con vistas a satisfacer todas las necesidades de los enfermos que eran competencia de dichos hospitales y que este viraje a la atención comunitaria requiere la existencia de personal sanitario y servicios de rehabilitación a nivel comunitario, junto con la provisión de apoyo para situaciones de crisis, viviendas protegidas y empleo protegido.

Asimismo, en dicho Programa se menciona que la Unidad de Psiquiatría en Hospital General, se refiere a unidades de estancia corta cuya prestación de servicios, tiene por objeto proporcionar atención médica a personas con trastornos mentales como patología única o asociada a otras enfermedades; requiere un área específica para hospitalización, urgencias y diferenciada para consulta externa al interior del hospital general. Así, el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, a través de dicha unidad, como parte de una red de servicios comunitarios, pretende participar activamente en la reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura, propuesta por la OMS.

De igual forma, en el multirreferido Programa se indica que a través de esta estructura, se busca proporcionar atención ambulatoria en los hospitales generales, e ingresos breves, favoreciendo procesos integrales de recuperación, centrados en el usuario, con enfoque de respeto a los Derechos Humanos, mediante procesos y personal competente, y asegurando la disponibilidad de la infraestructura y equipamiento pertinentes. Estas Unidades de Psiquiatría, constituyen el proceso de transición, de la atención al paciente en hospitales psiquiátricos de estancia prolongada, a diversos servicios interrelacionados, que incluyen, además de ingresos breves, atención ambulatoria.

Además, dicho programa resalta que, en congruencia con las políticas y avances internacionales, es necesario incorporar a la formación básica de los recursos humanos en salud mental, la perspectiva de la salud mental comunitaria y evitar la estigmatización y aislamiento de personas con trastornos mentales.

Uno de los problemas que ha presentado la implementación del Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental cuando se intenta sustituir a un hospital psiquiátrico por villas de transición hospitalarias es que los trabajadores muestran resistencia al cambio principalmente por desconocer el modelo. Asimismo, también se muestra resistencia por parte de las Asociaciones Psiquiátricas ya que en algunas instituciones del Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental se han nombrado como Directoras a Psicólogas como es el caso de Yucatán, lo cual ha generado un recelo profesional al experimentar la pérdida del poder directivo que tenían los Psiquiatras en los Hospitales Psiquiátricos.

Desde mi punto de vista, es necesario que en el país se construyan más Centros Integrales de Salud Mental de manera que haya cobertura total en la atención primaria a la salud mental, y que se establezca un mayor número de Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales para internamientos de estancia breve, reservando los Hospitales Psiquiátricos para pacientes crónicos o de estancia prolongada evitando que dichos hospitales se conviertan en asilos y los pacientes sean excluidos de la sociedad.

Por lo que hace a la inversión en salud mental en México, los investigadores Katz, G., Lazcano-Ponce, E., y Madrigal, E.¹⁵⁵, señalan que aunque en el periodo 2010-2015 el presupuesto aprobado para salud mental presentó un comportamiento creciente y pasó de menos de 1 a 2.2% del total destinado a salud –2 586 millones de pesos para 2017–, los porcentajes y cifras absolutas son aún muy lejanas a las recomendadas por la OMS y el gasto de países con ingresos altos, que promedian 5.1% y llegan a 6.59%. Cabe agregar que, en los últimos dos años, el presupuesto se redujo en 4 y 5%, y que 80% del gasto en salud mental se ejerce en los hospitales psiquiátricos, adonde llegan los pacientes más graves, no detectados ni tratados a tiempo, y donde los costos de atención resultan muy elevados.

En relación con los recursos humanos para la atención de los problemas de salud mental, Katz, G., Lazcano-Ponce, E., y Madrigal, E.¹⁵⁶, refieren que en 2016, se estimó que el número total de recursos humanos que trabajan en unidades de salud mental en México, representa cerca de

¹⁵⁵ Katz, G., et al., “La salud mental en el ámbito poblacional: la utopía de la psiquiatría social en países de bajos ingresos”, *Salud Pública de México*. Volumen 59, no.4, 2017, p. 351. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v59n4/0036-3634-spm-59-04-00351.pdf>

¹⁵⁶ *Ibidem*, p. 352.

10,000 y la tasa por cada 100,000 habitantes se distribuye de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas y 2 profesionales/técnicos de salud. Estos recursos son insuficientes, están mal distribuidos y la mayoría de ellos se encuentra concentrada en los hospitales psiquiátricos. Éstos son recursos muy escasos si se considera, por ejemplo, que la media de psiquiatras en países de la OCDE es de 15.6 por cada 100000 habitantes, incluido Suiza, que tiene más de 40.

Desde mi punto de vista, resulta fundamental que la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud promueva la creación de un sistema nacional de residencias en salud mental, que además de la Especialidad en Psiquiatría, se contemplen las Especialidades en Psicología Clínica, Trabajo Social Psiquiátrico y Enfermería Psiquiátrica, entre otras, con residencia en diversas instituciones del sistema de salud mental, incluidas las instituciones del Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental, para efecto de preparar profesionales especializados en la prestación de servicios públicos de salud mental que trabajen en los sistemas de salud mental locales y federales.

Así por ejemplo, en los casos de España y Argentina, los Ministerios de Salud y las Universidades han creado programas de Especialidad en Psicología Clínica con residencia en instituciones públicas del sistema de salud mental, con una duración de cuatro años, donde el residente después de haber aprobado un concurso de selección, es contratado por cuatro años y realiza actividades asistenciales remuneradas a la par que se va formando continuamente en diversas asignaturas académicas e investiga problemáticas de salud mental, a través de un programa de rotación por diversas áreas o servicios, bajo la guía de un tutor o supervisor, atendiendo a una gran diversidad de pacientes con distintos trastornos, en diferentes contextos, que al final de la Especialidad le permiten generar competencia profesional para desempeñarse con excelencia en la atención especializada a la salud mental en dispositivos públicos de atención a la salud mental. Esta situación le permitiría al propio sistema de salud mental generar los recursos humanos especializados que necesita.

Por otro lado, las instituciones públicas de seguridad social tales como el IMSS, ISSSTE e ISSFAM, no tienen cobertura plena de atención psicológica y psiquiátrica, ya que existe un gran déficit de psicólogos y psiquiatras en las Unidades de Medicina Familiar, Clínicas y Hospitales de las Instituciones de Seguridad Social, sobre todo del IMSS. Por ello sería

necesario que el Estado reconociera la importancia de brindar el servicio básico de salud mental en todas las instituciones públicas de salud.

El hecho de que los trastornos mentales no estén incluidos en el sistema general de salud es significativo, ya que por ejemplo en el programa IMSS-PROSPERA, que otorga servicios de salud a la población más vulnerable del país que no cuenta con seguridad social y vive en zonas rurales o urbanas marginadas, es casi inexistente la presencia de la psicología y de la psiquiatría tanto en el primer nivel de atención compuesto por Unidades Médicas Rurales, Unidades Médicas Urbanas, Brigadas de Salud, Unidades Médicas Móviles y Centros de Atención Integral a la Mujer como en el segundo nivel de atención compuesto por los Hospitales Rurales donde se atienden especialidades de cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría, anestesiología, medicina familiar y epidemiología.

Pese a que el programa IMSS-PROSPERA aduce trabajar bajo un Modelo de Atención Integral a la Salud, lo cierto es que la atención que se brinda no es integral porque se enfoca principalmente en padecimientos físicos, bajo un modelo biomédico tradicional que ignora los componentes psicológicos de cualquier problema de salud y no contempla profesionales de salud mental que intervengan en los tratamientos. Esta situación es grave, porque la salud mental es un servicio básico de salud que debe estar comprendido incluso en las instituciones públicas de seguridad social, y la presencia de psicólogos y psiquiatras no puede ser sustituida por médicos generales o enfermeras capacitados en salud mental, ya que dicha atención no sería especializada.

Sería conveniente que la atención Psicológica y Psiquiátrica se incorporara en el Programa IMSS-PROSPERA, en el primer y segundo nivel de atención, respectivamente, ya que eso permitiría tener un gran impacto en la salud de la población pues dicho programa tiene presencia en 28 Estados del país y atiende a una población adscrita de 13.1 millones de personas, en más de 20,000 localidades pertenecientes a más de mil municipios, lo cual permitiría acercar los servicios de salud mental a la población que más los necesita. Asimismo, sería deseable que todas las Unidades de Medicina Familiar del IMSS contaran con al menos un Psicólogo y que el Psiquiatra se incorporara a los Hospitales de dicho Instituto.

Por otro lado, cabe señalar que las entidades federativas que cuentan con leyes de salud mental se han comprometido a crear Módulos de Atención a la Salud Mental conformados por un equipo multidisciplinario de salud mental, siendo el Estado de Jalisco una de las entidades que ha construido un mayor número de Centros de atención a la salud mental cercanos a la comunidad, por lo cual urge que los demás entidades federativas se avoquen a la creación de dichos Módulos para que la población mexicana pueda tener un acceso efectivo a los servicios de salud mental.

Para ello será fundamental que los Gobiernos de los Estados en conjunto con los Congresos Locales destinen el presupuesto que se requiera para desarrollar dichos servicios. Asimismo, el Gobierno Federal deberá extender los CISAME'S a aquellas entidades federativas que no cuenten con dichos centros y deberá construir villas de transición hospitalaria, Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales u Hospitales Psiquiátricos de estancia breve en aquellas entidades federativas que no tengan acceso a servicios de hospitalización para urgencias en salud mental. Todo esto con miras a evitar la inequidad en el acceso oportuno a los servicios de salud mental en la población mexicana y disminuir la brecha en la atención a la salud mental.

El Estado Mexicano debe asegurar a todas las personas la accesibilidad a los servicios de salud mental, pues así se obligó con fundamento en lo dispuesto por los artículos 2.1 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, publicado desde 1981, así como en los artículos 1 y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos "Protocolo de San Salvador" publicado en 1998.

Por ello debe adoptar todas las medidas que sean necesarias, hasta el máximo de los recursos de que disponga, incluyendo las legislativas, para hacer efectivo el *derecho de toda persona al más alto nivel de bienestar físico, mental y social*, por lo cual deberá proporcionar servicios de salud mental desde la atención primaria a la salud para poner la asistencia sanitaria esencial al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad, comenzando por satisfacer las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables, ya que dicha atención tendrá carácter prioritario como lo indican la mayoría de las leyes de salud mental locales en nuestro país.

Desde mi punto de vista, el Estado Mexicano, no ha cumplido su obligación de adoptar las medidas necesarias para garantizar la plena efectividad del derecho a la salud mental porque no se le han destinado recursos suficientes al ámbito de la salud mental, a fin de lograr progresivamente, y de conformidad con la legislación interna, la Atención Primaria en Salud Mental, lo cual dificulta sobremanera la detección, prevención y tratamiento de los trastornos mentales, ni tampoco se han realizado campañas nacionales de educación en salud mental y las personas más vulnerables por sus condiciones de pobreza no tiene garantizado el acceso a la salud mental ya que en la mayoría de los Hospitales psiquiátricos no se les suministran los medicamentos en las áreas de consulta externa.

Cabe señalar que de acuerdo con la **Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas**, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el **suministro de medicamentos esenciales**, y **el tratamiento y atención apropiados de la salud mental**. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

Asimismo, dicha Observación refiere que el derecho a la salud en todas sus formas y en todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

1.- Disponibilidad: Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional

capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

2.- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

2.1.- No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

2.2.- Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

2.3.- Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

2.4.- Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

3.- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética profesional y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

4.- Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal de salud mental capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Es decir que el derecho a la salud mental implica que el Estado Mexicano deberá garantizar progresivamente la existencia de servicios públicos de atención a la salud mental, por lo cual dichos servicios deberán estar disponibles en un número suficiente de establecimientos, sin que se descuide la atención a los factores determinantes básicos de la salud mental.

Asimismo, los servicios deberán ser accesibles sin discriminación alguna y estar al alcance geográfico de toda la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados, y ser asequibles desde el punto de vista económico, garantizándose la gratuidad para las personas más desfavorecidas, y brindar acceso a la información para la salud mental a la población.

Además, los servicios de salud mental deberán ser respetuosos de la ética profesional en las distintas disciplinas de la salud mental y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

También dichos servicios deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y ser de buena calidad, por ello deberá contarse con profesionales de la salud mental actualizados, medicamentos y equipo científicamente aprobados y en buen estado y condiciones sanitarias adecuadas.

En este orden de ideas, Priego Enríquez¹⁵⁷ al señalar los elementos del núcleo esencial del derecho a la salud mental considera que coinciden con los del derecho a la salud en cuanto a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, pero al estar presente la discapacidad mental, agrega como elementos esenciales también el consentimiento informado y la tutela especializada.

Así, respecto al consentimiento informado, dicha autora señala que el mismo implica la obligación de informar al enfermo y a su representante en relación con el tratamiento a recibir, su duración y las acciones terapéuticas que podrán ser utilizadas; hacer de su conocimiento las restricciones necesarias para su protección y la de terceros, y la obligación de aplicar el tratamiento menos agresivo posible, nunca de carácter irreversible.

Respecto a la tutela especializada, Priego Enríquez explica que consiste en aquellos mecanismos que garanticen que el enfermo mental cuente con los mecanismos de protección de sus derechos no sólo a nivel particular sino también a nivel estatal, mediante mecanismos que garanticen sus derechos humanos. Dicha tutela implica:

- a) La participación de observadores externos que vigilen el debido respeto de sus derechos humanos dentro de los establecimientos en los que sean tratados.
- b) Derecho a tener un representante que cuide sus intereses y sea responsable de su guardia y custodia, en aquellos casos en los que el trastorno mental impida al enfermo el ejercicio de sus derechos (declaración de incapacidad), nombramiento que deberá recaer en una persona que cuente con la solvencia moral suficiente para objetivamente salvaguardar los intereses del enfermo y cuya conducta deberá ser vigilada por la autoridad judicial.
- c) Derecho al manejo confidencial de la información psiquiátrica de su persona.

¹⁵⁷ Priego Enríquez, A. L.H., *Contenido esencial del derecho a la protección de la salud mental de las personas en México* (Tesis de Maestría en Derechos Humanos y Democracia), México, ed. FLACSO-MEXICO, 2014, p. 38.

- d) Obligación del Estado de fijar las normas oficiales mínimas a que deben ajustarse los establecimientos que atiendan a personas con trastornos mentales, con la subsecuente obligación de vigilancia permanente del cumplimiento de tales lineamientos.
- e) En los casos de internamiento del enfermo en un establecimiento especializado, dicha decisión debe ser notificada a la autoridad judicial y a su representante, misma que podrá ser revisada por la autoridad judicial de oficio o a petición de parte con el auxilio de peritos en la materia a efecto de determinar la pertinencia del internamiento y el tiempo que éste debe durar.

Por otro lado, Pliego Enríquez concluye que el marco normativo nacional no contempla en forma completa y total los elementos que constituyen el núcleo esencial del derecho a la salud mental (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, consentimiento informado y tutela especializada), de donde resulta que México no está cumpliendo en su totalidad con las obligaciones a su cargo de respetar, proteger y cumplir dicha prerrogativa. Además, dicha autora sostiene que en consecuencia de la existencia de un marco normativo deficiente, las políticas públicas en materia de salud mental tampoco han cubierto en su totalidad con las obligaciones del Estado Mexicano respecto de las personas con padecimientos mentales y del comportamiento y sus familias.

Desde mi punto de vista, coincido con Pliego Enríquez en que el marco normativo mexicano de salud mental presenta deficiencias, sin embargo no comparto su postura de que el problema de las políticas públicas de salud mental se debe a las deficiencias del marco normativo, ya que considero que dicha problemática se debe más bien a la renuencia, desinterés o falta de voluntad política del Estado Mexicano, para tomar en serio la salud mental y atenderla como se merece. He llegado a esta conclusión porque existen entidades federativas como Jalisco que con una ley de salud mental deficiente han logrado construir un sistema de salud mental local que si bien requiere mejoras resulta aceptable, y en cambio, existen entidades federativas como la Ciudad de México, que con una mejor ley de salud mental local, no logrado consolidar un sistema de salud mental adecuado, ni invertir recursos suficientes en el área.

Por otro lado, desde mi punto de vista el núcleo esencial del Derecho a la Salud Mental es más amplio que el propuesto por Pliego Enríquez, ya que como vimos a lo largo de este capítulo, el contenido del derecho a la salud mental tal como se ha desarrollado en nuestro país a nivel legal y

jurisprudencial es muy amplio, y un tanto indeterminado, ya que abarca un conjunto interrelacionado de derechos al bienestar psíquico, a la identidad, a la dignidad, al respeto y a un tratamiento integral para una óptima integración social, por lo cual el Gobierno tiene la obligación de planear, organizar, operar y supervisar el funcionamiento de los servicios de salud mental que garanticen dicho derecho.

