

PROYECTO DE REFORMA LEGISLATIVA EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN MÉXICO

**Proyecto de Reforma de la Atención en Salud Mental:
Para la actualización de NOM-025-SSA2-1994**

México, 14 de diciembre de 2011

CONTENIDO

Página

1. Introducción

1

2. Antecedentes

3

3. Metodología

5

4. Proyecto de Reforma de la Atención en Salud Mental

7

PROYECTO NO COPIAR

1. INTRODUCCIÓN

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

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

La protección específica de los derechos de las personas con trastornos mentales se basa en estándares internacionales no vinculantes como los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, la Declaración de Caracas, los Principios de Brasilia y el Consenso de Panamá, que guían tanto la política como los programas y servicios de salud mental con enfoques al respeto de los derechos humanos y la atención comunitaria. Asimismo, se cuenta con un valioso instrumento vinculante como la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que promueve, protege y asegura el goce pleno y en condiciones de igualdad y equidad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promueve el respeto de su dignidad inherente; tanto a las personas con discapacidades físicas, mentales, intelectuales o sensoriales.

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

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

El objetivo de la legislación en salud mental es el asegurar el derecho a la protección de la salud mental de la población y garantizar el pleno goce de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, así como regular el acceso y prestación de servicios de salud mental con enfoque comunitario, y su vinculación con los servicios sociales complementarios.

El ámbito de aplicación son todas las instituciones de los sectores público, social y privado que conforman el Sistema Nacional de Salud que ofrecen servicios de salud mental.

PROYECTO NO COPIAR

2. ANTECEDENTES

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (México, 1917), expedida en 1917, en su Título Primero establece los derechos humanos y sus garantías, que anteriormente se denominaba “Garantías Individuales”, a fin de garantizar que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos por la propia constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de aquellas garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que la Ley establece.

Dentro de los derechos humanos, en el Artículo 4º. establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la CPEUM.

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

La salud mental se aborda de forma específica en el Capítulo VII. Este capítulo fue reformado recientemente y publicado el 5 de agosto de 2011 (LGS, DOF: 2011). El cual establece el término de “trastornos mentales y del comportamiento” de forma acorde a la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, CIE-10); se incluye el concepto de diagnóstico y tratamiento integrales; se adiciona la reinserción de los pacientes a su comunidad; se incorpora el artículo 74-bis con la descripción de los derechos de los pacientes; se especifican las características del internamiento involuntario. Sin embargo, no se aborda abiertamente la necesidad de dar énfasis a la atención comunitaria en lugar de la centrada en hospital psiquiátrico.

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

Entre otros aspectos, en los Artículos 76, 77 y 78 se establecen los motivos de ingreso voluntario, involuntario y obligatorio para cualquier tipo de pacientes a los hospitales del Sistema Nacional de Salud. En el Artículo 86, se define que en los hospitales donde sean internados enfermos en calidad de detenidos, el hospital sólo se hará responsable de la atención médica, quedando a cargo de la autoridad correspondiente a la responsabilidad de su custodia. En el Capítulo VII, se establecen disposiciones específicas para la prestación de servicios de salud mental.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-025-Ssa2-1994, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica, (México, 1994). Esta norma fue expedida desde hace 17 años, desde su título, objetivo, campo de aplicación y en gran parte de su contenido se centra en la regulación de la atención de los pacientes en hospitales psiquiátricos, al grado que las acciones las determina en intrahospitalarias y extrahospitalarias, dejando de lado o minimizando la atención comunitaria, a pesar de la publicación de la Declaración de Caracas en 1990. Por el contrario retoma de forma

asistemática algunos preceptos de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental de 1991, como el ingreso voluntario, involuntario y obligatorio, los derechos de los usuarios dentro de los hospitales psiquiátricos.

También en la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (México, 2011), como parte de los compromisos de la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad de la ONU, el Estado Mexicano expidió dicha ley en 2011, en la cual establece la obligación del Estado para promover, proteger y asegurar los derechos humanos de las personas con discapacidad, define la discapacidad y los principios del ordenamiento, y establece una serie de derechos específicos.

La Ley de Asistencia Social, expedida en 2004, establece disposiciones que son de orden público e interés general, de observancia en toda la República y tienen por objeto sentar las bases para la promoción de un Sistema Nacional de Asistencia Social que fomente y coordine la prestación de servicios de asistencia social pública y privada e impulse la participación de la sociedad en la materia.

