

# LA REFORMA SOBRE SALUD MENTAL: ¿PROGRESISMO O ¿RESPONSABILIDAD DEL ESTADO?

FERNANDO VILLASEÑOR RODRÍGUEZ

*Encerrado en el navío de donde no se puede escapar, el loco  
es entregado al río de mil brazos, al mar de mil caminos, a esa gran  
incertidumbre exterior a todo.*

Historia de la Locura en la Época Clásica, Michel Foucault.

**RESUMEN:** En este artículo me referiré a la historia, regulación y modelos de atención de la salud mental, teniendo como objetivo analizar la reciente reforma que en esta materia se hizo a la Ley General de Salud. Sostendré la opinión de que la reforma es omisa e insuficiente para regular el proceso de la desinstitucionalización psiquiátrica que propone. Defenderé la postura de que los efectos de la reforma pueden ser más perjudiciales que benéficos para los usuarios de los servicios de salud mental, particularmente para aquellos que ahora se encuentran internados en los asilos y hospitales.

**PALABRAS CLAVE:** Derecho a la Salud Mental, Reforma Ley de Salud, Desinstitucionalización, Derechos de los usuarios de los servicios de salud mental, Enfoque Comunitario del Derecho a la Salud Mental.

**ABSTRACT:** In this paper I will refer to the history, regulation, and models for mental healthcare regarding the recent reform made to the General Health Law. I will affirm that the reform is negligent and insufficient in regulating the process of psychiatric deinstitutionalization that it proposes. I will also defend the position that the effects of the reform may be more harmful than beneficial for users of mental health services, particularly for those who are now confined to nursing homes and hospitals.

**SUMARIO:** INTRODUCCIÓN. I. HISTORIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE SALUD MENTAL. II. NORMATIVIDAD INTERNACIONAL, REGIONAL Y NACIONAL SOBRE SALUD MENTAL. III. LA REFORMA SOBRE SALUD MENTAL A LA LEY GENERAL DE SALUD (2022). 1. El financiamiento del tratamiento y rehabilitación correrá a cargo de los usuarios o sus familias. 2. Algunos usuarios con padecimientos y trastornos de alto riesgo no responden al tratamiento conforme con el modelo comunitario. 3. Requiere de vivienda especializada para muchos de los usuarios de los servicios de salud mental. 4. Previene el tratamiento de otros problemas médicos (concomitantes y diversos). 5. Falta de adhesión al tratamiento como problema para los usuarios y sus familias. 6. Tiene una correlación con el aumento en la tasa de suicidios. 7. Aumenta la criminalidad y victimización. 8. Implica mayores costos para las familias y la comunidad. 9. Libera al Estado de su obligación como garante del Derecho a la Salud Mental. CONCLUSIONES. BIBLIOHEMEROGRAFÍA CITADA

## INTRODUCCIÓN

El 16 de mayo de 2022 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la reforma a la Ley General de Salud, enfocada a la “salud mental y las adicciones”. La reforma, es consecuencia de más de 10 años de reclamos de organizaciones de la sociedad civil, usuarios de los servicios de salud mental<sup>1</sup> y académicos especializados en Derechos Humanos, y tuvo un arduo trayecto con diversas propuestas de grupos parlamentarios, así como ajustes y modificaciones en ambas Cámaras hasta su eventual aprobación y promulgación en este año.

La reforma tiene varios cambios sobre la manera de conceptualizar la enfermedad y la salud mental, en especial, la capacidad de decisión del usuario de sus servicios y el internamiento voluntario, así como la fusión de las áreas de salud mental y control de las adicciones. Quizás el cambio más controversial tenga que ver con la desinstitucionalización<sup>2</sup>, reducción y eventual eliminación de los hospitales psiquiátricos, y la transición hacia un modelo de servicios psiquiátricos ofrecidos desde los hospitales generales y la comunidad.

En este texto pretendo mostrar que, aunque la reforma implica un paso importante para la dignificación de las comunidades con discapacidad, la reducción de estigmas para los usuarios de servicios de salud mental, y una visión holística y reintegradora de quienes padecen trastornos psiquiátricos temporales o permanentes, también deja en estado de indefensión a muchas personas que siguen requiriendo de un internamiento controlado, reduce la inversión pública en programas de salud mental, y justifica con la bandera de “libertad individual” y “autorresponsabilidad” la omisión de lo que en realidad es una obligación del Estado mexicano. Considero que la desinstitucionalización que propone la reforma es omisa en establecer los apoyos, estructurales y presupuestales, que implica la transición hacia la atención comunitaria y que tampoco considera la situación de los usuarios que hoy se encuentran internos o la de sus familiares.