Desde mi punto de vista, la salud mental no debe entenderse únicamente como el resultado del buen funcionamiento de los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales del individuo, como lo refieren la mayoría de las leyes locales de salud mental de nuestro país, sino más bien, conviene considerarla como un proceso multideterminado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona, tal y como lo refiere el artículo 3 de la Ley Nacional de Salud Mental de Argentina. Esto es así porque en la salud mental en general no solo intervienen factores individuales sino también determinantes sociales que deben atenderse.

Esto es importante porque el Estado Mexicano no puede limitarse a generar servicios públicos de salud mental destinados a remediar los problemas de salud mental de las personas interviniendo únicamente sobre los factores biológicos (con psicofármacos) o psicológicos (con psicoterapia), sino que también debe diseñar e implementar políticas transversales que incidan sobre las determinantes sociales de la salud mental atendiendo las variables contextuales de tipo social, económicas, culturales, ambientales e históricas para promover el más alto nivel posible de salud mental de la población.

CAPÍTULO IX.

ANÁLISIS DE CASOS DE VIOLACIONES AL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

En este capítulo realizaremos estudios de caso de violaciones al derecho a la salud mental en la Ciudad de México.

9.1 Primer Caso: Amparo en revisión 144/2015.

El primer caso versa sobre la violación al derecho a la salud mental de una persona con un trastorno mental que trabajaba en las calles de la Ciudad de México. La información del caso se obtuvo a partir de la versión pública de la sentencia de fecha 14 de abril de 2016, dictada por el Vigésimo Tribunal Colegiado en materia Administrativa del Primer Circuito en el Amparo en revisión R.A. 144/2015.

En Julio del 2014, una persona diagnosticada con trastorno mental, que vivía solo y no tenía a nadie que lo ayudara o cuidara, por lo cual pernoctaba en el Centro de Asistencia e Integración Social “Plaza del Estudiante”, trabajaba vendiendo dulces en la vía pública de la Delegación Cuauhtémoc, lugar de donde fue levantado física y materialmente por parte de policías y personal de vía pública de la Ciudad de México, quienes le quitaron sus dulces y lo llevaron al Juez Cívico en distintas ocasiones, pese a que el mismo se identificó oportunamente con un gafete expedido por la misma delegación política en el que constaba que se trataba de una persona con discapacidad que padece un trastorno mental. Asimismo, señaló que no recibía atención médica desde hace diez años y que trabajaba para pagar sus gastos.

9.1.1 Resumen del caso:

En Julio de 2014 se presentó una demanda de amparo indirecto en la Ciudad de México, misma que fue tramitada ante el Juzgado Décimo Tercero de Distrito en materia Administrativa en contra de las siguientes autoridades:

- a) El Jefe de Gobierno del Distrito Federal como ordenadora.
- b) El Jefe Delegacional en Cuauhtémoc como ordenadora.
- c) La Jefe de Vía Pública en Cuauhtémoc como ejecutora.
- d) El Juez Cívico en la Delegación Cuauhtémoc como ejecutora.
- e) El Secretario de Seguridad Pública del Distrito Federal como ejecutora.

El quejoso señaló como acto reclamado que fue levantado física y materialmente de la vía pública de la Delegación Cuauhtémoc por parte de policías y personal de vía pública de la Ciudad de México, quienes le

quitaron sus dulces y lo llevaron al Juez Cívico en distintas ocasiones, pese a que el mismo se identificó oportunamente como una persona con discapacidad que padece un trastorno mental con un gafete expedido por la misma delegación política. Asimismo, señaló que no recibía atención médica desde hace diez años.

Como derechos fundamentales violados señaló los contenidos en los artículos 1, 5, 8, 14, 16 y 31 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Posteriormente, en la ampliación de demanda, el quejoso agregó como autoridades responsables a las siguientes:

- a) El Responsable del Centro de Asistencia e Integración Social “Plaza del estudiante” del Instituto de Asistencia e Integración Social del Gobierno del Distrito Federal.
- b) El Director General del Instituto de Asistencia e Integración Social del Gobierno del Distrito Federal.
- c) El Secretario de la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal.
- d) El Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal.
- e) El Secretario de Salud del Gobierno Federal.

Además, agregó como acto reclamado que las autoridades responsables no le han otorgado la atención médica ni suministrado los medicamentos correspondientes, no obstante, su estado de vulnerabilidad al ser considerado como incapaz por presentar un padecimiento mental por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, por lo cual manifestó que se infringieron en su perjuicio los derechos fundamentales a la salud e igualdad tutelados en los artículos primero y cuarto constitucionales, respectivamente, ya que no se le garantizó el más alto nivel posible de salud.

Posteriormente, el Director Ejecutivo de Justicia Cívica del Distrito Federal informó que luego de una búsqueda no se encontró ningún registro de procedimiento instaurado en contra del Quejoso.

9.1.2 Sentido de la Sentencia:

En Mayo del 2015, la Juez de Distrito resolvió sobreseer por inexistencia de actos respecto de los actos atribuidos al Jefe de Gobierno de la hoy Ciudad de México, el Secretario de Seguridad Pública del Distrito Federal, el Juez Cívico adscrito al turno matutino de la Coordinación Territorial de Seguridad Pública y Procuración de Justicia en Cuauhtémoc CUH-02, la Jefa Delegacional y el titular de la Subdirección de Vía Pública, ambos en Cuauhtémoc, sin embargo decidió otorgar el amparo y protección de la justicia de la unión al quejoso respecto a los actos atribuidos al Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal, a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y a la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal.

En esencia, la Juez estimó fundados los argumentos del quejoso, al tomar en consideración la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y lo dispuesto en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. De donde apreció la juzgadora que, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, impone obligaciones positivas a los Estados parte, de las que se destacan el tratamiento de las enfermedades y, especialmente, la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

La jueza federal refirió que el documento más extensivo de interpretación del artículo 12 del referido Pacto, era la Observación General Número 14 emitida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del cual concluyó que existen elementos esenciales que informan el desarrollo del derecho humano a la salud, a saber, la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; y que implica, entre otras cuestiones, que el Estado mexicano: (I) cuente con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, cuya naturaleza dependerá particularmente de su nivel de desarrollo; (II) que tales establecimientos estén al alcance de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, y; (III) que además de resultar aceptables desde el punto de vista cultural deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Así, en la sentencia protectora, la Juez de Distrito concluyó que el derecho al nivel más alto posible de salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar un estado de bienestar general, que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, entre otras.

La Juez determinó —entre otros aspectos— que el Estado debe facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, en tanto que la creación de condiciones que aseguren a las personas asistencia médica y servicios médicos en casos de enfermedad, no se limita al acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, sino al tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades; para lo cual, se tendrá que justificar que ha realizado todo lo posible por utilizar al máximo los recursos de que dispone para satisfacer el derecho a la salud.

También tuvo presente el contenido de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal (Ahora Ciudad de México), la cual define la salud mental, como el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad.

Con base en dicho marco jurídico, la Juez de Distrito procedió a analizar si en el caso concreto la omisión atribuida a las autoridades responsables afectó, limitó, restringió o alteró el contenido esencial de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad, en especial, el derecho a la salud y, por ende, si las acciones realizadas resultaban adecuadas, conforme a los estándares previstos en el derecho humano al disfrute más alto posible a la salud, consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

En ese sentido, de las documentales analizadas en dicho fallo, la Juez advirtió que las autoridades de las instituciones de salud federal y estatal, así como las de la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, si bien es cierto que realizaron acciones a fin de proporcionar atención médica y

suministrar medicamentos al quejoso, en relación con diversos padecimientos y afecciones; no menos lo era que, tales gestiones eran insuficientes para acreditar el cabal cumplimiento de las obligaciones de las autoridades sanitarias de adoptar las medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal del más alto nivel posible de salud física y mental del quejoso, ya que de los servicios de salud básicos otorgados no era posible advertir que éstos se hubieran prestado en un *esquema de continuidad* ni las autoridades responsables justificaron la *idoneidad* de sus actuaciones; además, tampoco se inferían acciones preventivas ni de rehabilitación en relación con las circunstancias especiales del quejoso, o alguna manifestación en relación con la pertinencia de los medicamentos prescritos y si éstos, efectivamente, se suministraron.

Concluyó la Juez que, las acciones previstas en la Ley de Salud Mental del Distrito Federal consisten en las estrategias necesarias para proporcionar a la persona usuaria una atención integral en salud mental, a través de la prevención de riesgos, la evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, las cuales en la especie —consideró— no se encontraban agotadas. Tal como lo establecen los numerales 56 a 60, del Reglamento de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal, mismos que se transcriben a continuación:

“Artículo 56. Todo usuario con diagnóstico de trastorno mental, tendrá derecho a estar en espacios que propicien su participación e interacción con la sociedad, considerando en todo momento, proteger la seguridad física de terceros. Cuando las condiciones o necesidades del usuario no lo permitan, tendrá derecho a recibir atención médica para su tratamiento, seguimiento, rehabilitación y en su caso reinscripción social.

Artículo 57. El tratamiento y los cuidados de cada usuario con trastorno mental, se basarán en un plan prescrito individualmente por el médico tratante, acordado con el usuario, revisado periódicamente, modificado si es necesario y aplicado por personal capacitado.

Artículo 58. La atención psiquiátrica, se proporcionará siempre con arreglo a las normas de éticas pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de Ética Médica aplicables

a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricas.

Artículo 59. El tratamiento de cada usuario con trastorno mental, estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

Artículo 60. La medicación, responderá a las necesidades fundamentales de salud del usuario con trastorno mental, sólo se le administrará con fines terapéuticos y nunca como castigo o para conveniencia de terceros. Los profesionales de Salud mental sólo administrarán medicamentos de eficacia demostrada.”

De los artículos antes citados la juzgadora determinó que las autoridades responsables además de prestar el servicio público general y atención médica de urgencia, estaban obligadas a proveer al quejoso todas aquellas medidas que tuviesen por objeto su bienestar físico, mental, emocional y social que resultasen apremiantes para hacer efectivo ese derecho fundamental, de manera prioritaria en relación con su situación de riesgo, su condición de desventaja, abandono o desprotección física, mental, jurídica o social y considerando si éste contaba o no con las condiciones necesarias para valerse por sí mismo y ejercer sus derechos, como apuntó establece el numeral 14 de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal, que dispone:

“Artículo 14. Derivado de los trastornos mentales, que presentan los diversos sectores de la sociedad y en virtud de que requieren cada uno de ellos atención especializada, los tipos de atención en salud mental que proporcione la Secretaría buscarán dar prioridad a la niñez, adolescencia, juventud, mujeres en condiciones de embarazo y puerperio, menopausia, adultos mayores, hombres con afecciones mentales y personas que se encuentran en situación de calle, de emergencia o desastre.”

Asimismo, la Juez tomó en cuenta el contenido de los artículos 64 a 67 del Reglamento de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal, que dispone

lo relativo a la rehabilitación y las actividades a implementarse o, en su caso, aquellas que tengan como fin la reinserción social, en los siguientes términos:

“Artículo 64. La rehabilitación, tiene como objetivo articular en la vida del usuario recursos socio afectivo, comportamental, ocupacional y residencial, mediante programas específicos que habiliten en el individuo lo necesario para facilitar su desempeño social y laboral.

Artículo 65. Las actividades de rehabilitación para el usuario con trastorno mental, consisten en:

I. Implementar actividades ocupacionales orientadas al aprendizaje de algunos oficios, a la educación y crecimiento personal, así como recreativas, a través de la estructuración del tiempo libre;

II. Proporcionar asesoría individual, familiar y grupal, para aumentar y enriquecer las redes sociales de los pacientes con personas no familiares; se permite a las familias reorientar sus energías hacia actividades y proyectos propios contribuyendo así a una vida familiar más saludable y por lo tanto, a un ambiente más propicio para la integración del usuario con trastorno mental en las dinámicas de la familia y,

III. Fomentar la integración del usuario a su núcleo familiar, laboral y su adaptación psicosocial.

Artículo 66. La reinserción social, es un recurso específico, dirigido a los usuarios con trastornos mentales, que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial, con la finalidad de mejorar su calidad de vida e integrarlo a la sociedad, en las mejores condiciones posibles a través de su reinserción laboral.

Artículo 67. La reinserción social del usuario con trastorno mental, consiste en lo siguiente:

I. Favorecer la adquisición o recuperación y utilización de aquellas habilidades personales y sociales que cada uno de los usuarios requiera para desenvolverse con la mayor autonomía posible;

II. Procurar el mayor grado posible de ajuste e integración social de cada usuario en su entorno comunitario, y

III. Apoyar, asesorar y entrenar a las familias a través de programas de psicoeducación. Se apoyará asimismo el desarrollo de asociaciones y grupos de autoayuda entre las familias.”

De dichos artículos estimó que las autoridades responsables debieron llevar a cabo un examen exhaustivo, en el que dilucidaran la situación específica del quejoso, esto es, las cuestiones relacionadas con su salud y entorno personal, a fin de proveer que se le proporcionara la atención médica preventiva y de rehabilitación que resultasen necesarias para la preservación de su salud, a fin de mejorar las condiciones necesarias para alcanzar un estado de bienestar general.

En razón de lo anterior, estimó fundado el concepto de violación en estudio, otorgando el amparo y protección de la Justicia de la Unión al quejoso, al haberse violado en su perjuicio el derecho humano a la salud, en su modalidad de prestación de servicios médicos adecuados, en función de su estado de vulnerabilidad y padecimiento; con el fin de que las autoridades responsables realizaran las diligencias necesarias, inclusive ante diversas autoridades no señaladas como responsables a efecto de brindar al quejoso la atención médica requerida y se le suministren los medicamentos necesarios conforme a los padecimientos diagnosticados, dictando las medidas de rehabilitación o reinserción correspondientes y, en caso de ser necesario, la atención hospitalaria o de cualquier otra índole que resultase acorde con el bienestar físico, mental, emocional y social de dicho impetrante.

9.1.3 Recurso de revisión:

En Junio del 2015, inconformes con la decisión anterior, la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal y la Secretaría de Salud (Federal), presentaron recursos de revisión. De igual modo, la Jefa Delegacional en Cuauhtémoc y el Titular de la Subdirección de Vía Pública de Cuauhtémoc interpusieron recursos de revisión en razón de que la Juez les impuso obligaciones pese a que sobreseyó el amparo respecto a los actos atribuidos en su contra. En el caso de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal la misma no presentó recurso de revisión. Dichos recursos fueron tramitados ante el Vigésimo Tribunal Colegiado en materia Administrativa del Primer Circuito.

La Secretaría de Salud (Federal) en esencia argumentó que de acuerdo con el artículo 7° del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, entre las facultades que le son encomendadas a dicha Secretaría, no se encuentran las de proporcionar y garantizar (gestionar) atención médica y suministro de medicamentos, en la forma y términos que solicitó el quejoso. Además, sostuvo que la salubridad general constituye una materia concurrente, prevista en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y que, en términos del numeral 3° de la Ley General de Salud, la atención médica preferentemente en beneficio de los grupos vulnerables le corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, como autoridades locales dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales, así como su organización, operación, supervisión y evaluación; por lo cual la Secretaría de Salud carece de facultades para instrumentar lo necesario, así como para aplicar políticas públicas para brindar una adecuada atención médica, particularmente para brindar atención médica y otorgar medicamentos como solicitó el quejoso.

Asimismo, dicha Secretaría arguyó que se violentó en su perjuicio lo establecido en el artículo 74, fracción III, de la Ley de Amparo, al dejar de atender a la valoración de las pruebas admitidas y desahogadas ya que la juez de distrito realizó una somera valoración de las pruebas contenidas en los expedientes médicos relacionados con el hoy quejoso, como es el caso de la referencia de pacientes de dieciocho de enero de dos mil doce, suscrita por el Jefe de Servicios de Urgencia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y la receta médica con fecha ilegible de la misma institución; de donde citó que debía concluirse que las instituciones de salud Federal han realizado acciones a fin de proporcionar atención médica y de suministro de medicamentos al quejoso, pero que al parecer de la juzgadora ello es insuficiente para acreditar el cabal cumplimiento de las obligaciones relativas, bajo un esquema de continuidad o la idoneidad de sus actuaciones, lo cual estima la Secretaría de Salud que es inexacto.

La Secretaría de Salud (Federal) sostuvo que en el documento señalado como “REFERENCIA DE PACIENTES”, se advierte la actuación realizada por el personal del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en el cual consta que el personal de dicho nosocomio realizó un análisis clínico del paciente —hoy quejoso—; y que, a pesar de la valoración realizada, tal enfermedad no ameritaba mayor tratamiento en aquella institución psiquiátrica, por lo que se determinó que debía acudir al Centro de Asistencia e Integración Social “Plaza del Estudiante” – de la Ciudad de

México-. Es decir que las autoridades del Gobierno del Distrito Federal canalizaron al quejoso a la citada institución psiquiátrica Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de la Secretaría de Salud (Federal) para su valoración y que, una vez realizada ésta, se determinó que el paciente debía seguir tratamiento en el lugar que lo envió, en donde se le ha venido brindando atención al ser una persona en condición vulnerable, más no se acredita que dicha persona sea paciente del nosocomio aludido y que, por ello, la recurrente se encuentre obligada a darle seguimiento a su padecimiento, porque un especialista estableció que dicho seguimiento podía darse en la unidad que lo refirió.