Asimismo, en otros instrumentos jurídicos se regulan aspectos relacionados con la protección de las personas con trastorno mental, tales como el Código Penal de la Federación, 1931, el Código Federal de Procedimientos Penales, 1934, el Código Civil Federal, 1928. Que fueron ampliamente discutidos en el documento Situación Jurídica Nacional e Internacional de la Salud Mental.

Por otra parte, tanto en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 y en el Programa de Acción Específico de Atención en Salud Mental 2007-2012, se señala la importancia de la salud mental en la población y en el último documento programático, se establece como un objetivo específico el *“contar con un marco jurídico del sistema nacional de atención en salud mental, que permita abatir la estigmatización y discriminación, y determinar como eje de atención a la salud mental comunitaria”*. Adicionalmente, en 2010, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud autoriza las intervenciones prioritarias de salud mental dentro del Catálogo Universal de Servicios de Salud.

Por lo anterior, es imprescindible avanzar en la actualización y reforma de la legislación en salud mental.

3. METODOLOGÍA

Este proyecto es resultado de la integración de un “anteproyecto de reforma de la atención en salud mental” y la inclusión de comentarios y sugerencias planteadas en los dos foros-taller regionales sobre legislación en salud mental, realizados en las ciudades de Monterrey y Puebla.

Por otra parte, en congruencia con la recomendación de actualizar la Norma Oficial Mexicana NOM NOM-025-SSA2-1994, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico Psiquiátrica. México, 1995, el presente proyecto se integró de acuerdo a los tópicos generales de una NOM y los específicos del propio proyecto, como un documento técnico en apoyo al proceso de actualización de la norma referida, según la estructura siguiente:

Encabezado.

Considerandos

Prefacio.

Índice.

0. Introducción.

1. Objetivo.

2. Campo de aplicación.

3. Referencias.

4. Definiciones y abreviaturas.

5. Disposiciones generales.

6. Los derechos humanos.

7. El consentimiento informado.

8. La atención de los trastornos mentales y del comportamiento.

9. La vivienda asistida y el trabajo protegido.

10. Los mecanismos de supervisión y revisión.

11. La coordinación con el poder judicial.

12. Concordancia con normas internacionales y mexicanas.

13. Bibliografía.

14. Observancia.

15. Vigencia.

PROYECTO NO COPIAR

4. PROYECTO DE REFORMA DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

A continuación se presenta el proyecto de atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, que de acuerdo al proceso de normalización mexicano, debe indicarse como “anteproyecto”:

Encabezado.

PABLO KURI MORALES, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3º, fracción VIII, 13 Apartado A, fracción I, 72 a 77 y 133, fracción I de la Ley General de Salud; 38, fracción II, 40, fracciones III y XI, 41,43, 47 fracción I y 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 134 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 28 y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 2º literal B, fracción XIX, 8 fracción V, 10 fracciones VII y XVI y 35 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, he tenido a bien ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación del Anteproyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2010, para la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.

El presente anteproyecto de modificación a la Norma se publica a efecto de que las personas interesadas dentro de los 60 días naturales, contados a partir de su publicación, presenten sus comentarios por escrito ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, sito en Lieja N° 7, primer piso, Colonia Juárez, Código Postal 06600, México, D.F., teléfono y fax 55-53-70-56, correo electrónico pablo.kuri@salud.gob.mx

Durante el plazo mencionado, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, la Manifestación de Impacto Regulatorio del presente anteproyecto de Norma estará a disposición del público en general, en el domicilio del Comité mencionado en el párrafo anterior, para su consulta, y en el Portal electrónico www.cofemermir.gob.mx.

Considerandos.

Que con fecha 16 de noviembre de 1995, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, y que entró en vigor un año después del día siguiente de su publicación en el Distrito Federal, dos años después en los estados de Baja California Sur, Coahuila, Colima, Nuevo León, Oaxaca, San Luis Potosí y Sinaloa; y tres años después en el resto de las entidades federativas.