El Vigésimo Tribunal Colegiado en materia Administrativa del Primer Circuito, al momento de resolver el recurso de revisión planteado en el expediente R.A. 144/2015, sostuvo que las anteriores manifestaciones son jurídicamente ineficaces por insuficientes para revocar la concesión del amparo otorgada por el juzgado Federal, atento a que a pesar de ser verdad que los numerales que cita de la Ley General de Salud, estatuyen una distribución de competencias y atribuciones entre las autoridades de salud Federal y de las Entidades Federativas, la juzgadora evidenció la existencia de disposiciones legales especiales que le atribuyen en concreto actuar en favor del respeto al derecho fundamental del quejoso a la protección a la salud.

Lo anterior es así ya que la Juez de Distrito refirió que al combinarse varios factores discriminatorios en un mismo supuesto, era imperativo acudir a lo dispuesto por el artículo 7° de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, pues la citada legislación prevé que la Secretaría de Salud Federal debe promover el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habilitación sin discriminación por motivos de discapacidad, mediante programas y servicios que serán diseñados y proporcionados, considerando criterios de calidad, especialización, género, gratuidad o precio asequible; mediante la realización de —entre otras— acciones, diseñar, ejecutar y evaluar programas de salud pública para la orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral o especializada, rehabilitación y habilitación, para las diferentes discapacidades; crear o fortalecer establecimientos de salud y de asistencia social que permita ejecutar los programas señalados en la fracción anterior, los cuales se extenderán a las regiones rurales y comunidades indígenas, considerando

los derechos humanos, dignidad, autonomía y necesidades de las personas con discapacidad.

Dicho Tribunal Colegiado consideró que tampoco es acertada la opinión de la recurrente en el sentido de que, por el hecho de encontrarse el quejoso recibiendo ayuda asistencial por parte de una Institución que depende de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal, ello releve a la Secretaría de Salud —Federal—, de actuar, diseñar, ejecutar y evaluar programas de salud pública para la orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral o especializada, rehabilitación y habilitación, para las diferentes discapacidades; crear o fortalecer establecimientos de salud y de asistencia social que permita ejecutar los programas antes señalados, los cuales se extenderán a las regiones rurales y comunidades indígenas, considerando los derechos humanos, dignidad, autonomía y necesidades de las personas con discapacidad.

Por último, el Tribunal Colegiado argumentó que resultaron ineficaces e incluso contradictorias sus manifestaciones, en las cuales en principio la Secretaría de Salud (Federal) arguyó que carece de atribuciones para atender al quejoso y brindarle apoyo médico y asistencial, aduciendo que nunca le fue formulado algún requerimiento asistencial por parte del impetrante, exponiendo al caso que incluso existe una certificación en ese sentido pero, por otra parte, que el Juzgado Federal valoró de forma indebida las constancias de autos, como el caso de la “REFERENCIA DE PACIENTES” del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez o la prescripción de diversos medicamentos, de donde sustenta que sí ha dado la atención debida al quejoso pues, a más que tales argumentos son contrarios a la lógica, no se advierte que la atención psiquiátrica especializada hubiere sido proporcionada de modo constante y eficaz al quejoso, pues solamente obran las mencionadas recetas de los medicamentos, comprobante de exención de consulta externa, así como la evaluación médica realizada en el citado nosocomio, y que, derivado de ello se menciona como “Plan: Acudir a la unidad de referencia”; ello no demuestra de modo alguno que las autoridades de la Secretaría de Salud hubieran brindado al citado impetrante una oportuna y debida atención que diera certeza por cuanto a respetar el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habilitación sin discriminación por motivos de discapacidad, mediante programas y servicios que serán diseñados y proporcionados, considerando criterios de calidad,

especialización, género. Máxime que, dichas actuaciones datan de los años de dos mil doce y dos mil trece, sin que se aprecie alguna actuación de su parte con posterioridad, en aras de salvaguardar el derecho fundamental de acceso a la salud al quejoso.

Por otro lado, en el recurso de revisión interpuesto por la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal, se manifestó que le causa agravio la sentencia recurrida, al determinar la jueza de Distrito conceder el amparo al quejoso por cuestiones diversas a las reclamadas y sin indicar de forma debida los efectos de tal concesión. La recurrente señaló que a pesar de que previamente se sobreseyó respecto del acto que el quejoso les atribuyó, de cualquier forma la Juez de Distrito otorgó el amparo al quejoso en los términos que la sentencia recurrida establece; lo cual resulta incongruente y fuera de contexto jurídico.

Apuntaron las recurrentes que la sentencia recurrida carece de fundamentación y que en la sentencia impugnada existe imprecisión de los efectos para los cuales se concedió el amparo al quejoso, ya que sólo refirió que se obliga a las autoridades a que en el ámbito de sus respectivas competencias realicen todas las acciones tendentes a garantizar el desarrollo de la actividad del impetrante, pero en ninguna parte indica en qué consisten tales acciones y menos aún la razón y fundamento que condujeron a estimar que dicha autoridad cuentan con la atribución legal para llevar a cabo las indefinidas acciones.

En el recurso de revisión se esgrimió esencialmente que el Centro de Asistencia e Integración Social “Plaza del Estudiante”, del Instituto de Asistencia e Integración Social del Gobierno del Distrito Federal, el director de dicho organismo y el Secretario de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, en el marco de sus atribuciones y facultades, proporcionaron los suministros de medicamentos y la asistencia social, en especial asistencia médica al quejoso, garantizando su derecho humano a la salud, lo cual no se omitió o dejó de cumplir, ni se abstuvieron del deber de cuidado y atención mandatados en la ley.

El Tribunal Colegiado consideró que las manifestaciones antes referidas resultaron jurídicamente ineficaces por ser insuficientes para revocar la determinación del juzgado de Distrito, en atención a que la juzgadora consideró a ese respecto que era imprescindible examinar si la omisión reclamada de las responsable afecta, limita, restringe o altera el

contenido esencial de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad, en especial, el derecho a la salud y, por ende, si las acciones realizadas resultaban adecuadas, conforme a los estándares previstos en el derecho humano al disfrute más alto posible a la salud, consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Para lo cual, al analizar el expediente médico remitido por las autoridades responsables advirtió las actuaciones siguientes:

- Valoración y manejo por Oftalmología de dieciocho de febrero de dos mil diez expedida por el Centro de Asistencia e Integración Social Plaza del Estudiante.
- Referencia de pacientes de dieciocho de enero de dos mil doce, suscrita por el Jefe de Servicios de Urgencia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y receta médica con fecha ilegible de la misma institución.
- Receta Médica de diez de septiembre de dos mil doce, expedida por la Unidad Médica Integrada del Centro de Asistencia e Integración Social Plaza del Estudiante de la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal.
- Receta Médica de veintiuno de enero de dos mil trece, expedida por el médico psiquiatra adscrito al Hospital General de México.
- Kardex de Medicamento de catorce de marzo de dos mil trece, expedido por la Dirección General del Instituto de Asistencia e Integración Social “Plaza del Estudiante” de la Secretaría de Desarrollo Social.
- Receta Médica Individual para Prescribir Psicotrópicos de veinte de noviembre de dos mil trece, suscrita por la Doctora adscrita a la Secretaría de Salud (de la Ciudad de México).
- Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos con folio 1935074 de la unidad médica Hospital General Balbuena con fecha ilegible, que prescribió al quejoso los medicamentos ** y **.
- Kardex de Medicamento de dos mil catorce, expedido por la Dirección General del Instituto de Asistencia e Integración Social de la Secretaría de Desarrollo Social.
- Carnet de citas expedido por el Hospital General Balbuena de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con una cita programada el cinco de marzo de dos mil catorce.
- Comprobante de Exención de consulta externa de veintiocho de mayo de dos mil catorce, expedido por la Secretaría de Salud.

De donde la juzgadora coligió que, las autoridades de las instituciones de salud federal y estatal, así como las de la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, si bien han realizado acciones a fin de proporcionar atención médica y suministrar medicamentos al quejoso; no menos lo era que, tales gestiones eran insuficientes para acreditar el cabal cumplimiento de las obligaciones de las autoridades sanitarias de adoptar las medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal del más alto nivel posible de salud física y mental del quejoso, ya que de los servicios de salud básicos otorgados no era posible advertir que éstos se prestaron en un esquema de continuidad ni las responsables justificaron la idoneidad de sus actuaciones.

La Juzgadora de Distrito no dejó de advertir que, efectivamente se aprecia que las autoridades mencionadas, vinculadas a la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal, sí han realizado diversas actuaciones en aras de asistir al quejoso, al suministrarle medicamentos y brindarle ayuda asistencial en un albergue en el cual pernocta; sin embargo, las propias actuaciones remitidas para apoyar sus actuaciones, evidencian que las últimas datan del año de dos mil trece, sin que se advierta la justificación para dejar de continuar en tal apoyo médico-asistencial en favor del impetrante, o para justificar que el tratamiento médico que se ha brindado en tal Centro de Asistencia, sea el idóneo para una persona que cuenta con un trastorno mental incapacitante, como es el caso del quejoso.

Asimismo, el Tribunal Colegiado estimó que tampoco se aprecia, contrario a lo que esgrime la recurrente, que se hubieren realizado acciones preventivas ni de rehabilitación en relación con las circunstancias especiales del quejoso, o con la pertinencia de los medicamentos prescritos y si éstos, efectivamente, le fueron suministrados, o alguna constancia que justifique la razón de por qué los mismos con posterioridad a los años dos mil diez a dos mil trece, le dejaron de ser suministrados.

De igual forma, dicho Tribunal señaló que la recurrente pasa por alto que las acciones previstas en la **Ley de Salud Mental del Distrito Federal** consisten en las estrategias necesarias para proporcionar a la persona usuaria una atención integral en salud mental, a través de la prevención de riesgos, la evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, las cuales, en la especie, no se encuentran agotadas o al menos, las responsables no lograron evidenciar que han brindado dicha atención de manera eficaz, pertinente y continua. Tal como se apunta en la

sentencia recurrida debió realizarse en términos del **Reglamento de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal**.

El Tribunal Colegiado señaló que el Derecho a la Salud consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos impone deberes complejos a todos los poderes públicos dentro del Estado, desde el legislador y la administración, hospitales públicos y su personal médico, hasta los tribunales, así como a los particulares, de modo que no basta que las autoridades afirmen que han realizado todos los deberes mencionados, o que el que se les exige se encuentra fuera de sus atribuciones legales. Esto porque, del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, según el cual toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia, para lo cual, como se vio en párrafos previos, el Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho, y existen documentos que esclarecen su contenido y alcance jurídico mínimo consensuado.

Por lo que hace al recurso de revisión interpuesto por la Jefa Delegacional y el Titular de la Subdirección de Vía Pública, ambos en Cuauhtémoc, quienes esencialmente argumentaron que pese a no obrar en autos medio de convicción con los cuales acreditar la existencia del acto consistente en “el levantamiento” del quejoso en la realización de diversas actividades en la vía pública, la juzgadora de amparo sobreyó el juicio respecto a los actos que les fueron atribuidos, pero les impuso obligaciones al ordenarles que en el ámbito de sus respectivas competencias, debían realizar todas las acciones tendientes a garantizar el desarrollo de tal actividad, en la medida que esta contribuye al fomento de la salud mental y bienestar del quejoso, omitiendo señalar el fundamento de tales obligaciones y cuáles serían las acciones ordenadas.

A consideración del Colegiado no asiste la razón a las recurrentes al esgrimir que la juzgadora omitió citar los fundamentos para establecer que tuvieran competencia para llevar a cabo las indefinidas acciones en favor del impetrante del amparo, ya que los citados preceptos 3°, 9° y 11, de la Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal —que se invocaron en la sentencia recurrida—, así estatuyen tal actuar no sólo para las autoridades de la citada entidad

Federativa, sino para toda la sociedad en general. Deberes que se traducen en obligaciones tanto de hacer —coadyuvar a la salud mental del quejoso, así como de abstenerse de actuar en detrimento de los derechos fundamentales del quejoso, dada la discapacidad que presenta, porque la vinculación que tienen tales deberes impuestos, privilegia la salud, lo cual está estrecha e indisolublemente vinculado con el motivo que tuvo en cuenta la juzgadora para conceder el amparo, a lo cual aquellas deben contribuir por imperativo de la ley mencionada. Esto es, lo relevante de lo expuesto por parte de la juzgadora, estriba en que las autoridades responsables debían garantizar el desarrollo de la actividad que el quejoso venía desempeñando, en la medida en que la misma contribuía al fomento de la salud mental y el bienestar de dicho impetrante.

Además, el Tribunal Colegiado expuso que al ser el quejoso una persona que sufre una discapacidad, en la sentencia recurrida sólo se puntualizó que su actividad o modo de subsistencia deberá ser respetado, mediante el acatamiento a la obligación de promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas con discapacidad, especialmente el derecho al trabajo y a la no discriminación, asegurando así su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación. Toda vez que los agravios formulados por las autoridades recurrentes resultaron ineficaces, lo que procedió, en la materia de la revisión, fue confirmar la sentencia recurrida. Finalmente, el Tribunal Colegiado resolvió CONFIRMAR la sentencia recurrida, reiterando que la Justicia de la Unión AMPARA y PROTEGE al quejoso, en términos del último considerando de la sentencia recurrida.

9.1.4 Reflexiones:

Desde mi punto de vista, este caso es relevante porque en él un Juez Federal al resolver un amparo indirecto en materia administrativa y un Tribunal Colegiado en materia Administrativa, al resolver los recursos de revisión, estimaron que la Secretaría de Salud Federal y la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (ahora Ciudad de México), así como la Secretaría de Desarrollo Social de la entidad antes referida, fueron omisas en brindar una adecuada atención a la salud mental a una persona diagnosticada con un trastorno mental discapacitante que pernoctaba en un Centro de Atención e Integración Social, y trabajaba vendiendo dulces en las calles de la Delegación Cuauhtémoc, de la Ciudad de México para ganarse la vida.

Si bien las autoridades responsables demostraron que sí prestaron atención a la salud mental del quejoso, a criterio de los Tribunales no acreditaron que la misma se hubiera realizado de manera continua e idónea, es decir que la atención médica no se proporcionó de manera constante y eficaz porque no se acreditó que se hubiera atendido al paciente de forma continua, y además, porque tampoco se acreditó que se le hubieran suministrado los medicamentos que le fueron prescritos, o que se hubieran realizado acciones de rehabilitación, lo cual es contrario a los estándares del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

Asimismo, la Juez de Distrito, fundamentó su decisión en la Ley de Salud Mental del Distrito Federal, entre otros ordenamientos nacionales y supranacionales, señalando que de acuerdo con dicha Ley y su Reglamento, las personas tienen derecho a una atención integral en salud mental, a través de la prevención de riesgos, la evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, las cuales en la especie —consideró— no se encontraban agotadas. Si bien la Juzgadora no entró a revisar el contenido y el alcance particular de los distintos elementos que integran la definición del derecho a la salud mental consagrado en dicha Ley, si evidenció que en el caso concreto las autoridades responsables no otorgaron al quejoso la atención a que tenía derecho.

Además, resulta interesante que se haya condenado a la Jefa Delegacional y al Titular de la Subdirección de Vía Pública, ambos en Cuauhtémoc, para que en el ámbito de sus respectivas competencias, realizaran todas las acciones tendientes a garantizar el desarrollo de la actividad que desempeñaba el quejoso, porque dicha medida contribuiría al fomento de la salud mental y bienestar del mismo, fundamentándose en la Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal, ya que dicha obligación no sólo es acorde a su derecho al trabajo sino que también se desprende del propio derecho a la salud mental puesto que una de las finalidades del mismo es favorecer la óptima integración social, lo cual debe ser favorecido por todas las autoridades, por lo cual deben abstenerse de obstaculizar las actividades de autoempleo que generan las mismas personas, si bien lo deseable sería que el propio gobierno creara una bolsa de trabajo para favorecer su inclusión laboral.

Como puede verse, las autoridades responsables al omitir brindar al quejoso una atención a la salud mental adecuada, limitaron su posibilidad de acceder al máximo nivel posible de salud mental, reduciéndose el nivel de bienestar psíquico a que tendría derecho, además de que al ser levantado por la Policía de la vía pública donde vendía dulces y ser llevado a un Juzgado Cívico, pese a que no se acreditó, ello constituye una falta de respeto a la dignidad de la persona, y además, al no permitirle que siguiera ejerciendo la actividad de autoempleo a que se dedicaba ello afectaba su identidad ocupacional, y al negarle en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” la posibilidad de continuar recibiendo atención en dicho Hospital y referirlo a otra institución donde no contaban con una atención adecuada, se le negó su derecho a recibir un tratamiento adecuado en los servicios públicos de salud mental operados por el Gobierno, por lo cual el Estado no hecho otra cosa más que dificultar la óptima integración social a que tiene derecho conforme a su derecho a la salud mental, establecido en el artículo 5, fracción IV, de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México, que a la letra dice:

“Derecho a la salud mental: derecho de toda persona al bienestar psíquico, identidad, dignidad, respeto y un tratamiento integral con el propósito de una óptima integración social, para lo cual el Gobierno tiene la obligación de planear, organizar, operar y supervisar el funcionamiento de los servicios a los que se refiere la presente Ley”.

9.1.5 Conclusiones:

1.- En el estudio de este caso de una persona con un trastorno mental discapacitante los Jueces Federales acudieron a diversas fuentes jurídicas de carácter local, nacional e internacional, así como a documentos interpretativos emitidos por organismos internacionales, y tomaron en cuenta la Ley de Salud Mental local de la Ciudad de México. En la especie, destaca la consideración especial que se hizo del Derecho a la Atención Integral en Salud Mental a partir de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal y su reglamento, así como de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

2.- Pese a que las autoridades responsables pretendieron evadir el cumplimiento de sus obligaciones, tanto la Juez de Distrito como el Tribunal

Colegiado analizaron correctamente el marco jurídico y las constancias de autos para resolver debidamente el caso en estudio.

3.- La Juez de Distrito concluyó que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, impone obligaciones positivas a los Estados parte, de las que se destacan el tratamiento de las enfermedades y, especialmente, la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

4.- El derecho a la protección de la salud constituye un derecho humano que comprende el suministro y su consecuente recepción de los medicamentos para el tratamiento de un trastorno mental.

5.- Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, es el bienestar físico y mental del hombre, para efecto de contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, así como el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga *eficaz y oportunamente* las necesidades de la población.

6.- Con relación a las enfermedades o trastornos mentales, el numeral 74 de la Ley General de Salud, prevé que la atención comprenda la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas, y la organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.

7.- El derecho al nivel más alto posible de salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar un estado de bienestar general, que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, entre otras.

8.- Existen elementos esenciales que informan el desarrollo del derecho humano a la salud, a saber, la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; y que implica, entre otras cuestiones, que el Estado mexicano: (I) cuente con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, cuya

naturaleza dependerá particularmente de su nivel de desarrollo; (II) que tales establecimientos estén al alcance de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, y; (III) que además de resultar aceptables desde el punto de vista cultural deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

9.- La Secretaría de Salud Federal, de acuerdo con el artículo 7° de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, tiene el deber de promover el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habilitación sin discriminación por motivos de discapacidad, mediante programas y servicios que serán diseñados y proporcionados, considerando criterios de calidad, especialización, género, gratuidad o precio asequible; mediante la realización de —entre otras— acciones, diseñar, ejecutar y evaluar programas de salud pública para la orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral o especializada, rehabilitación y habilitación, para las diferentes discapacidades; crear o fortalecer establecimientos de salud y de asistencia social que permita ejecutar los programas señalados en la fracción anterior, los cuales se extenderán a las regiones rurales y comunidades indígenas, considerando los derechos humanos, dignidad, autonomía y necesidades de las personas con discapacidad.

10.- Que de acuerdo con Ley de Salud Mental del Distrito Federal-Ciudad de México- y su Reglamento, las autoridades deben proporcionar a la persona usuaria una atención integral en salud mental, a través de la prevención de riesgos, la evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, por lo cual están obligadas a proveer a las personas todas aquellas medidas que tengan por objeto su bienestar físico, mental, emocional y social que resulten apremiantes para hacer efectivo el derecho a la salud mental, considerando la situación de riesgo, su condición de desventaja, abandono o desprotección física, mental, jurídica o social. Que dicha atención integral en salud mental debe realizarse de manera eficaz, pertinente y continua.

11.- Que el Derecho a la Salud consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos impone deberes complejos a todos los poderes públicos dentro del Estado, desde el legislador y la administración, hospitales públicos y su personal médico, hasta los tribunales, así como a los particulares, de modo que no basta que las autoridades afirmen que han

realizado todos los deberes mencionados, o que el que se les exige se encuentra fuera de sus atribuciones legales. Esto porque, del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, según el cual toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia, para lo cual, el Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho, y existen documentos que esclarecen su contenido y alcance jurídico mínimo consensuado (Tales como la Observación General Número 14 emitida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

9.2.- Segundo Caso: Amparo número 137/2016.

El suscrito durante el desarrollo del presente trabajo tuve la oportunidad de representar gratuitamente a una mujer con problemas de salud mental para la defensa de sus derechos frente a una institución de salud mental.

Desde el 2009 la quejosa es paciente del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud Federal donde los médicos le diagnosticaron Depresión y Retraso Mental Leve, y en algún momento le diagnosticaron presuntivamente Esquizofrenia y actualmente le prescribieron los medicamentos consistentes en Paroxetina, Olanzapina, Valproato de magnesio y Clonazepam. La paciente es madre soltera, tiene un hijo de nueve años de edad que también padece problemas de salud mental y debido a su condición mental se encuentra desempleada. Ella y su hijo, viven en una vecindad de una zona marginada junto a su mamá y su hermano quien también padece problemas mentales. La paciente subsiste pidiendo dinero dos veces por semana afuera de la zona de hospitales al sur de la Ciudad de México y compra sus medicamentos cuando logra juntar el dinero para ello ya que el Hospital no se los proporciona a pesar de que en múltiples ocasiones los ha solicitado. Ha tenido varios empleos en los cuales dura poco en atención a dificultades para manejar la frustración. Presenta historia de violación, abandono paterno e intento de explotación por parte del padre de su hijo.

En diversas ocasiones solicitó verbalmente al área de consulta externa del Hospital referido el suministro de medicamentos en atención a su perfil de bajos recursos ya que mediante estudio socioeconómico realizado por el área de Trabajo Social en la propia institución se le declaró exenta de pago, sin embargo nunca se le proporcionaron los medicamentos solicitados. Además, de sus padecimientos mentales también padece secuelas del síndrome de cushing.

9.2.1 Resumen del caso: Amparo número 137/2019.

La quejosa promovió un amparo indirecto ante el Juzgado Tercero de Distrito en Materia Administrativa en la Ciudad de México, y señaló como autoridad responsable al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, de los Servicios de Atención Psiquiátrica, de la Secretaría de Salud reclamándole la omisión de suministro de los medicamentos que le recetaron los especialistas de dicho Hospital, así como la falta de un tratamiento multidisciplinario de carácter integral.

En su demanda consideró violados los siguientes preceptos:

Los artículos 4, párrafo cuarto, 22 y 29, segundo párrafo, de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**.

El artículo 9, apartado D, numeral 1, de la **Constitución Política de la Ciudad de México**.

El artículo 6 del **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**.

El artículo 12 del **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**.

Los artículos 1, último párrafo, 6, 25, 26, de la **Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad**.

Los artículos 4.1, 5 y 6 de la **Convención Americana sobre Derechos Humanos “PACTO DE SAN JOSÉ”**.

El artículo 10 del **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Hu.50] manos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “PACTO DE SAN SAVADOR”**.

Los principios 1.1, 9.2, 9.4, 14c, 14d, **Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental**,

Los artículos 2, fracciones I y V, 27, fracciones VI y VIII, 74 Bis, fracción I y V, 72, 74, Fracción I, de la **Ley General de Salud**.

Los artículos 2, fracción XI, 3 y 7, de la **Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad**.

Los artículos 4.1.4, 4.1.27, 4.1.29, 5.2, 5.3, 7, 9.11, 9.12, 9.19 y 9.20 de la **Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014** para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

Los artículos 5, fracciones I y IV, 6, fracción I, VIII, XI, y XV, 18, 40, 41, de la **Ley de Salud Mental del Distrito Federal (Ahora Ciudad de México)**.

Los artículos 16, fracción IV, 19, fracción II, 64, 65 y 67 del **Reglamento de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal (Ciudad de México)**.

En su demanda argumentó principalmente:

- a) Que la autoridad responsable vulnera su derecho humano a la salud mental dado que a lo largo de su tratamiento ambulatorio en consulta externa ha recibido varios diagnósticos consistentes en retraso mental leve, depresión y esquizofrenia, siendo atendida aproximadamente cada tres meses por médicos psiquiatras quienes le entregan recetas médicas para sus padecimientos mentales pero no le son suministrados los medicamentos que se le prescriben, pasando por alto que la

paciente carece de recursos económicos para adquirirlos y que está exenta de pago en la institución.

- b) Que la autoridad responsable tampoco le brinda un tratamiento multidisciplinario de carácter integral que atienda los factores biológicos, psicológicos y sociales de su problemática de salud mental, considerando su condición de discapacidad mental e intelectual, que incluya no sólo atención médico-psiquiátrica sino también atención psicológica, atención de trabajo social, atención de enfermería, y atención de rehabilitación psicosocial, encaminadas a brindarle la mejor atención disponible en salud mental, a través de la promoción, prevención de riesgos, la evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, en los términos previstos en los instrumentos nacionales e internacionales de derechos humanos y las leyes psicosanitarias.
- c) Que la falta de suministro de medicamentos y la falta de un tratamiento multidisciplinario de carácter integral le han generado una situación tortuosa en su vida cotidiana ya que en ocasiones el no poder comprar sus medicamentos y el no tener un tratamiento completo y adecuado, la han llevado a aumentar su ideación suicida, llegando a autolesionarse con vidrios en sus manos, afectándose su integridad física, y en consecuencia, poniéndose en riesgo su vida.

El Juzgado de Distrito al admitir la demanda concedió la suspensión para efectos de que durante la tramitación del juicio la autoridad responsable le suministrara los medicamentos solicitados a la quejosa y le diera un tratamiento de carácter integral, ante lo cual dicha autoridad interpuso un recurso de revisión en contra de la medida suspensiva misma que fue declarado improcedente en atención a que la medida cautelar decretada resultaba acorde al derecho a la protección de la salud. No obstante, la autoridad responsable nunca entregó a la quejosa los medicamentos solicitados ni le dio el tratamiento integral ordenado.

Posteriormente, el Juzgado Tercero de Distrito en materia Administrativa en atención a su carga de trabajo reenvió el asunto al Juzgado Cuarto de Distrito del Centro Auxiliar de la Novena Región, con residencia en Zacatecas, Zacatecas para que dictara la sentencia en dicho

juicio, situación que realizó en el expediente auxiliar 262/2019, dictando la resolución correspondiente el día 28 de Mayo del 2019.

9.2.2 Sentido de la sentencia:

Dicha Juzgado al dictar la sentencia concedió el amparo y protección de la justicia federal para el efecto de que el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, adscrito a Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal con residencia en la Ciudad de México, para los efectos siguientes:

1.- Suministre sin demoras ni excusas, en forma gratuita y oportuna, los medicamentos que resulten necesarios para el padecimiento de la ahora quejosa, durante todo el tiempo que los requiera; sin perjuicio de que en su caso, realice los trámites correspondientes ante la institución de salud que considere tiene la obligación de suministrarlos.

2.- Brinde la orientación adecuada para que las instituciones pertinentes, proporcionen a la ahora quejosa la asistencia social a que se refiere el artículo 167 de la Ley General de Salud, debiendo realizar las gestiones necesarias para ese fin, lo que deberá justificar plenamente.

El cumplimiento de la presente sentencia se realizará bajo el entendido de que el Hospital responsable deberá supervisar que las instituciones que estime pertinentes sean las adecuadas para que brinden los fármacos y asistencia social al problema de salud mental de la quejosa pues se insiste que ante todo debe prevalecer el derecho fundamental a la salud reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Al resolver dicho Juicio el Juzgador argumentó esencialmente:

a) Que en el expediente quedó de manifiesto que durante todo el tratamiento ambulatorio el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” no le ha proporcionado a la quejosa los medicamentos

prescritos por los especialistas sino únicamente se le ha brindado la consulta respectiva y la prescripción de los medicamentos necesarios para su padecimiento, ello bajo el argumento de que conforme al Manual de Organización Específico de los Servicios de Atención Psiquiátrica, no le corresponde al Hospital referido suministrar medicamentos por Consulta externa sino únicamente por hospitalización, lo cual es incorrecto ya que conforme al artículo 4 constitucional el Estado tiene la obligación de procurar la disponibilidad de medicamentos, máxime que los medicamentos prescritos por los especialistas fueron considerados como el tratamiento idóneo para la paciente.

- b) Que en atención a que la paciente ha sido atendida en su tratamiento ambulatorio con exención de pago al haber sido valorada por el servicio de trabajo social de dicho nosocomio debe tenerse en consideración el estado de vulnerabilidad en que se encuentra la ahora quejosa con motivo de la discapacidad mental que padece, lo que evidentemente dificulta su pleno desarrollo y convivencia social, y que al interactuar con las barreras que le impone su entorno, le impide su inclusión plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás integrantes de la colectividad, lo que evidentemente no logrará ante la ausencia del suministro de los medicamentos que le fueron prescriptos.
- c) Que toda persona con alguna discapacidad y que se encuentre en situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, lo cual obliga al Estado Mexicano a tomar medidas positivas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier índole, necesarias para eliminar cualquier forma de discriminación y propiciar su plena integración a la sociedad, y que resulta aplicable a todos los tipos de discapacidad, con mayor ímpetu en los de tipo mental, dadas sus características particulares.
- d) Que la asistencia social es un conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo a su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y **mental**, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva; siendo sujetos a la recepción de tales servicios de asistencia social, de manera

preferente, entre otros, las personas que por sus carencias socioeconómicas o por problemas de discapacidad se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo.

- e) Que no encuentra justificación legal, social ni humana, el hecho de que el Hospital responsable afirme que la negativa a otorgar el medicamento obedece a que no le corresponde suministrarlos bajo el esquema de consulta externa, sino únicamente por hospitalización psiquiátrica. Además, dicha institución no acreditó que hubiera canalizado a la paciente a la institución de salud que considera está obligada a suministrar los multicitados fármacos, pues ante todo debe prevalecer el derecho a la salud.

9.2.3.- Recurso de revisión:

Inconforme con dicha sentencia, la autoridad responsable interpuso un recurso de revisión ante un Tribunal Colegiado en materia Administrativa, aduciendo que no le corresponde suministrar los medicamentos a la paciente, sin embargo a la fecha dicho recurso continúa en trámite, por lo cual no es posible pronunciarnos al respecto pero es previsible que se confirmará la decisión adoptada por el Juzgado de Distrito.

9.2.4.- Reflexiones:

Este caso resulta relevante porque a través del amparo indirecto no solamente se reclamó a la autoridad responsable la omisión de suministrar los medicamentos que le fueron prescritos a la paciente por los especialistas de dicho nosocomio sino también porque se reclamó la falta de un tratamiento multidisciplinario de carácter integral.

No obstante, si bien el Juzgado de Distrito que resolvió el asunto reconoció que el derecho a la salud incluye el suministro de medicamentos, se quedó corta su decisión ya que no condenó a la autoridad responsable a otorgar un tratamiento multidisciplinario de carácter integral sino únicamente a brindarle la orientación adecuada para que las instituciones pertinentes, proporcionen a la ahora quejosa la asistencia social que

necesite. Si bien ello resulta útil para intentar remover las barreras sociales que le impone el entorno a la paciente, ello es insuficiente si no se contemplan medidas de tratamiento psicológico que no se basen exclusivamente en el uso de psicofármacos ya que ello resultaría una medicalización excesiva que deja de lado la subjetividad de la paciente. Además en la sentencia tampoco se señaló cuáles son las autoridades específicas que deben encargarse de las acciones de asistencia social, ya que el Juzgado pudo haberlas vinculado en la propia sentencia para no dejar ese marco de discrecionalidad al Hospital responsable que ha actuado arbitrariamente al haberse negado reiteradamente a proporcionar a la quejosa los medicamentos a que tiene derecho y el tratamiento multidisciplinario integral a que tiene derecho conforme a la Ley General de Salud y demás instrumentos nacionales e internacionales.

9.2.5.- Conclusiones:

1.- Que conforme al artículo 4 Constitucional el Estado tiene la obligación de suministrar los medicamentos para el tratamiento idóneo de los pacientes tanto de consulta externa como de hospitalización pese a que en el Manual interno de la institución de salud dicha situación no se contemple.

2.- Que debe tenerse en consideración el estado de vulnerabilidad en que se encuentran los pacientes con motivo de la discapacidad mental que padecen, lo que al interactuar con las barreras que le impone su entorno, le impide su inclusión plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás integrantes de la colectividad.

3.- Que toda persona con alguna discapacidad y que se encuentre en situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, lo cual obliga al Estado Mexicano a tomar medidas positivas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier índole, necesarias para eliminar cualquier forma de discriminación y propiciar su plena integración a la sociedad, y que resulta aplicable a todos los tipos de discapacidad, con mayor ímpetu en los de tipo mental, dadas sus características particulares.