Que la Declaración de Caracas, los Principios de Brasilia y el Consenso de Panamá son fundamentales para la reforma de la atención en salud mental, y representan las principales directrices para la definición de políticas, programas y servicios basados en la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y con un enfoque comunitario, vinculando a la familia y a la sociedad. Asimismo, este anteproyecto contribuye a la superación de la brecha de atención en la materia. Que en atención a las anteriores consideraciones, se expide el siguiente:

Anteproyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2010, para la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.

Prefacio.

En la elaboración del Anteproyecto de esta Norma Oficial Mexicana, participaron las siguientes instituciones y unidades administrativas:

- Asociación Libertad, A.C.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
- Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, A.C.
- Consejo Nacional de Salud Mental
- Dirección General de Promoción de la Salud
- Fundación Mexicana a Favor de la Dignidad del Enfermo Mental, I. A. P.
- Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental, I. A. P.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto Mexicano del Seguro Social-OPORTUNIDADES
- Instituto Mexicano para la Excelencia Educativa
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
- Servicios de Atención Psiquiátrica.

Índice.

0. Introducción.
1. Objetivo.
2. Campo de aplicación.
3. Referencias.
4. Definiciones y abreviaturas.
5. Disposiciones generales.
6. Los derechos humanos.

7. El consentimiento informado.
8. La atención de los trastornos mentales y del comportamiento.
9. La vivienda asistida y el trabajo protegido.
10. Los mecanismos de supervisión y revisión.
11. La coordinación con el poder judicial.
12. Concordancia con normas internacionales y mexicanas.
13. Bibliografía.
14. Observancia.
15. Vigencia.

0. Introducción.

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

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

La protección específica de los derechos de las personas con trastornos mentales se basa en estándares internacionales no vinculantes como los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, la Declaración de Caracas, los Principios de Brasilia y el Consenso de Panamá, que guían tanto la política, programas y servicios de salud mental con enfoques al respeto de los derechos humanos y la atención comunitaria. Asimismo, se cuenta con un valioso instrumento vinculante como la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que promueve, protege y asegura el goce pleno y en condiciones de igualdad y equidad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promueve el respeto de su dignidad inherente; tanto a las personas con discapacidades físicas, mentales, intelectuales o sensoriales.

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

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

1. Objetivo.

Asegurar el derecho a la protección de la salud mental de la población y garantizar el pleno goce de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, así como regular el acceso y prestación de servicios de salud mental con enfoque comunitario, y su vinculación con los servicios sociales complementario.

Se consideran parte integrante y fundamental de la presente Norma los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, en la determinación de estándares en derechos humanos; la Declaración de Caracas, los Principios de Brasilia y el Consenso de Panamá, de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la definición de políticas, planeación y organización de los servicios de atención en salud mental.

2. Campo de aplicación.

Las disposiciones de esta Norma son de observancia obligatoria para todas las instituciones de los sectores públicos, sociales y privados que conforman el Sistema Nacional de Salud que ofrecen servicios de salud mental.

3. Referencias.

Para la correcta aplicación de la presente Norma Oficial Mexicana es necesario consultar las siguientes Normas o las que las sustituyan:

- Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-200, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Criterios para la prestación del servicio.
- Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, Para la organización y funcionamiento de las residencias médicas.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, Para la atención de las personas con discapacidad.
- Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Para la prevención y control de las enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
- Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y la atención.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

4. Definiciones y abreviaturas.

Para efectos de esta Norma, se entenderá por:

- Atención Integral Médico-Psiquiátrica. Es el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental. Comprende las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación integral.
- Capacidad jurídica. La capacidad y el poder de ejercer derechos y contraer obligaciones por decisión personal, es decir, sin asistencia o representación de un tercero. Presupone la capacidad de ser un potencial sujeto de derecho y obligaciones (elemento estático), y otorga la capacidad de ejercer dichos derechos y contraer obligaciones generando, modificando, o extinguiendo relaciones jurídicas (elemento dinámico).
- Desinstitucionalización. El proceso por el que se pasa de mantener a las personas que sufren unas enfermedades mentales confinadas en hospitales psiquiátricos (manicomios), a fin de darles una atención integrada en la sociedad en un ambiente comunitario.
- Discernimiento. Se refiere específicamente a la presencia de facultades mentales para tomar decisiones o adoptar cursos de acción.
- Discriminación por motivos de discapacidad. Se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar, menoscabar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables
- Interdicción. Procedimiento mediante el cual se inhabilita o incapacita a una persona mayor de edad para ejercer o hacer valer los derechos por si mismo