4.- Que la asistencia social es un conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo a su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y **mental**, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva;

siendo sujetos a la recepción de tales servicios de asistencia social, de manera preferente, entre otros, las personas que por sus carencias socioeconómicas o por problemas de discapacidad se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo.

5.- Que resulta injustificado desde el punto de vista legal, social y humano que las instituciones de salud nieguen el suministro de medicamentos a los pacientes que se atienden en los servicios de consulta externa y que dejen de canalizar a los pacientes a las instituciones de salud que sí pueden suministrar dichos medicamentos, pues ante todo debe prevalecer el derecho a la salud.

9.3.- Tercer Caso: Amparo en revisión número 251/2016.

Desde 2011 el señor González Gómez es paciente del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” donde los médicos le diagnosticaron trastorno afectivo tipo depresivo secundario a causa médica (disritmia cerebral), estrés postraumático, y dependencia a opiáceos (morfina) en remisión total y le prescribieron los medicamentos paroxetina, oxcarbazepina y haloperidol para tratar dichos trastornos mentales. Debido a su problemática de salud mental no ha podido obtener un empleo y por lo mismo se alimenta con el apoyo que recibe de ciertas fundaciones. Asimismo, a pesar de tener vivienda, no puede cubrir el costo de servicios básicos como electricidad y gas.

En el 2013 y en el 2015 dicho paciente solicitó a la Dirección General del Instituto Nacional de Psiquiatría el suministro de los medicamentos que requería, sin embargo en ambas ocasiones el Director de Servicios Clínicos le contestó negándole los medicamentos argumentando que el marco normativo de los institutos nacionales de salud no contempla el otorgamiento de medicamentos a pacientes ambulatorios que requieran tratamiento farmacológico y le sugirieron afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el entonces Distrito Federal (Seguro Popular), para estar en posibilidad de obtener el tratamiento que requiere.

9.3.1- Resumen del caso:

El quejoso promovió un amparo indirecto ante la Juez Decimoquinto de Distrito en Materia Administrativa en la Ciudad de México, ostentándose como una persona con discapacidad mental y señaló como autoridades responsables a la Dirección General del Instituto Nacional de Psiquiatría y a la Dirección de Servicios Clínicos de dicho Instituto. A la Directora de dicho Instituto le reclamó la omisión de responder el escrito en el que solicitó el suministro de medicamentos y al Director de Servicios Clínicos le reclamó el oficio de 2015 mediante el cual le negó el suministro de medicamentos, y a ambas autoridades, les reclamó la omisión de procurarle salud y bienestar, dada la negativa de suministrarle los medicamentos que requiere.

En su demanda consideró violados los artículos 1º, 4º y 8º constitucionales argumentando principalmente:

- a) Que la negativa a suministrar medicamentos atenta en contra de la atención médica adecuada, completa, especializada y eficaz.
- b) Que la protección a la salud y la asistencia social prevé el suministro de medicamentos básicos para el tratamiento oportuno de una enfermedad.
- c) Que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha determinado que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también el suministro de medicamentos.
- d) Que el oficio de respuesta le niega el derecho a la salud, mientras que la Directora General violó el derecho de petición.

La Juez de Distrito al admitir la demanda concedió la suspensión para efectos de que durante la tramitación del juicio las autoridades responsables le suministraran los medicamentos solicitados al quejoso.

9.3.2.- Sentido de la sentencia:

Dicha Juzgadora al dictar la sentencia por un lado sobreseyó el juicio en relación con la supuesta omisión de la Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría de responder la solicitud del quejoso en atención a

que el Director de Servicios Clínicos dio contestación en su nombre, y por otro lado, concedió el amparo y protección de la justicia federal para el efecto de que el Instituto suministrara los medicamentos al quejoso, en los términos siguientes:

(...) procede conceder el amparo y la protección de la justicia federal solicitada por la parte quejosa, para el efecto de que la autoridad responsable **Director de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría ‘Ramón de la Fuente Muñiz’** deje insubsistente el acto consistente en el oficio Ref. DSC-C-011-2015 de veintiocho de enero de dos mil quince, por el que se da respuesta al escrito presentado el seis de enero de dos mil quince, en la Dirección General del Instituto Nacional de Psiquiatría ‘Ramón de la Fuente Muñiz’, se coordine con la diversa responsable **Director General del Instituto Nacional de Psiquiatría ‘Ramón de la Fuente Muñiz’ y, a continuación, en el mismo acto**, emitan una nueva determinación, conforme a los lineamientos en la presente sentencia, es decir, deberán fundar y motivar pormenorizada y claramente, las circunstancias especiales y razones particulares del sentido de su determinación, en el entendido que deberán ordenar la entrega de los medicamentos **previamente recetados a la parte quejosa.**

Al resolver el juicio de amparo la juzgadora argumentó esencialmente que:

- a)** La repuesta de la autoridad era incongruente con la solicitud formulada. Mientras que el quejoso solicitó le suministraran medicamentos, la autoridad se refirió a una cuestión diversa, tal como lo es “la forma en que el Instituto presta servicios de atención médica”.
- b)** La respuesta carece de una debida fundamentación y motivación, pues omitió explicar por qué el quejoso es un paciente ambulatorio, lo que fue la justificación para no otorgarle los medicamentos solicitados, y
- c)** Que la legislación no lo prevea, no le impide suministrar los medicamentos. Atendiendo a las particularidades del caso, a la Constitución Federal y los tratados internacionales en la materia, las autoridades debieron proporcionar los medicamentos para proteger el derecho a la salud del quejoso y para no poner en riesgo su subsistencia ni su integridad mental.

9.3.3.- Recurso de revisión:

Posteriormente, el día 16 de Julio de 2015, inconformes con lo anterior, la Directora General y el Director de Servicios Clínicos del Instituto interpusieron conjuntamente un recurso de revisión en contra de la sentencia dictada por la Juez Decimoquinto de Distrito en Materia Administrativa en la Ciudad de México, tramitado en el expediente 252/2016, en el que argumentaron que:

a) Primero. El oficio sí está fundado y motivado, pues en él se transcribieron los artículos que regulan a los Institutos Nacionales de Salud, y que no prevén la posibilidad de otorgar medicamento a pacientes ambulatorios. Además, no era necesario explicar qué es un “paciente ambulatorio” por no ser un concepto técnico, pues se refiere a todo aquel que no está en hospitalización, como el quejoso.

Por otro lado, señala que no era su obligación suministrar medicamentos, puesto que el sector salud tiene una organización en la que cada hospital tiene obligaciones concretas. Al Instituto le correspondía referir al paciente a otros niveles de atención, tal como lo hizo en el escrito de 2013.

b) Segundo. No se viola el artículo 4° constitucional por el hecho de que al Instituto no le corresponda suministrar los medicamentos solicitados. Si bien es cierto que el Estado se encuentra obligado a garantizar el acceso a los servicios de salud y que ello puede abarcar la entrega de medicamentos, tal obligación debe realizarse conforme a la organización y facultades de las diversas instituciones que lo integran. Esto es así porque no todos los participantes del sector salud tienen las mismas obligaciones, y la legislación que regula al Instituto no contempla otorgar medicamentos gratuitamente a toda persona que los requiera, incluso si son pacientes ambulatorios.

c) Tercero. La juzgadora no tomó en cuenta que el quejoso debe ser atendido por instituciones del Distrito Federal, por ser éste su lugar de residencia. Dado que el artículo 13 de la Ley General de Salud establece la competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad, son las autoridades del Distrito Federal las

competentes para brindar los servicios médicos, de medicamentos y hospitalarios al quejoso.

- d) Cuarto.** La juzgadora interpretó incorrectamente el artículo 4° constitucional ya que no todas las autoridades del sector salud están obligadas a suministrar medicamentos. En el sector existe especialización y concurrencia con las entidades federativas, lo que resulta en modalidades para garantizar la protección de la salud. Además, afirma que no dejó en estado de indefensión al solicitante, porque en 2013 le informó que debía afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal para obtener los medicamentos requeridos. Esta actuación es acorde con el artículo 54, fracción I, párrafo segundo, de la Ley de Institutos Nacionales de Salud que establece que esas instituciones atenderán padecimientos de complejidad diagnóstica y de tratamiento, pero que una vez diagnosticado, resuelto o controlado el problema de tercer nivel, podrán referir a los pacientes a otros niveles de atención.

Finalmente, señala que duplicar o multiplicar las funciones de los integrantes del Sistema Nacional de Salud generaría que el presupuesto sea insuficiente. Esto es, dado que las funciones necesarias para garantizar el acceso a los servicios de salud se encuentran repartidas, asignarle al Instituto las que corresponden a otro nivel u órgano, haría insuficiente el presupuesto que se le otorga al propio Instituto.

- e) Quinto.** Se aplicó de forma indebida los artículos 8, 14 y 16 constitucionales. La juzgadora consideró que esos preceptos fueron vulnerados en perjuicio del quejoso, toda vez que se relacionaban con el derecho a la salud. Sin embargo, tales preceptos no tutelan ese derecho, sino que se refieren a los de petición, retroactividad de la ley, y la protección de la libertad de las personas.

Dicho recurso de revisión fue admitido por el Tribunal Colegiado quien solicitó a la Suprema Corte de Justicia de la Unión ejerciera la facultad de atracción para conocer el asunto, originalmente fue turnado al Ministro Eduardo Mediana Mora sin embargo el mismo se declaró impedido para conocer del recurso por guardar parentesco con una de las autoridades responsables. La Segunda Sala aprobó el impedimento y turnó el asunto al Ministro Javier Laynez Potisek.

A través de este asunto la Suprema Corte analizó el modo en que se prestan los servicios de salud mental en el país y cuáles son las obligaciones de las autoridades en relación con el derecho a la salud mental. Además, la Corte lo consideró particularmente relevante porque permite evidenciar la vulnerabilidad y desprotección de los pacientes que suelen ser atendidos en el sistema de salud mental, muchos de ellos personas con discapacidad.

La pregunta clave que orientó el estudio del caso es si ¿el Instituto Nacional de Psiquiatría estaba obligado, en términos del artículo 4° constitucional, a otorgar al paciente los medicamentos que necesita de conformidad con el diagnóstico y receta médica que él mismo emitió?

Antes de resolver el caso concreto, la Sala realizó una serie de consideraciones sumamente interesantes respecto al alcance y contenido del Derecho a la Salud Mental en el contexto de los sistemas de salud mental, ya que señaló lo siguiente:

A pesar de que existe un mandato para el Estado mexicano de proteger con la misma intensidad y bajo las mismas condiciones el derecho a la salud física y mental, en años recientes los sistemas de salud mental a nivel global han evidenciado una notoria disparidad que existe entre la prestación de los servicios de salud física y los de salud mental. Refieren una preocupante desproporción entre las cifras de personas que necesitan tratamiento relacionado con la salud mental y las que de hecho reciben ese tratamiento. Asimismo, indican que existe entre un 21 y un 50% de disponibilidad de medicamentos en los hospitales o centros de salud primaria que cuentan con médicos.

Por otro lado, al citar el Informe del 2017 sobre Salud Mental y Derechos Humanos del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la Corte destacó especialmente el siguiente párrafo:

“Desde un punto de vista normativo, el marco que establece el derecho a la salud no crea una jerarquía en que la salud mental esté por debajo de la salud física. Dada la estrecha relación entre la salud física y la mental, se requiere un planteamiento que conceda igual valor a ambas y, sin

embargo, la falta de paridad de tratamiento y la consideración preferente de la salud física sigue siendo la perspectiva dominante. Como consecuencia de ello, entre otras desigualdades, la salud mental recibe menos recursos humanos y financieros, y muchos centros de salud mental están deteriorados y tienen normas de higiene más bajas y menos servicios. También los datos y las investigaciones sobre la salud mental presentan importantes lagunas, particularmente en lo tocante a la situación de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental y de los usuarios de los servicios de salud mental y al efecto de las medidas de política”.

En lo particular, la Corte considera que nuestro país arroja una perspectiva preocupante en cuanto a su sistema de salud mental, ya que puede advertirse claramente que la asignación presupuestaria resulta insuficiente y desproporcional respecto al presupuesto asignado a la salud en general (es decir, la física).

Respecto a si el derecho a la salud mental incluye el suministro de medicamentos la Corte considera que para la debida protección de la salud mental, el Estado está obligado a prestar los servicios de salud mental de manera integral y específicamente, a suministrar los medicamentos básicos necesarios para su tratamiento. Además, la obligación de suministrar los medicamentos conlleva, por lo menos, otorgarlos sin discriminación, y que existan programas tendientes a suministrarlos a toda la población y en particular, a los grupos vulnerables.

Finalmente, al resolver el caso concreto la Sala determinó que la autoridad violó el derecho a la salud del señor GONZÁLEZ GÓMEZ, concluyendo lo siguiente:

1.- *Se negó de manera discriminatoria los medicamentos al quejoso.* Esto es así ya que de ninguno de los fundamentos jurídicos citados por las autoridades responsables se desprende alguna distinción jurídica entre un paciente hospitalizado y uno ambulatorio en cuanto a la atención médica que se les debe prestar. Por ello la interpretación que de la normativa aplicable realizaron las autoridades responsables atenta contra el derecho

a la salud en relación con el de igualdad y no discriminación del señor González Gómez.

2.- *No se prestó el servicio de salud de manera completa e integral.* A pesar de que el Instituto aduce que no era la autoridad competente para otorgar los medicamentos y que le es permitido referir pacientes a otro nivel de atención y eso fue lo que hizo al informarle al quejoso que le era conveniente incorporarse al Seguro Popular, la realidad es que no lo refirió correctamente a la autoridad competente para suministrárselos ya que no siguió el procedimiento de referencia-contrarreferencia indicado en el Manual de Procedimiento de la Subdirección de Consulta Externa del propio instituto, elaborado de conformidad con la NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

A criterio de la Corte el que el Instituto Nacional de Psiquiatría haya incumplido con su deber de garantizar atención integral no deriva directamente de no haberle suministrado los medicamentos necesarios, sino de que, su actuar fue insuficiente para lograr la atención completa del paciente. Así, cuando una autoridad del sector salud no se estime competente para proporcionar medicamentos o cualquier otro servicio básico a una persona que ya admitió como paciente, es su obligación referirlo correctamente a la autoridad competente para suministrárselos, lo que en este caso no hizo el Instituto. Por tal motivo, a pesar de que el Instituto le sugirió al señor GONZÁLEZ GÓMEZ se afiliara al Sistema de Protección Social en Salud del Distrito Federal (Seguro Popular) con ello no hizo una verdadera referencia ya que en ningún momento emitió el formato de referencia ni siguió el procedimiento administrativo indicado en el Manual antes citado para ello. Además, el sistema de referencia no imposibilitaba al Instituto para suministrar medicamentos al quejoso.

Por otro lado, la autoridad recurrente conocía la posibilidad de que el quejoso fuera una persona con discapacidad puesto que del expediente se desprende que él mismo se identificó ante el propio Instituto como una persona con una “discapacidad mental”. Del expediente se advierte que el señor GONZÁLEZ GÓMEZ presenta una discapacidad psicosocial y que al interactuar en su entorno socioeconómico se ha enfrentado con ciertas barreras, ya que no ha podido conseguir un empleo y a pesar de tener vivienda no puede pagar servicios como luz y gas, y por ello se le puede

considerar una persona con discapacidad psicosocial. Partiendo de esta condición el quejoso goza de un marco jurídico particular de protección en razón de su condición de especial vulnerabilidad y desigualdad de facto frente a la sociedad y el ordenamiento jurídico.

La Sala sostiene que es indispensable que las autoridades que prestan servicios en torno a la salud mental y que por lo mismo suelen trabajar con población con discapacidad, tengan en cuenta el amplio marco de derechos de los que estas personas son titulares y, sobre todo, que su aproximación se realice desde el modelo social de la discapacidad. Conviene específicamente hacer referencia al artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que tutela el derecho a la salud de las personas con discapacidad, y cuyo inciso b) dispone que las autoridades tienen la obligación de *“proporcionar los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades”*.

En este sentido, a criterio de la Corte el derecho a la salud tiene una relevancia particular en el caso de las personas con discapacidad porque tiene implicaciones directas en su condición de discapacidad, ya sea para su deficiencia actual o la prevención de la aparición de nuevas deficiencias. Por ello, la Segunda Sala llega a la conclusión de que *el derecho a la salud y en específico el derecho al suministro de medicamentos para atender la deficiencia mental de las personas con discapacidad psicosocial necesitan de una protección reforzada*, pues al tener una incidencia directa en su condición de discapacidad, la falta de medicamentos puede tener una repercusión desproporcional respecto de las demás personas, en el goce y ejercicio de otros derechos y en su calidad de vida.

Así, la obligación de suministrar medicamentos en el caso de personas con discapacidad psicosocial –y en general de todas las personas con discapacidad– cuando son medicamentos que se han recetado en función precisamente de su deficiencia, se extiende a cualquier medicamento y no únicamente los de la lista de medicamentos básicos.

La Sala reconoció que muchas personas con discapacidad psicosocial optan por no hacer uso de medicamentos y que afirmar que existe un

derecho a recibir medicamentos no puede implicar que las personas con discapacidad psicosocial estén *obligadas* a recibirlos, ni mucho menos, que se les puedan suministrar sin su consentimiento. La Sala tampoco pasa por alto que para proteger la dignidad de las personas con discapacidad psicosocial, los especialistas consideran que es necesario evitar la medicalización excesiva y que se deben tomar en cuenta “*las experiencias psicológicas y sociales como factores de riesgo que contribuyen a una mala salud mental y como factores positivos que contribuyen al bienestar*”. Es decir, afirmar que existe la obligación del Estado de suministrar los medicamentos para tratar la deficiencia mental de una persona, no pasa por alto que las autoridades también deben tomar en cuenta que en muchos casos existen alternativas o complementos que no son de carácter “biomédico”, y que también son indispensables para que la persona mantenga o consiga la salud mental.

La Sala sostuvo que la negativa de suministrar medicamentos a un paciente ambulatorio, sobre todo cuando éste carece de recursos como se desprende del estudio socioeconómico que la propia recurrente practicó al quejoso, puede tener como consecuencia que termine hospitalizado en instituciones psiquiátricas, aun cuando su internamiento no hubiese sido necesario en un primer momento. Ello puede derivarse del agravamiento de su estado de salud por no recibir los medicamentos, o de que la persona opte por la hospitalización como única forma de recibirlos con la esperanza de recobrar o estabilizar su salud.

De igual forma señaló que la legislación nacional y los tratados internacionales apuntan a que el tratamiento de personas con discapacidad psicosocial debe tender a la vida en comunidad. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad tiene como uno de sus principios la participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad y el artículo 19 de la misma dispone el derecho a vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad, lo que en términos del informe de la Relatora sobre los derechos de las personas con discapacidad, “*excluye la segregación y la reclusión en entornos sanitarios*”.

De acuerdo con dicha Sala, los organismos internacionales y especialistas apuntan a que una de las mayores problemáticas con los sistemas actuales de salud mental, es la falta de inversión en servicios de salud en comunidad y un desproporcional enfoque de los recursos en las instituciones y

hospitales. Además, dicha Sala refiere que diversas organizaciones sociales han evidenciado que recluir a pacientes en hospitales psiquiátricos incrementa los riesgos de sufrir diversas violaciones a sus derechos humanos. Por lo tanto, la Corte estimó que el hecho de que el Instituto no haya suministrado los medicamentos o en su defecto procurara que los recibiera, aunado a no haber tomado en cuenta la condición de discapacidad del señor González Gómez, violó el derecho a la prestación integral del derecho a la salud y lo expuso a una mayor vulnerabilidad que puede derivar en subsecuentes violaciones a sus derechos y a un detrimento en su calidad de vida.

En consecuencia, en la materia de la revisión determinó confirmar la sentencia recurrida y amparar y proteger al quejoso contra los actos y autoridades responsables antes referidos.

9.3.4.- Reflexiones:

Este caso resulta relevante precisamente porque la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación aclaró que el derecho a la salud mental sí impone la obligación de suministrar los medicamentos a los pacientes y cuando alguna institución no pueda otorgarlos deberá referir al paciente a aquella institución que sea competente para suministrar dichos medicamentos siguiendo el procedimiento administrativo de referencia-contrareferencia que indique el manual de organización interno para asegurarse que el paciente no quede desprotegido, especialmente cuando éste padezca algún tipo de discapacidad.

Además el caso permitió que en la Corte se evidenciara la vulnerabilidad y desprotección de los pacientes que suelen ser atendidos en el sistema de salud mental mexicano, ya que muchos de ellos son personas con discapacidad, y no siempre reciben un tratamiento completo y eficaz. También, resulta importante porque la Sala reconoció que el derecho a recibir medicamentos no obliga a las personas a consumirlos sin su consentimiento y porque además, señaló que existen otras alternativas psicológicas y sociales que aunque no pertenecen al modelo biomédico deben ser tomadas en cuenta en los tratamientos.

Al respecto, tal como señala la Dra. Carina Gómez¹⁵⁸, es verdad que los derechos de las personas con discapacidad son particularmente pertinentes para el derecho a la salud y deberían protegerse y promoverse mucho más de los que se hace hasta ahora y sobre todo desde la óptica de la **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad**. A ese respecto, indica la autora, es necesario reconsiderar el papel de los profesionales de la atención de la salud y el papel del modelo biomédico. Las alianzas basadas en la confianza entre los responsables de la formulación de las políticas del sector de la salud y los actores de la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, la comunidad académica y las asociaciones profesionales, constituyen una de las piedras angulares de los sistemas de salud eficaces y sirven de garantía para la realización plena del derecho a la salud y los derechos conexos.

9.3.5.- Conclusiones:

1.- El párrafo cuarto del artículo 4° constitucional garantiza el derecho a la protección de la salud de toda persona. Los tratados internacionales y las disposiciones nacionales aplicables son coincidentes en cuanto a que tiene implicaciones para el bienestar tanto físico como mental. Así, el artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se refiere al “*disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*”. De manera muy similar, el Protocolo de San Salvador se refiere al “*disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social*”. Asimismo, la Ley General de Salud exige garantizar un estado de bienestar físico y mental a la persona.

2.- El derecho a la salud mental implica que el Estado está obligado a prestar los servicios de salud mental de manera integral y específicamente, a suministrar los medicamentos básicos necesarios para su tratamiento. Además, la obligación de suministrar los medicamentos conlleva, por lo menos, otorgarlos sin discriminación, y que existan programas tendientes a suministrarlos a toda la población y en particular, a los grupos vulnerables.

¹⁵⁸ Gómez Fröde, Carina, “Análisis de casos de pacientes psiquiátricos”, *Revista Mexicana de Derecho a la Protección de la Salud*, 2018, México, p. 23.

3.- Cuando una autoridad del sector salud no se estime competente para proporcionar medicamentos o cualquier otro servicio básico a una persona que ya admitió como paciente, es su obligación referirlo correctamente a la autoridad competente para suministrárselos.

4.-El *derecho a la salud y en específico el derecho al suministro de medicamentos para atender la deficiencia mental de las personas con discapacidad psicosocial necesitan de una protección reforzada*, pues al tener una incidencia directa en su condición de discapacidad, la falta de medicamentos puede tener una repercusión desproporcional respecto de las demás personas, en el goce y ejercicio de otros derechos y en su calidad de vida.

5.- La obligación de suministrar medicamentos en el caso de personas con discapacidad psicosocial –y en general de todas las personas con discapacidad– cuando son medicamentos que se han recetado en función precisamente de su “deficiencia”, se extiende a cualquier medicamento y no únicamente los de la lista de medicamentos básicos.

6.- Afirmar que existe un derecho a recibir medicamentos no puede implicar que las personas con discapacidad psicosocial estén *obligadas* a recibirlos, ni mucho menos, que se les puedan suministrar sin su consentimiento.

7.- La protección de la dignidad de las personas con discapacidad psicosocial amerita evitar la medicalización excesiva y por ello se deben tomar en cuenta *“las experiencias psicológicas y sociales como factores de riesgo que contribuyen a una mala salud mental y como factores positivos que contribuyen al bienestar”*. Es decir que en muchos casos existen alternativas o complementos que no son de carácter “biomédico”, y que también son indispensables para que la persona mantenga o consiga la salud mental.

8.- La negativa de suministrar medicamentos a un paciente ambulatorio, sobre todo cuando éste carece de recursos puede tener como consecuencia que termine hospitalizado en instituciones psiquiátricas, aun cuando su internamiento no hubiese sido necesario en un primer momento. Ello puede derivarse del agravamiento de su estado de salud por no recibir los medicamentos, o de que la persona opte por la hospitalización como única forma de recibirlos con la esperanza de recobrar o estabilizar su salud

CONCLUSIONES

Una vez que hemos expuesto en capítulos previos los antecedentes históricos de la salud mental, así como los fundamentos constitucionales, tratados internacionales, y bases legales del derecho a la salud mental, así como diversas tesis jurisprudenciales y aisladas en torno al derecho a la protección de la salud, algunos casos reales y el análisis conceptual de los elementos integrantes de la definición legal del derecho a la salud mental, a continuación procedemos a señalar algunas conclusiones en torno al contenido y alcance de dicho derecho:

1.- Las personas con trastornos mentales constituyen uno de los grupos que históricamente ha sido maltratado por las sociedades en diversos países en la búsqueda de un tratamiento para la locura, que inevitablemente termina degenerando en una forma de vejación hacia el ser humano.

2.- El derecho a la salud mental, tiene su fundamento constitucional en el artículo 4, párrafo cuarto, así como en los artículos 2, fracción I y 74 Bis, fracción I, de la Ley General de Salud. Asimismo, tiene su fundamento en el artículo 12.1 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* de 1966 y en el artículo 10.1 del *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* de 1988. En el caso de la Constitución Política de la Ciudad de México, dicho derecho se reconoce en el artículo 9, letra D. Asimismo, se encuentra reconocido en todas las leyes de salud mental locales, entre las que se encuentran la del Estado de Michoacán (Art. 3), Querétaro (Art.3), Jalisco (Art. 5, fracción III), Baja California (Art. 6, fracción IV), Zacatecas (Art. 4, fracción V), Nuevo León (Art. 4, fracción IX), Ciudad de México (Art. 5, fracción IV), Morelos (Art. 7, fracción IV), Sonora (Art. 7, fracción II) y Yucatán (Art. 5, fracción VIII).

En consecuencia, dicho derecho es un *derecho humano que puede ser exigible vía amparo*, mismo derecho subjetivo, que a su vez implica un cúmulo de facultades de los órganos estatales cuyo ejercicio permite, entre otras cosas, garantizar las condiciones necesarias para que la salud mental de la población esté protegida a través de la emisión de reglas de carácter general. Es decir que el Estado tiene competencia para emitir leyes tendientes a la protección de la salud mental de la población.

3.- El derecho a la salud mental, protege como bien jurídico fundamental a la salud mental, misma que es definida por la OMS, como un estado de

bienestar en el cual el individuo realiza sus propias habilidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y de forma fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Esto desde luego, sin perder de vista que la salud mental forma parte del concepto de salud en general, pues la misma OMS ha señalado que la salud se refiere a un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Es decir que no puede alcanzarse la salud en general si no existe salud mental.

4.- El derecho a la salud mental, como derecho humano, impone al Estado Mexicano varias obligaciones, entre las que se destaca el tratamiento multidisciplinario de los trastornos mentales y, especialmente, la creación de un sistema de salud mental con condiciones que aseguren a todos la asistencia en salud mental a través de una gama de servicios públicos de salud mental en distintos niveles de atención, que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud mental.

5.- El derecho a la salud mental, se traduce en un derecho a recibir una atención integral en salud mental, a través de la *promoción, prevención de riesgos, la evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento*, en los términos previstos en las leyes. Es decir que comprende el disfrute de servicios de salud mental de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo por calidad la exigencia de que sean apropiados científicamente, esto es, que existan profesionales de la salud mental debidamente actualizados, Centros de Atención a la Salud Mental de tipo ambulatorio y Unidades de Hospitalización científicamente probadas, con gabinete psicológico, medicamentos, equipo hospitalario científicamente probado y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas.

6.- El derecho a la salud mental garantiza pretensiones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud mental e impone a los poderes públicos las obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con él.

7.- El derecho a la salud mental impone obligaciones para el Estado hasta el máximo de los recursos de que disponga pero también para todos los miembros de la comunidad pues debe acompañarse de conductas sociales que impliquen la participación solidaria de la comunidad a favor de la salud mental de sus integrantes. Es decir que la salud mental es una corresponsabilidad social.

8.- El derecho a la salud mental se traduce en la obligación del Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud mental y, el financiamiento de los respectivos servicios, no corre a cargo del Estado exclusivamente, pues incluso, puede preverse el establecimiento de cuotas de recuperación a cargo de los usuarios de los servicios públicos de salud mental, que se determinan considerando el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas de los usuarios, eximiéndose de su cobro a aquellos que carezcan de recursos para cubrirlas o a los habitantes de las entidades federativas cuyas constituciones o leyes locales así lo establezcan, por lo cual se deberá garantizar la gratuidad a todas las personas que lo necesiten para evitar que por su condición económica no tengan acceso a dichos servicios.

9.- El derecho a la salud mental implica que los tratamientos terapéuticos no podrán terminarse sino hasta que se haya alcanzado, en la medida de lo posible, la mejoría mental de las personas, de tal suerte que permita su plena inserción en la sociedad, lo cual deberá evaluarse en cada caso concreto, y si en el futuro, la persona requiere, por alguna razón, retomar el tratamiento terapéutico para continuar con sus actividades sociales, es factible que se le otorgue el mismo hasta que, nuevamente, se logre el estado de mejoría posible y necesario para que pueda reintegrarse de manera plena a la sociedad.

10.- El derecho a la salud mental implica que la atención que se brinde sea la adecuada en el caso concreto, por ello cuando se interponga un amparo por violación al derecho humano a la salud mental el Juzgador no debe sobreeser el amparo cuando la autoridad exhiba constancias de que se prestó la atención a la salud mental, sino que debe hacerse un estudio de fondo para determinar si se violó o no dicho derecho en el caso concreto, es decir que deberá evaluarse si dicha atención se prestó de forma integral, con calidad, calidez, de forma segura, con enfoque comunitario, acorde a los antecedentes culturales del paciente, sensible a las diferencias de género y con respeto a los derechos humanos. En consecuencia, cuando exista una determinación de la vulneración del derecho a la salud mental, el juzgador tiene que buscar, dentro de sus respectivas competencias y atendiendo al caso concreto, ordenar las reparaciones pertinentes.

11.- El derecho a la salud mental se traduce en la obtención de un determinado bienestar psíquico integrado por aspectos cognitivos, afectivos y conductuales de la persona, lo cual aunado al bienestar físico y social se encamina a lograr la integridad física y psíquica del ser humano. Es decir

que el derecho a la salud en general no se limita a la salud física del individuo, es decir, a no padecer, o bien, a prevenir y tratar una enfermedad, sino que atento a la propia naturaleza humana, va más allá, en tanto comprende aspectos externos e internos, como el buen estado mental y emocional del individuo.

12.- El derecho a la salud mental es un derecho fundamental que implica la libertad de controlar la propia salud mental y la conducta, y el derecho a no padecer injerencias, torturas, tratamientos o experimentos no consensuales, salvo las excepciones contempladas en la ley. El derecho a la salud mental no debe entenderse como la obligación de estar sano, sino como la posibilidad de acceder a servicios públicos de salud mental que le permitan obtener el mayor nivel posible de salud mental cuando el sujeto así lo decida o cuando sea necesario para proteger su vida y la de los demás.

13.- El derecho a la salud mental comprende el derecho a recibir un tratamiento apropiado al padecimiento, de carácter multidisciplinario, que puede incluir atención médica, psiquiátrica, psicológica, psicoterapéutica, de trabajo social, de enfermería, entre otros, según lo amerite el caso, y, cuando dicho tratamiento sea de corte psicofarmacológico, la persona tendrá derecho al suministro de los medicamentos o insumos básicos y esenciales para su oportuno tratamiento, en aras de preservar su salud mental y mejorar su calidad de vida. Las personas tienen derecho a la recepción y suministro de medicamentos aun cuando los mismos hayan sido recientemente descubiertos, siempre y cuando la prescripción médica lo avale.

14.- El derecho a la salud mental implica que las leyes deben evitar generar situaciones tortuosas en la vida cotidiana de las personas para no afectar su estado emocional o mental.

15.- El derecho a la salud mental, justifica la restricción a la libertad de trabajo de los *profesionales de la salud mental*, y puede comprender de manera específica el establecimiento de medidas para garantizar la calidad de los *servicios de salud mental*, al concretarse a exigir dichos profesionales que satisfagan condiciones mínimas necesarias de educación, experiencia, capacitación y tecnología para realizar ciertas actividades profesionales relacionadas con la salud mental como pueden ser por ejemplo el ejercicio de la Psicoterapia o la prescripción de cierta clase de psicofármacos.

16.- El derecho a la salud mental implica las obligaciones de vigilar que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la

disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud mental reúnan las condiciones necesarias de educación y experiencia;

17.- El derecho a la salud mental impone deberes complejos a todos los poderes públicos dentro del Estado, desde el poder legislativo, el ejecutivo y el judicial, los organismos constitucionales autónomos; pero también a los particulares, tales como los médicos, psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas, enfermeros y trabajadores sociales de salud mental, entre otros, así como a entidades del sector privado y social tales como hospitales o centros de salud mental privados y asociaciones o fundaciones. En consecuencia, se desprende que éste es vinculante no sólo frente a los órganos del Estado, sino que adicionalmente, posee eficacia jurídica en ciertas relaciones entre particulares.