- Persona con Discapacidad. Toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás;
- Promoción de la Salud Mental. Es una estrategia concreta, concebida como la suma de las acciones de los distintos sectores de la población, las autoridades sanitarias y los prestadores de servicios de salud encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud mental individual y colectiva.
- Psicocirugía. Se entiende como psicocirugía a cualquier técnica o procedimiento quirúrgico y/o electrodos intracerebrales mediante el cual una o varias lesiones son creadas en el cerebro de una persona en una o en varias intervenciones, con el propósito de alterar los pensamientos, emociones o la conducta de una persona. La conducta de una persona no incluye conducta manifestada como parte de una epilepsia convulsiva generalizada, epilepsia no convulsiva, epilepsia parcial compleja o simple, conducta secundaria a disritmia y/o paroxismo cerebral; o conducta manifestada como resultado de un trastorno en ganglios basales.
- Rehabilitación. Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un nivel que permita compensar la pérdida de una función, así como proporcionarle una mejor integración social.
- Salud mental. La capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de forma tal, que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de equidad fundamental.
- Trastorno o Enfermedad Mental. Es una condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables, el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente. Las enfermedades o trastornos mentales a que se refiere el presente, son los contemplados en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, de la Organización Mundial de la Salud, con el nombre de "Trastornos Mentales y del Comportamiento: Presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo.

Abreviaturas:

- CIF. Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2008.
- CIE. Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con Problemas de Salud (10 Ed). Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2007.

5. Disposiciones generales.

Acceso a los servicios de salud mental.

Las instituciones del Sistema Nacional de Salud deberán de ofrecer el acceso de la población a los servicios de atención de salud mental, de acuerdo a lo siguiente:

- Con un enfoque de derechos humanos, y con perspectiva de género y equidad, poniendo énfasis en la prevención, detección temprana y promoción de la salud mental, incluyendo acciones enfocadas a la prevención de adicciones.
- Con acciones para prevenir y reducir dentro de sus instituciones el estigma y discriminación de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento. .
- Con acciones para la promoción y prevención de los trastornos mentales, especialmente a los grupos en situación vulnerable como los niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores, indígenas y personas en situación de pobreza.
- Con la atención primaria a la salud como el eje sobre el que se estructure un Modelo Comunitario de Atención a la Salud Menta
- Con atención integral, continua e interdisciplinaria de los trastornos mentales y del comportamiento, trastornos debidos al uso de sustancias psicotrópicas y otras comorbilidades.
- Con acceso a las diversas intervenciones terapéuticas como psicofármacos, psicoterapia y rehabilitación psicosocial, a fin de lograr la reinserción social.

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

Las instituciones que prestan servicios de salud mental.

Para la organización y operación de los servicios de atención de la salud mental se deberá aprovechar la infraestructura y redes de servicios de salud existentes, de acuerdo a lo siguiente:

- Centros de salud o equivalentes.
- Centros Comunitarios de Salud Mental, Unidades de Especialidades Médicas de Salud Mental, Centros Integrales de Salud Mental y Centros de Atención Primaria de Adicciones, o equivalentes.
- Hospitales Generales y Hospitales Regionales de Alta Especialidad y equivalentes.
- Hospitales Psiquiátricos.

La red de servicios de salud, de acuerdo a sus características, deberá proporcionar actividades de prevención y promoción de la salud mental, diagnóstico, tratamiento farmacológico, psicosociales, habilitación y rehabilitación, enseñanza e investigación. Así como, contar con los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización continua, hospitalización parcial, rehabilitación, estudios de laboratorio y gabinete.

Las instituciones que presten servicios de salud mental, en especial las destinadas al internamiento del paciente, deberán cumplir con:

- Las condiciones generales de diseño, construcción y habilitación, que garanticen una adecuada higiene, iluminación, ventilación, bienestar, privacidad y seguridad del paciente.
- Las instalaciones y equipo médico y administrativo apropiados para el desarrollo de sus funciones.
- Los recursos humanos suficientes en cantidad, calidad y cualidad, de acuerdo con los indicadores que establezca la Secretaría de Salud.
- Los recursos e insumos para una adecuada atención de salud mental y psiquiátrica.
- Los recursos e insumos básicos para atender las comorbilidades no psiquiátricas más frecuentes y en su caso, cuando esta comorbilidad sea de mayor gravedad o urgencia que la psiquiátrica contar con los mecanismos de consulta de enlace y referencia oportuna a otra unidad médica.
- Los instrumentos administrativos y legales correspondientes.
- Las instalaciones destinadas al cuidado intensivo de pacientes que presentan conductas perturbadoras o agresivas, que permita tanto la protección del paciente como el funcionamiento regular de los otros servicios.
- La infraestructura y habilitación necesaria cuando se atiendan personas con trastornos mentales, que presenten algún tipo de discapacidad física o sensorial.
- Los dormitorios necesarios para el internamiento de pacientes, de preferencia en instalaciones semicerradas para un máximo de 6 personas por dormitorio, que asegure la privacidad y seguridad.
- Las instalaciones de comedor para pacientes.
- Las instalaciones de servicios sanitarios para pacientes suficientes de acuerdo al número de camas censables, que permitan la privacidad y seguridad de los pacientes.
- Las áreas destinadas a recreación y esparcimiento deberán considerar tanto áreas abiertas y cerradas con dimensiones adecuadas para el desplazamiento o permanencia de los pacientes, así como equipos de entretenimiento y descanso.

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

6. Los derechos humanos.

Los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.

Se reconocen los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, los siguientes:

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

- Derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales;
- 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;
- Derecho a la confidencialidad de la información personal, médico psiquiátrico de su enfermedad y tratamiento contenido en el expediente clínico. Salvo en las excepciones que se determinen en las disposiciones legales aplicables.
- 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;
- Derecho al acceso libre y gratuito a la información contenida en el expediente clínico. Este derecho podrá ser sujeto a restricciones para impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o se ponga en peligro la seguridad de terceros. Toda información de esta clase que no se proporcione al paciente, se proporcionará al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se proporcione al paciente cualquier parte de la información, el paciente o su defensor, si lo hubiere, será informado de la decisión y de las razones en que se funda, y la decisión estará sujeta a revisión judicial.
- Derecho a que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente y modificado llegado el caso;
- Derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación con el tratamiento o internamiento. Esto sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente;
- Derecho a que le sean impuestas únicamente las restricciones necesarias para garantizar su protección y la de terceros. En todo caso, se deberá procurar que el internamiento sea lo menos restrictivo posible y a que el tratamiento a recibir sea lo menos nocivo.
- Derecho a no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona.
- Derecho a la protección contra tratos crueles, inhumanos o degradantes y en su caso, el derecho a denunciar por sí o a través de su representante legal cualquier abuso que se cometa en su contra.
- Derecho a un ambiente seguro, higiénico y humano dentro de las instituciones de salud mental, que garantice en su caso, las condiciones adecuadas de alimentación, vestido, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
- Derecho a un ambiente y condiciones de vida en las instituciones de salud mental, lo más similares posible a las condiciones de la vida normal de las personas de esa edad, incluyendo instalaciones que respeten la vida privada y la intimidad, en un espacio libre de intromisiones ilegítimas
- Derecho a una vida privada e intimidad, que permita el pleno desarrollo de la personalidad y un espacio libre de intromisiones ilegítimas a la vida privada, la familia, el domicilio y la correspondencia por parte del estado y la comunidad.

- Derecho a elegir el trabajo que desea realizar y a no ser sometido a trabajos forzosos o inadecuadamente remunerados dentro de las instituciones de salud mental.
- Derecho a participar en actividades educativas, capacitación vocacional, actividades de recreo, esparcimiento y culturales, así como el derecho a la libertad de religión y creencias.
- Derecho a ser informado al inicio de su atención, tanto ambulatoria como hospitalaria sobre sus derechos, de forma y lenguaje que comprenda.
- Derecho a ser tratado y atendido en su comunidad o lo más cerca posible al lugar en donde habiten sus familiares o amigos.
- Derecho a participar en la actualización de la legislación y en la determinación de políticas de salud mental, así como a participar activamente en la planeación y operación de servicios de salud mental y psiquiatría.

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

Derechos de las familias y otras personas a cargo del cuidado de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.

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

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

La protección de grupos en situación vulnerable.