18.- El derecho a la salud mental implica el establecimiento de un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud mental, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones.

19.- El derecho a la salud mental implica que las autoridades deben prever mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud mental, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial para la presunta víctima de violación a dicho derecho o a los demás derechos relacionados con el mismo.

20.- El derecho a la salud mental implica que cuando hay una lesión clara a la integridad psíquica de la persona, como es la mala práctica médica, psicológica, psiquiátrica, psicoterapéutica, o de otra índole, las autoridades políticas, administrativas y especialmente judiciales, deben asegurar e implementar la expedición razonable y prontitud en la resolución del caso;

21.- El derecho a la salud mental implica que se deben tomar todas las medidas necesarias para salvaguardar dicho derecho humano, otorgando servicios de salud mental de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como que sean apropiados científicamente.

22.- El derecho a la salud mental en lo individual se traduce en la obtención del mayor nivel posible de bienestar psíquico en el caso concreto, mientras que en la faceta social o pública consiste en el deber del Estado de atender

los determinantes sociales de la salud mental y los problemas de salud mental que afectan a la sociedad en general, así como en establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud mental.

23.- El derecho a la salud mental implica que el Estado está obligado a prestar los servicios de salud mental de manera integral y específicamente, a suministrar los medicamentos básicos necesarios para su tratamiento. Además, la obligación de suministrar los medicamentos conlleva, por lo menos, otorgarlos sin discriminación, y que existan programas tendientes a suministrarlos a toda la población y en particular, a los grupos vulnerables.

24.- Que conforme al artículo 4 Constitucional el Estado tiene la obligación de suministrar los medicamentos para el tratamiento idóneo de los pacientes tanto de consulta externa como de hospitalización pese a que ello no esté contemplado en el Manual interno de la institución de salud.

24.- Cuando una autoridad del sector salud no se estime competente para proporcionar medicamentos o cualquier otro servicio básico a una persona que ya admitió como paciente, es su obligación referirlo o canalizarlo correctamente a la autoridad competente para suministrárselos.

25.- *El derecho a la salud y en específico el derecho al suministro de medicamentos para atender la “deficiencia mental” de las personas con discapacidad psicosocial necesitan de una protección reforzada*, pues al tener una incidencia directa en su condición de discapacidad, la falta de medicamentos puede tener una repercusión desproporcional respecto de las demás personas, en el goce y ejercicio de otros derechos y en su calidad de vida.

26.- La obligación de suministrar medicamentos en el caso de personas con discapacidad psicosocial –y en general de todas las personas con discapacidad– cuando son medicamentos que se han recetado en función precisamente de su “deficiencia”, se extiende a cualquier medicamento y no únicamente los de la lista de medicamentos básicos.

27.- Afirmar que existe un derecho a recibir medicamentos no puede implicar que las personas con discapacidad psicosocial estén *obligadas* a recibirlos, ni mucho menos, que se les puedan suministrar sin su consentimiento.

28.- La protección de la dignidad de las personas con discapacidad psicosocial amerita evitar la medicalización excesiva y por ello se deben tomar en cuenta *“las experiencias psicológicas y sociales como factores de riesgo que contribuyen a una mala salud mental y como factores positivos que contribuyen al bienestar”*. Es decir que en muchos casos existen alternativas o complementos que no son de carácter “biomédico”, y que también son indispensables para que la persona mantenga o consiga la salud mental.

29.- Que toda persona con alguna discapacidad mental y que se encuentre en situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, lo cual obliga al Estado Mexicano a tomar medidas positivas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier índole, necesarias para eliminar cualquier forma de discriminación y propiciar su plena integración a la sociedad.

30.- Que las personas con discapacidad mental y carencias económicas, cuando se vean impedidos para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo tienen derecho a recibir asistencia social consistente en un conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo a su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social que necesiten hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

31.- La negativa de suministrar medicamentos a un paciente ambulatorio, sobre todo cuando éste carece de recursos puede tener como consecuencia que termine hospitalizado en instituciones psiquiátricas, aun cuando su internamiento no hubiese sido necesario en un primer momento. Ello puede derivarse del agravamiento de su estado de salud por no recibir los medicamentos, o de que la persona opte por la hospitalización como única forma de recibirlos con la esperanza de recobrar o estabilizar su salud.

32.- El derecho a la salud mental implica que el Estado tiene la obligación de respetar la integridad del sujeto, su dignidad e identidad, para no dañar su salud mental, pero además, al tratarse de un derecho de naturaleza prestacional, está sujeto a la obligación de hacer una adecuada prestación de los servicios públicos de salud mental y supervisión de la asistencia del profesional de salud mental, con la finalidad de lograr una óptima integración social.

33.- El núcleo esencial del Derecho a la Salud Mental abarca un conjunto interrelacionado de derechos al bienestar psíquico, a la identidad, a la dignidad, al respeto y a un tratamiento integral para una óptima integración social, por lo cual el Gobierno tiene la obligación de planear, organizar, operar y supervisar el funcionamiento de los servicios de salud mental que garanticen dicho derecho.

34.- El derecho a la salud mental busca precisamente que el ser humano pueda gozar de su identidad, es decir *el derecho a ser uno mismo, en la propia conciencia y en la opinión de los demás*, para lo cual es necesario que las personas puedan conocer su historia individual, su origen biológico, desarrollar un sentido coherente y estable del Yo que le permita sentir que existe y que puede afrontar las tensiones normales de la vida adoptando objetivos a largo plazo, eligiendo libremente su ocupación, sus amistades, sus valores morales, su religión y su comportamiento y orientación sexual, y además, que la sociedad respete sus rasgos físicos, psicológicos y sociales.

35.- El derecho a la salud mental presupone que todas las personas deben tener derecho a tener un nombre, a conocer la identidad de sus padres, a mantener relaciones familiares, a tener una nacionalidad, a que se reconozca su personalidad jurídica, su identidad de género, la identidad comunitaria y ocupacional, y debe respetarse su libertad religiosa, política y cultural.

Por ello es importante que se vigile que el internamiento no se prolongue indefinidamente, deben registrarse los datos de filiación de todas las personas internadas, y debe garantizarse el que puedan recibir visitas de sus familiares para evitar que se pierda el vínculo con la familia, y que en su caso puedan efectuar salidas terapéuticas a la comunidad para evitar perder su pertenencia a la misma, y también deben contemplarse diversos talleres para que la persona pueda elegir libremente actividades ocupacionales de acuerdo con sus propias capacidades y tener acceso a ayuda espiritual de acuerdo con sus propias creencias religiosas y que, sus convicciones políticas no sean, una causa o motivo para su internamiento involuntario o para evitar su egreso.

36.- El derecho a la salud mental protege la dignidad del ser humano, ya que si se le cosifica se le deshumaniza y se le vuelve un medio para los fines de otra persona que le explota, le humilla o le degrada. Por ello deberán quedar atrás prácticas inhumanas y degradantes tales como la lobotomía, el internamiento involuntario injustificado o arbitrario, los malos tratos, la

experimentación sin consentimiento del paciente, la terapia electroconvulsiva no consentida o utilizada como castigo, el aislamiento, la esterilización forzada y cualquier otro tratamiento que modifique o altere sustancialmente la integridad física, psíquica y moral de la persona humana, así como su dignidad. De igual forma, el derecho a la salud mental, implica una prohibición para el legislador de adoptar leyes que vayan en contra de la dignidad de las personas con trastornos mentales o del comportamiento.

37.- El derecho a la salud mental implica que cualquier persona, con independencia de que padezca un problema de salud mental leve, moderado o grave, tiene derecho a ser respetada en su integridad física, psíquica y moral. En consecuencia, el Estado, la sociedad, la familia y los profesionales de la salud mental deberán abstenerse de afectar la integridad de las personas que padezcan trastornos de salud mental. El Estado deberá garantizar a dichas personas la posibilidad de ejercer acciones legales frente a cualquier falta de respeto, forma de abuso, arbitrariedad, o violación de los derechos humanos de que sean objeto. Además, deberán realizarse visitas periódicas de inspección tanto a Hospitales como a Centros de Atención Ambulatoria, para verificar que las personas usuarias de los servicios de salud mental sean respetadas en cuanto a su integridad. De existir violaciones a los derechos humanos, las personas tendrán derecho a un recurso sencillo que los ampare frente a las mismas, así como a un representante legal que los oriente y asesore en todo momento.

38.- El derecho a la salud mental se traduce en un derecho al tratamiento, mismo que deberá ser de carácter integral, es decir que no solo deberá enfocarse en su aspecto físico o biológico sino también en las necesidades psicológicas y sociales del paciente. En consecuencia, el paciente tendrá derecho a contar con un equipo de salud mental conformado por una persona profesional en psicología, una en psiquiatría, una en enfermería y una en trabajo social, para que pueda recibir atención psicológica, psiquiátrica, de enfermería o de trabajo social, y de alguna otra disciplina, según lo requiera, y de acuerdo con las necesidades específicas del caso concreto. El objetivo central del tratamiento será mejorar el funcionamiento de sus aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, para que esto le permitan el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad.

39.- El derecho a la salud mental implica que las personas que padecen trastornos mentales puedan tener una óptima integración social, por lo cual no se les deberá aislar, excluir o segregar como ha ocurrido históricamente. El tratamiento debe incluir a la familia y a la comunidad, cuando sea necesario, para evitar los procesos de exclusión social, y disminuir la estigmatización y discriminación. Cuando se requiera hospitalización, debe promoverse que no sea en un lugar lejano a su domicilio, y que la misma no se prolongue indefinidamente en el tiempo, a fin de evitar la pérdida de los lazos sociales. El tratamiento incluirá medidas para la reintegración a la vida familiar, laboral y social.

40.- El derecho a la salud mental implica que el Estado debe planear, organizar, operar y supervisar los servicios públicos de salud mental que se presten, y además regular y vigilar los que se presten por parte del sector social o privado. No obstante, es importante que el Estado Mexicano no se limite a generar servicios públicos de salud mental destinados a remediar los problemas de salud mental de las personas interviniendo únicamente sobre los factores biológicos (con psicofármacos) o psicológicos (con psicoterapia), sino que también debe diseñar e implementar políticas transversales que incidan sobre las determinantes sociales de la salud mental atendiendo las variables contextuales de tipo social, económicas, culturales, ambientales e históricas para promover el más alto nivel posible de salud mental de la población.

41.- El derecho a la salud mental a nivel individual se traduce en el derecho a recibir una atención integral a través de diversos servicios públicos de salud mental tales como educación en salud mental, promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales, atención psicológica, atención psiquiátrica, atención en enfermería y trabajo social, rehabilitación, terapias ocupacionales, entre otros, y específicamente, implica el derecho a recibir un tratamiento integral individualizado. Por ello, cualquier persona que padezca algún malestar o sufrimiento psíquico o trastorno mental, tiene derecho a recibir un tratamiento que le permita obtener el mayor nivel posible de bienestar psíquico, para estar en aptitud de desarrollar sus potencialidades individuales, alcanzar la autorrealización y, en su caso, ser capaz de contribuir a la sociedad.

42.- El derecho a la salud mental en su dimensión pública, se traduce en el derecho a que las políticas públicas consideren todos los factores determinantes de la salud mental, favoreciendo la adopción de programas que promuevan los factores de protección que mantengan la salud mental y

disminuyan los factores de riesgo de desarrollo de trastornos mentales. Así, todas las personas tienen derecho a que el Estado diseñe e implemente una política pública transversal que aumente los factores de protección para mantener la salud mental, a través del fomento de actividades educativas, culturales, deportivas, de capacitación para el trabajo, de mejora de vivienda y entorno socioambiental, combate a la pobreza, entre otras.

43.- El derecho a la salud mental, en su relación con la discapacidad, impone deberes a diversas instituciones públicas, en especial a la Secretaría de Salud, ya que de acuerdo con el artículo 7° de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, dicha Secretaría tiene el deber de promover el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habilitación sin discriminación por motivos de discapacidad, mediante *programas y servicios* que serán diseñados y proporcionados, considerando *criterios de calidad, especialización, género, gratuidad o precio asequible*; mediante la realización de —entre otras— acciones, diseñar, ejecutar y evaluar *programas de salud pública para la orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral o especializada, rehabilitación y habilitación*, para las diferentes discapacidades; crear o fortalecer establecimientos de salud y de asistencia social que permita ejecutar los programas señalados, los cuales se extenderán a las regiones rurales y comunidades indígenas, considerando los derechos humanos, dignidad, autonomía y necesidades de las personas con discapacidad.

44.- El derecho a la salud mental *impone deberes complejos a todos los poderes públicos* dentro del Estado, desde el legislador, la administración pública y los tribunales hasta las instituciones sociales y privadas, como por ejemplo los hospitales privados y clínicas, así como profesionistas independientes, que prestan servicios de salud mental de forma particular. Esto porque, del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, según el cual toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia, para lo cual, el Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de *garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute del derecho a la salud mental*, y existen documentos que esclarecen su contenido y alcance jurídico mínimo consensuado como por ejemplo la Observación General Número 14 emitida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU y

las diversas tesis jurisprudenciales y aisladas revisadas en capítulos previos.

45.- A partir de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (DECLARACIÓN ALMA-ATA DE 1978), la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (DECLARACIÓN DE CARACAS DE 1990), la Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica de 2006, y el Informe de 2011 de Evaluación al Sistema de Salud Mental de México utilizando el Instrumento IESM-OMS, se ha venido recomendando que se establezcan los Servicios de Atención Primaria como eje articulador del Sistema de Atención a la Salud Mental, incluyéndose Unidades Especializadas de Atención en Salud Mental (UNEMES), para que se supere la brecha de atención integral en salud mental y el Hospital Psiquiátrico deje de ser el modelo hegemónico de nuestro sistema de atención a la salud mental.

46.- Es necesario asumir las recomendaciones del Informe de 2011 de la evaluación al sistema de salud mental de México a través del instrumento IESM-OMS, ya que la mayoría de los problemas detectados siguen sin resolverse en la actualidad, por lo cual es importante que las políticas públicas de salud mental afronten los retos y desafíos consistentes en establecer los servicios de atención primaria como eje articulador de la atención en salud mental, incluyendo Unidades Especializadas de Atención en Salud Mental (UNEMES), y una adecuada coordinación con la red general de servicios, esto permitirá a largo plazo disminuir el porcentaje de admisiones involuntarias (en Hospitalización), fomentando la detección y atención temprana de los trastornos.

De igual forma, es importante ampliar la atención de la salud mental con servicios de psiquiatría en hospitales generales para la atención de pacientes con trastornos mentales en fase aguda, en urgencias, consulta externa y hospitalización breve, y reducir las camas en hospitales psiquiátricos, incrementando la consulta ambulatoria en dichos hospitales para la atención de pacientes con trastornos mentales graves y crónicos, de tal forma que se reduzca el número de camas y se fortalezcan las intervenciones psicosociales.

También deben mejorarse los programas de rehabilitación dentro y fuera de las unidades hospitalarias para lograr la reinserción social de los pacientes, consolidar la protección social en salud mental, manteniendo

actualizadas las intervenciones de salud mental prioritarias, la ampliación de servicios de salud mental dentro de la red de salud, la acreditación y certificación de los establecimientos y servicios de salud mental, además de brindar cobertura integral a los pacientes con trastornos mentales y con discapacidad.

Asimismo, debe mejorarse la capacitación en salud mental del personal de salud en la atención primaria a la salud, fortalecer los programas de promoción y prevención en salud mental, dirigiéndolos principalmente a los grupos en mayor riesgo y ampliar las atribuciones de la Comisión de Derechos Humanos para que sus recomendaciones se lleven a cabo, y/o crear un órgano administrativo de revisión de los derechos de las personas diagnosticadas con trastornos mentales, y asegurar mecanismos de control judicial en caso de violaciones a los derechos de dichas personas.

Para lograr todo eso, es muy importante incrementar el financiamiento de operación e inversión en salud mental, aprovechando las aportaciones del sistema de protección social en salud y de las fuentes alternas para asignar mayores recursos tanto a los programas como a los servicios comunitarios y de psiquiatría en hospitales generales, siendo recomendable crear un fondo para medicamentos psicotrópicos. Así como fortalecer y fomentar la intervención multidisciplinaria y la interacción con terapeutas de otras medicinas como la tradicional mexicana y las medicinas alternativas y fortalecer los vínculos entre las asociaciones de familiares y usuarios con el sector salud.

47.- Además, en la Política Nacional de Salud Mental México, al ser un Estado miembro de la Organización Mundial de la Salud, debe tomar en cuenta los objetivos propuestos por dicho Organismo Internacional en el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, por lo cual deberá:

Objetivo 1: Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.

Objetivo 2: Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta.

Objetivo 3: Aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental.

Objetivo 4: Reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental.