Se consideran grupos en situación de vulnerabilidad a los menores de edad, mujeres, adultos mayores, y minorías sociales. Las personas de estos grupos en situación vulnerable gozaran de todos los derechos humanos esenciales y fundamentales. Para cada uno de estos grupos se tendrá en cuenta lo siguiente:

- En los niños y niñas, el internamiento involuntario solo se llevará a cabo cuando se hayan agotado otras opciones ambulatorias y comunitarias, deberán ser alojados en dormitorios diferentes a los del adulto de acuerdo a su edad y necesidades, asegurar que cuenten con un representante legal, sean tomados en cuenta sus opiniones para el tratamiento e internamiento, y queda estrictamente prohibido todo tratamiento irreversible.
- En las mujeres, tendrán los mismos derechos que los hombres, gozarán de la privacidad adecuada en el internamiento en dormitorios separados de los hombres, pero sin impedir su convivencia normal con ellos.
- En minorías sociales, no deberán ser discriminados por motivos de raza, color, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional, étnico o social, o status legal o social, y las personas refugiadas y las que busquen u ostenten asilo tienen derecho al mismo tratamiento en salud mental que los ciudadanos mexicanos.

7. El consentimiento informado.

El consentimiento informado para el tratamiento e internamiento.

Todo tratamiento e internamiento a pacientes con trastornos mentales y del comportamiento deberá administrarse previo consentimiento informado, salvo en las excepciones previstas de procedimientos involuntarios u obligatorios. El paciente es quien ostenta el derecho a consentir o denegar el permiso para cualquier tratamiento o internamiento, por lo que deberá presumirse que todos los pacientes tienen capacidad de discernir y deberán agotarse los esfuerzos para permitir que una persona acepte voluntariamente el tratamiento o el internamiento, antes de adoptar procedimientos involuntarios.

Para hacer válido el consentimiento informado se deberá satisfacer los criterios siguientes:

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

- El paciente puede negarse a recibir tratamiento y el internamiento, o de abandonarlo, salvo excepción dispuesta en este instrumento.
- Deben explicar al paciente las consecuencias de una negativa a recibir tratamiento, que pueden incluir el egreso en caso de atención hospitalaria.
- El consentimiento debe ser documentado en la historia médica del paciente.

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

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

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

Restricciones a la personalidad jurídica de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.

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

Pacientes que no protestan o no están en condiciones otorgar su consentimiento.

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

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

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

8. La atención de los trastornos mentales y del comportamiento.

Determinación del diagnóstico de un trastorno mental y del comportamiento.

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

- La condición política, económica o social, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- Los conflictos o demandas familiares, laborales, o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales, políticos o religiosos dominantes en la comunidad de la persona.
- La preferencia o identidad sexual.
- La existencia de antecedentes personales de tratamiento y de hospitalización por enfermedad mental, no bastarán por si solo para justificar dicho diagnóstico.

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

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

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

El tratamiento a pacientes.

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

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

La atención a la salud mental y psiquiátrica deberá estar apegada al conocimiento y tecnología médica actualizada, en cumplimiento a las disposiciones legales sanitarias y otras aplicables, con arreglo a las normas éticas de los profesionales de salud mental y a los derechos humanos de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento. En ningún caso se hará

uso indebido de los conocimientos y tecnología psiquiátrica, en perjuicio o maleficencia hacia el paciente, siempre se buscará el mayor beneficio y el menor riesgo posible y previsible.

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

Los aspectos descritos en el párrafo anterior, también serán aplicables a otras formas diagnósticas y de rehabilitación.

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

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

El internamiento de pacientes.

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

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

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

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

El internamiento voluntario de pacientes.

Para el internamiento voluntario del paciente se requerirá:

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

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

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

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

El internamiento involuntario de pacientes.

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

- Existe la evidencia clínica de algún trastorno mental y del comportamiento grave, urgente o severo, y que el paciente no cuente con la capacidad de discernimiento.
- Exista un riesgo de daño inmediato o inminente contra el propio paciente o contra terceros, y/o de deterioro de la condición del paciente si no se le proporciona tratamiento de forma hospitalario.
- Exista un propósito terapéutico deseado claro.
- Se cuente con las condiciones y recursos necesarios para el internamiento en la institución de salud.

El procedimiento para el internamiento involuntario deberá incluir:

- La existencia de una solicitud de ingreso de parte de un familiar interesado, representante legal o tutor del paciente. Deberá quedar por escrito dentro del expediente el nombre del responsable del paciente.
- El paciente deberá ser valorado por un profesional de salud mental acreditado del equipo interdisciplinario, quien debe certificar que se reúnen los criterios de internamiento involuntario. Dicha valuación tiene una vigencia de 72 horas, donde el

estatus de involuntario deberá ser reevaluado por un médico psiquiatra. si la crisis del paciente continúa y éste persiste en no otorgar su consentimiento, se continuará con el estatus de involuntario, hasta una nueva valoración 30 días posteriores. Todos los periodos deberán quedar consignados en el expediente clínico.

- La acreditación y autorización de la institución de salud para admitir pacientes involuntarios.
- La información inmediata del familiar, representante legal o tutor del paciente, acerca de los motivos del internamiento y de los derechos del paciente.
- La obtención del consentimiento informado sustitutorio correspondiente.
- La notificación a la autoridad judicial competente, en un plazo no mayor a 24 horas del internamiento.

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

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

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

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

El internamiento obligatorio de pacientes.

El internamiento obligatorio se refiere al que determine la autoridad sanitaria o la autoridad judicial.

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

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

El internamiento obligatorio judicial es aquel que es determinado por la autoridad judicial competente, basado en dictamen médico-pericial de la situación del paciente, que recomiende el internamiento. El equipo interdisciplinario deberá informar a la

autoridad judicial cada 10 días la evolución del paciente o cuando este haya alcanzado el propósito terapéutico buscado con el internamiento.

El egreso de pacientes.

Los motivos del egreso del paciente podrán ser por:

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

Las medidas excepcionales de contención del paciente.

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

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

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

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

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

Tratamientos especiales:

Son considerados tratamientos especiales la esterilización, el aborto, psicocirugía, otros tratamientos irreversibles, la terapia electroconvulsiva, ensayos clínicos y experimentales.

- Por ningún motivo se practicarán técnicas químicas o quirúrgicas de esterilización como parte de tratamiento psiquiátrico.
- El aborto solo se practicará con arreglo de las disposiciones legales aplicables.
- No se someterá a psicocirugía u otros tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona, solo podrán aplicarse si la legislación lo permite, con el consentimiento del paciente, y en cumplimiento a un protocolo específico.
- La terapia electroconvulsiva solo se aplicará con el consentimiento informado del paciente o en su caso, del representante legal o tutor, siempre y cuando se cumpla el protocolo de indicación correspondiente. La aplicación de terapia electroconvulsiva en menores de edad queda sujeta a una evaluación por un comité médico y ético de la institución. Queda prohibida el uso de terapia electroconvulsiva en menores de 12 años.
- No se someterá a ensayos clínicos ni a investigaciones experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
- Se prohíben los tratamientos como la esterilización, la psicocirugía, la terapia electroconvulsiva, y la participación en ensayos clínicos o estudios experimentales para las personas retenidas en situaciones de emergencia o urgencia.
- Se podrán practicar procedimientos médicos y quirúrgicos no psiquiátricos necesarios para mantener la salud del paciente, cuando se cuente con el consentimiento informado del paciente o de su representante legal o tutor.

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

9. La vivienda asistida, el trabajo protegido y la educación.

Vivienda.

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

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

Trabajo.

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

- Queda prohibida la discriminación de las personas con trastornos mentales en la selección, contratación, remuneración, tipo de empleo, capacitación, liquidación y promoción profesional

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

Educación.

La Secretaria de Salud, en coordinación con la Secretaria de Educación pública promoverá el derecho a la educación de las personas con trastornos mentales, prohibiendo cualquier tipo de discriminación.

Se promoverán opciones de actualización a todo el personal directivo y docente del Sistema Educativo Nacional, para que tengan el conocimiento general de los principales trastornos mentales, y su impacto en el desarrollo y el aprendizaje. Además se promoverá la capacitación del personal docente y directivo en las evaluaciones psicopedagógicas, y en la detección de las necesidades de los alumnos, así como en la actualización en estrategias metodológicas y evaluación del aprendizaje.

10. Los mecanismos de supervisión y revisión.

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

11. La coordinación con el poder judicial.

Responsabilidades de la autoridad policial.