48.- Es necesario crear mecanismos que permitan disminuir la discrecionalidad de las Secretarías de Salud en la asignación de financiamiento al ámbito de la salud mental, para lo cual resulta importante que a nivel nacional exista un Instituto Nacional de Salud Mental, de carácter multidisciplinario, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que coordine al Instituto Nacional de Psiquiatría, al organismo denominado Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) y absorba las facultades del Consejo Nacional de Salud Mental de la Secretaría de Salud, todo esto con la finalidad de reducir la fragmentación del sistema nacional de atención a la salud mental.

Además, lo ideal es que se elabore un solo plan nacional de salud mental, y no dos planes nacionales como sucede en la actualidad que por un lado se tiene al Programa de Acción Específico Atención Psiquiátrica (2013-2018) y por otro al Programa de Acción Específico en Salud Mental (2013-2018). Dicho Instituto asumiría la coordinación y supervisión a nivel nacional de la prestación de los servicios públicos de salud mental que se presten en las distintas entidades federativas, y además se encargaría de la investigación en salud mental con una perspectiva multidisciplinaria y la formación de recursos humanos en todas las áreas de la salud mental. Además, operaría los servicios públicos federales que actualmente tiene bajo su mando el organismo denominado Servicios de Atención Psiquiátrica, coordinando también la prestación de servicios de salud mental en Hospitales Federales. De igual forma, resulta conveniente que cada entidad federativa cuente con un Instituto de Salud Mental local, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que se encargue de los servicios públicos de salud mental de la entidad. Todo esto ayudaría a fortalecer las políticas de salud mental, asegurando el financiamiento de dichos Institutos a través de las leyes y además, se reduciría el gasto administrativo corriente al estar bajo un mismo mando, y todo esto permitiría una mayor coordinación en la atención a salud mental en todo el país.

49.- Resulta importante la creación de una Procuraduría para la defensa de los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental en atención al alto número de violaciones a los derechos humanos a la dignidad humana, a la seguridad jurídica, a la protección de la salud y a la integridad personal que ocurren en las instituciones públicas de atención a la salud mental

como ha quedado evidenciado a partir del Informe Especial de 2013 de la visita de supervisión que realizó la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre los Hospitales Psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y Estados de la República Mexicana y en el informe de 2018 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT) de la Comisión Nacional de Derechos Humanos en instituciones públicas psiquiátricas. Asimismo, es deseable que exista un órgano jurisdiccional federal especializado en materia de salud mental con participación multidisciplinaria para resolver quejas sobre violaciones a derechos humanos en dicha materia.

50.- Finalmente, desde mi punto de vista el mayor reto que enfrentará el derecho a la salud mental en relación con las políticas públicas de salud mental no es solamente el asegurar el suministro de medicamentos, sino más bien el asegurar la disponibilidad del servicio de psicoterapia a todos los pacientes con padecimientos mentales que lo requieran, ya que solamente de esa manera podremos dejar atrás la medicalización excesiva de los padecimientos mentales y reducir la necesidad del uso de psicofármacos en todos los casos.

FUENTES DE INFORMACIÓN.

a) Libros y artículos:

Álvarez, R., “Derecho a la identidad”, Pérez, Macías, González y Rodríguez, (coord.) *Temas selectos de vulnerabilidad y violencia contra niños, niñas y adolescentes*, México, ed. IIJ UNAM, 2016.

Ansolabehere, K., Robles, J.R., Saavedra, Y. Serrano, S. y Vázquez, D. *Violaciones, derechos humanos y contexto: herramientas propuestas para documentar e investigar. Manual de Análisis de Contexto para casos de violaciones a los derechos humanos*. México, Flacso-México, 2017.

Barrios, L.F., “La enfermería y la reforma psiquiátrico-penitenciaria”, *Cultura de los cuidados*. Año VI, núm. 12, 2002.

Berenzon, S., et al., “Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿Hacia dónde encaminar la atención?” *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol.33 (4), 2013.

Botega, N.J. y Larrobla, C., “Psiquiatría en el Hospital General”, Rodríguez, J. (ed.) *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de caracas*, Washington, ed. OPS-OMS, 2007.

Butcher, J., et al., *Abnormal psychology*, USA, ed. Pearson, 2013.

Cano, Valle, Fernando, *Percepciones acerca de la Medicina y el Derecho*, IIJ UNAM, 2001, Serie Doctrina Jurídica, número 49.

Capetillo, J., “Cuerpos sin historia. De la psiquiatría al Psicoanálisis en México (1880-1920)”, *Frenia*, Vol. VIII, 2008.

Carbonell, M. y Carbonell, J, *El derecho a la salud: Una propuesta para México*, México, IIJ-UNAM.

Carbonell, M., *Los derechos fundamentales en México*, México, ed. Porrúa, 2012.

Cárdenas, J., *Introducción al estudio del derecho*, México, ed. IIJ-UNAM-NOSTRA, 2009.

Consuegro, N., *Diccionario de Psicología*, Bogotá, ed. Ecoe ediciones, 2010.

Cossío Díaz, José Ramón, *Estado Social y Derechos de Prestación*, Madrid, ed. Centro de Estudios Constitucionales, 1989.

De la Fuente, J.R. y Heinze, G., “La enseñanza de la Psiquiatría en México”, *Salud Mental*, vol. 37, 2014.

De la Torre, R. “El derecho a la salud”, Cienfuegos, D. (Coord.) *Estudios en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Protección de la persona y derechos fundamentales*, México, IIJ-UNAM, 2006.

Doron, R. y Parot, F., *Diccionario Akal de Psicología*. Madrid, ed. Ediciones Akal, S. A., 2008.

Dubón Peniche, María del Carmen, “Recursos humanos para la prestación de servicios públicos de salud” en Fernández, J. (coord.) *Servicios públicos de salud y temas conexos*. México, Porrúa-Facultad de Derecho de la UNAM, 2006.

Elizondo Mayer-Serra, Carlos, “El derecho a la protección de la salud”, *Salud pública de México*, México, vol. 49, número 2, marzo-abril de 2007.

Elizondo, G. y Carazo, M., “Derecho a la identidad”, González (Editora) *Presente y futuro de los derechos humanos*. México, ed. IIDH, 1998.

Firth, J., et al., “The effects of vitamin and mineral supplementation on symptoms of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis”, *Psychological Medicine*, UK, ed. Cambridge University Press, 2017.

Foucault, M., *La locura en la época clásica I*. Colombia, ed. FCE, 1998.

Frenk, Julio y Gómez, Octavio, *Para entender el sistema de salud de México*, México, ed. Nostra Ediciones, 2008.

Freud, S., “Nuevos caminos en la terapia psicoanalítica 1918 (1919)”, en *Obras Completas de Sigmund Freud. Volumen 17*. Argentina, ed. Amorrortu editores.

Gerrig, R. y Zimbardo, P., *Psicología y vida*, México, ed. Pearson Educación, 2005.

Gómez Fröde, Carina, “Eugenesia, moralidad o pragmatismo”, *Gaceta Médica de México*, 2013, México, Vol.149.

Gómez Fröde, Carina, “Análisis de casos de pacientes psiquiátricos”, *Revista Mexicana de Derecho a la Protección de la Salud*, 2018, México.

Huerta Lara, María del Rosario, *Expansión y justiciabilidad de los derechos sociales en México*, México, ed. IIJ Universidad Veracruzana.

Karon, B. y VandenBos, G., *Psychotherapy of schizophrenia. The treatment of choice*, USA, ed. Jason Aronson, 2004.

Katz, G., et al., “La salud mental en el ámbito poblacional: la utopía de la psiquiatría social en países de bajos ingresos”, *Salud Pública de México*. Volumen 59, no.4, 2017.

Lieberman, J., *Historia de la psiquiatría. De sus orígenes, sus fracasos y su resurgimiento*, España, ed. Ediciones B, 2006.

López de la Peña, J.A., *Los derechos del paciente*, Trillas, México, 2000.

López Olvera, M.A., “El recurso administrativo como mecanismo de control de la administración pública”, Cisneros, G., Fernández, J. y López, M.A. (coord.) *Control de la administración pública. Segundo Congreso Iberoamericano de Derecho Administrativo*. México, UNAM-IIJ, 2007.

López Olvera, M.A., “Los principios del procedimiento administrativo”, Cienfuegos, D. y López, M.A. (coord.) *Estudios en homenaje a don Jorge Fernández Ruiz. Derecho Administrativo*. México, UNAM-IIJ, 2005.

López, M. y Pahuamba, B., *Nuevos paradigmas constitucionales*. México, ed. Espress, 2014.

López-Ibor, J.J., “La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo”, *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 36-1, 2008.

Lugo Garfias, María Elena, *El derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación*, México, ed. CNDH, 2015.

Medina Mora, M.E., Real, T. y Amador, N. “La enfermedad mental en México”, Medina Mora, M.E., Sarti, E. J. y Real, T. (coord.) *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura*. México, ANM-Intersistemas, 2015.

Michelle Funk, et al., (coord.), *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*, Suiza, ed. OMS, 2006.

Montiel, L. “Derecho a la salud en México, un análisis desde el debate teórico de la justicia sanitaria”, *Revista Instituto Interamericano de Derechos Humanos*, México, Vol. 40, Julio-Diciembre 2004.

Muñoz, M., “El derecho a la salud: ¿un derecho individual o social?”, en Cienfuegos, D. (Coord.) *Estudios en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Bioderecho, tecnología, salud y derecho económico*, México, IIJ-UNAM, 2006.

Nevid, J., et al., *Abnormal psychology in a changing world*, USA, ed. Pearson, 2014.

Olivos Campos, José René, *Las garantías individuales y sociales*, México, ed. Porrúa, 2008.

Oltmans, T., y Emery, R., *Abnormal psychology*, USA, ed. Pearson, 2012.

Pahuamba, B. *El derecho a la protección de la salud*, México, Novum, 2014.

Pappalia, D. E., et al. *Desarrollo Humano*, México, ed. Mc Graw Hill, 2010.

Pineda Muñoz, J., *Cultura azteca: conceptos de enfermedad y salud mental. Multidisciplinaria, vol. 2*, 1993.

Priego Enríquez, A. L.H., *Contenido esencial del derecho a la protección de la salud mental de las personas en México* (Tesis de Maestría en Derechos Humanos y Democracia), México, ed. FLACSO-MEXICO, 2014.

Quintero, L., “La dignidad humana en el artículo 1º constitucional”, González, J. (coord.) *Hechos y Derechos*. 39, mayo-junio, 2017.

Ríos, A., et al., “Los pacientes del manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta de la Historia Cuantitativa. (México,1910-1968)”, *Asclepio*, Vol 68 (1), 2016.

Rodríguez-Sala, M.L., *Los cirujanos de hospitales de la nueva españa (siglos XVI y XVII): ¿miembros de un estamento profesional o de una comunidad científica?*, México, ed. UNAM-IIS, 2005.

Ruiz Massieu, J.F., “El derecho a la salud”, *Anuario Jurídico XII-1985*, México, ed. IIJ UNAM, 1985.

Sacristán, C. “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, *Secuencia*, no. 51, 2001.

Sacristán, C., “Historiografía de la locura y la psiquiatría en México. De la Hagiografía a la historia posmoderna”, *Frenia*, Vol.1, 2005.

Sacristán, C., “La contribución de la Castañeda a la profesionalización de la Psiquiatría mexicana, 1910-1968”, *Salud Mental*, vol. 33, 2010.

Sánchez, O. “Derecho constitucional a la protección a la salud: su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del poder judicial de la federación en México”, ponencia presentada el día 9 de Octubre del 2000.

Sánchez-Cordero de García-Villegas, O., *Magistratura constitucional, elementos de juicio*, México, ed. IIJ-UNAM, 2005.

Sarason, I. y Sarason, B., *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*, México, ed. Pearson educación, 2006.

Tappia, Roberto y Motta, Ma. De Lourdes, “El derecho a la protección de la salud pública”, en Brena Sesma, Ingrid (coord.) *Salud y Derecho. Memoria del Congreso Internacional de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados*, México, ed. IIJ-UNAM, 2005.

Valera de la Torre, A., “El derecho a la salud”, Fernández, J. (coord.) *Servicios públicos de salud y temas conexos*, México, ed. Porrúa-Facultad de Derecho de la UNAM, 2006.

World Health Organization, *Mental Health: Strengthening mental health promotion*. USA, Fact sheet No. 220, 2007.

b) Leyes y tratados internacionales:

Constitución Política de la Ciudad de México.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Ley de Salud Mental del Distrito Federal.

Ley de Salud Mental del Estado de Jalisco.

Ley de Salud Mental del Estado de Michoacán de Ocampo.

Ley de Salud Mental del Estado de Morelos.

Ley de Salud Mental del Estado de Nuevo León.

Ley de Salud Mental del Estado de Querétaro

Ley de Salud Mental del Estado de Sonora.

Ley de Salud Mental del Estado de Yucatán.

Ley de Salud Mental del Estado de Zacatecas.

Ley de Salud Mental del Estado de Baja California.

Ley de Salud Mental del Estado de Chihuahua.

Ley de Salud Mental del Estado de Campeche.

Ley de Salud Mental del Estado de Sinaloa.

Ley General de Salud.

Norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-2014, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Reglamento de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal.

Reglamento de la Ley de Salud Mental del Estado de Jalisco.

c) Jurisprudencia:

Tesis (VIII Región)2o.16 L (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. IV, 2017, p. 2660.

Tesis 1a. CCCXLIII/2015 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. I, 2015, p. 969.

Tesis 1a. CCLXVII/2016 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. II, 2016, p. 895.

Tesis 1ª. LXV/2008, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXVIII, 2008, p. 457.

Tesis 1a. XLIV/2012 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. 1, 2012, p. 274.

Tesis 1a. XXIII/2013 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. 1, 2013, p. 626.

Tesis 1a./J. 51/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXIX, 2009, p. 507.

Tesis 1a./J.50/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXIX, 2009, p. 164.

Tesis 1ª.CXLII/2007, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXVI, Julio de 2007, p. 260.

Tesis 1ª.CXVI/2011, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXXIV, Septiembre de 2011, p. 1034.

Tesis 1ª.XLIV/2012 (10ª), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. 1, libro VI, Marzo de 2012, p. 274.

Tesis 1ª.XLV/2012 (10ª), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. 1, libro VI, Marzo de 2012, p. 273.

Tesis 2ª. CVIII/2014, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. 1, 2014, p. 1192.

Tesis I.15o.A.9 A, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XX, 2004, p. 1410.

Tesis I.2o.P. J/44, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta núm. 57, Octava Época, 1992, p. 43.

Tesis I.7o.A. J/44, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXVIII, 2008, p. 1151.

Tesis I.7o.A. J/7 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. III, 2016, p. 1802.

Tesis IX.1o.1 CS (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. 2, 2015, p. 2014.

Tesis P. LXVII/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXX, Diciembre de 2009, p. 7.

Tesis P. LXVIII/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXX, 2009, p. 6.

Tesis P. LXX/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXX, 2009, p. 6.

Tesis P. XIX/2000, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XI, 2000, p. 112.

Tesis P. XVI/2011, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXXIV, 2011, p. 29.

Tesis P./J. 136/2008, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXVIII, 2008, p. 61.

Tesis P./J. 17/2016 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. I, 2016, p. 481.

Tesis PC.VII,P, J/3 P (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. II, 2017, p. 1096.

Tesis sin número, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Séptima Época, Volumen 187-192, Sexta Parte, 1984, p. 150.

Tesis VI.2o.37, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. II, 1995, p. 574.

Tesis VII.2o.P.3 P (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. 2, 2015, p. 2171.

Tesis XVI.1o.A.T.23 A (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. 3, 2013, p. 1629.

Tesis PC.XVI.P. J/1 P (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. III, 2018, p. 1421.

Tesis II.1o.P.13 P (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. III, 2018, p. 2778.

Tesis 1a./J. 8/2019 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. I, 2019, p. 486.

d) Decisiones judiciales:

Amparo en revisión 2231/97, Décimo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito.

Amparo en revisión número 378/2014, Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Amparo Indirecto 535/2015, Juez Segundo de Distrito en Materia de Amparo Civil, Administrativo y de Trabajo y de Juicios Federales en el Estado de Nayarit.

Amparo en revisión 144/2015, Vigésimo Tribunal Colegiado en materia Administrativa del Primer Circuito.

Amparo en revisión número 251/2016, Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Amparo número 137/2019 del Juzgado Tercero de Distrito en Materia Administrativa de la Ciudad de México (Expediente auxiliar 262/2019 tramitando ante el Juzgado Cuarto de Distrito del Centro Auxiliar de la Novena Región, con residencia en Zacatecas, Zacatecas).

e) Informes, planes y programas:

Informe de 2011 de Evaluación del sistema de salud mental de México a través del Instrumento de Evaluación de sistema de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS).

Informe Especial de 2013 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre los Hospitales Psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y Estados de la República Mexicana.

Informe de 2018 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT) de la Comisión Nacional de Derechos Humanos sobre las instituciones públicas psiquiátricas.

Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2010 de la Organización Mundial de la Salud.

Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018.

Programa de Acción Específica en Atención Psiquiátrica 2013-2018.