Las instituciones de salud mental deberán procurar la protección de los pacientes contra arrestos o detenciones ilegales, por el solo hecho de tratarse de personas con algún trastorno mental y del comportamiento, cuando no hayan incurrido en un supuesto de delito, y recomendar que sean valorados en alguna institución de salud mental y psiquiátrica.

Cuando se trate de un paciente agresivo o sin control de su conducta, algún familiar, representante legal o tutor del paciente, o algún profesional del equipo interdisciplinario, podrán solicitar la asistencia policial para su traslado a una institución de salud mental.

Cuando se trate de pacientes involuntarios que abandonen el internamiento, la institución de salud mental deberá notificar a la autoridad policial para que busque y devuelva a los

Las personas con enfermedades mentales sometidas a la ley penal

Los reclusorios y centros de readaptación social deberán contar con las instalaciones médico psiquiátricas adecuadas y necesarias para la atención de personas con trastornos mentales y del comportamiento en conflicto por la ley penal.

12. Concordancia con normas internacionales y mexicanas.

Esta Norma tiene concordancia total y da seguimiento a estándares internacionales como la “Carta Internacional de los Derechos Humanos”, los “Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental”, la “Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”. Además, en el ámbito nacional es concordante con la “Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad”.

13. Bibliografía.

- Atlas: Recursos de Salud Mental en el Mundo, 2001. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001.
- Catalogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES. Comisión de Protección Social en Salud. México, 2010.
- Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2008.
- Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con Problemas de Salud (10 Ed). Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2007.
- Código Civil Federal. México, 1928.
- Código Federal de Procedimientos Penales. México, 1934.
- Código Penal de la Federación. México, 1931.
- Consenso de Panamá: Conferencia Regional de Salud Mental. OMS/OPS. Panamá, 2010.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México, 1917.
- Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York. Asamblea General de la ONU. Organización de las Naciones Unidas. 2006.
- Declaración de Caracas, adoptada de la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. OMS/OPS. Venezuela, 1990.
- Declaración Universal de Derechos Humanos. ONU. Nueva York, 1948.
- Derechos Humanos y Salud. Personas con Discapacidad Mental. OPS. 2008.
- Derechos Humanos y Salud. Personas con Discapacidad. OPS. 2008.

- El derecho a la Salud. Vásquez, J. Rev. IIDH. Vol. 40, julio-diciembre de 2004. 265-290.
- Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental (Resolución 49/R17). New York: Asamblea General de la ONU. Organización de las Naciones Unidas. 1991
- Informe sobre la Salud en el Mundo 2001: Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001.
- Invertir en salud mental. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2004.
- Ley de Asistencia Social. Secretaría de Salud. México, 2004.
- Ley General de Inclusión de las Personas con Discapacidad. Secretaría de Salud, Consejo de las Personas con Discapacidad. México, 2011.
- Ley General de Salud. Secretaria de Salud. México, reforma de 2011.
- Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2006.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico Psiquiátrica. Secretaria de Salud. México, 1995.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. A/RES/2200 A (XXI). ONU. Nueva York, 1966.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A/RES/2200 A (XXI). ONU. Nueva York, 1966.
- Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. OMS/OPS. Brasil, 2005.
- Principios para la Protección de Personas con Enfermedades mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (Resolución 46/119). New York: Asamblea General de la ONU. Organización de las Naciones Unidas. 1991.
- Programa de Acción Específico de Atención en Salud Mental, 2007-2012. Secretaría de Salud. México, 2007.
- Programa Mundial de Acción en Salud Mental. mhGAP. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002.
- Programa Sectorial de Salud, 2007-2012. Secretaría de Salud. México, 2007.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud. Secretaría de Salud. México, 1986.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Secretaría de Salud. México, 1986.
- Situación de la Salud Mental en México. Documento de Trabajo. Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente y Servicios de Atención Psiquiátrica. México, 2011.

- Una nueva legislación en salud mental. Documento de Trabajo. Servicios de Atención Psiquiátrica. México, 2008.

14. Observancia.

La vigilancia y aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia, así como a todas las unidades que presten servicios de atención a personas con trastornos mentales y del comportamiento, de forma ambulatoria y hospitalaria de los sectores, público, privado y social que conforman el Sistema Nacional de Salud.

15. Vigencia.

La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Sufragio Efectivo. No Reelección

El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades

PABLO KURI MORALES