Para exponer mis argumentos, primero me referiré a la transición histórica de las políticas públicas sobre salud mental, pasando de los modelos asistenciales y de asilos, a aquellos otros garantistas y de derechos humanos, para, finalmente, llegar al actual paradigma comunitario y reintegrativo de la salud mental. En segundo lugar, en lo estrictamente jurídico, expondré cuáles son los principales instrumentos internacio-

- 
- 1 La más reciente revisión en doctrina internacional sobre salud mental recomienda el uso de la voz “usuarios” en vez de “pacientes” o “enfermos mentales” trataré de usar esta acepción siempre que me sea posible.
  - 2 Entendida ésta como “el proceso por el que se pasa de mantener a las personas que sufren un trastorno mental confinadas en hospitales psiquiátricos (manicomios) a darles una atención digna e integrada en la sociedad basados en modelos teóricos de calidad de vida” Lafuente Lázaro, Sonia; Santos, Francisco, González, José et. Al, “Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. vol.27, n.22, 2007.

nales y regionales que se refieren a esta materia y luego entraré a estudiar cómo se han armonizado la legislación nacional y local en nuestro país. Finalmente, estudiaré la reforma de salud para centrarme en el proyecto de desinstitutionalización, destacando ventajas y desventajas de lo que considero serán sus efectos en el contexto nacional.

## I. HISTORIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE SALUD MENTAL

De acuerdo con Thornicroft, Graham y Tansella<sup>3</sup>, la historia de la atención de la salud mental en el siglo pasado, conforme a las naciones más desarrolladas económicamente, se puede estudiar en relación con tres períodos históricos. Un Primer Período, ubicado entre 1880 y 1950, se refiere al surgimiento y auge del asilo como institución por excelencia para la reclusión y tratamiento del enfermo mental. Un Segundo Período, que comprende de 1950 a 1980, implica el declive y eventual desaparición del asilo. Por último, un Tercer Período, que va desde 1980 hasta la actualidad representa un desarrollo de servicios de salud mental comunitarios, descentralizados y, casi en todos los casos, sin el apoyo del Estado.

### **Primer Período. El auge del asilo (1880-1950).**

Este periodo se distingue por la construcción y ampliación de los asilos como instituciones alejadas del domicilio de los pacientes. La función de los asilos era la contención custodial y la provisión de necesidades básicas para la supervivencia de personas con una amplia gama de anomalías y trastornos clínicos y sociales. Los asilos en este periodo actuaron principalmente como depositarios de aquellos individuos considerados intratables o socialmente desviados.

La elección de sitios remotos para la edificación de los asilos se ajustaba tanto a la necesidad de eliminar la amenaza percibida para la seguridad pública, como por los puntos de vista imperantes de la época, sobre la higiene mental que sugerían “la vida campestre para la revitalización de los enfermos”. Sin embargo, una consecuencia secundaria de esta elección geográfica fue la segregación profesional de psiquiatras y enfermeras del cuerpo principal de la práctica clínica, así como de los centros de formación profesional situados en los hospitales universitarios metropolitanos.

Para explicar el auge de los asilos, hay que identificar tres consideraciones centrales: clínicas, humanitarias y económicas. Así, por ejemplo, sobre la primera consideración, en 1842, los nuevos Comisionados nombrados conforme con la Ley de Pobres de Inglaterra señalaban que “debe recordarse que, con los locos, el primer objeto debe ser su curación por medio del adecuado tratamiento médico.” (Poor Law Commission, 1842). Las consideraciones humanitarias, por su parte, permitieron que diversas ramas de las principales iglesias, tanto en Europa como en América, consiguieran apoyo social

3 Thornicroft, Graham, and Michele Tansella. *Better Mental Health Care*, Cambridge University Press, 2008.

y financiamiento económico para construir asilos a fin de proteger a “los menos afortunados ante los ojos de Dios”. Sobre la consideración económica, en 1838 Eduardo Gulson, Comisionado Asistente de la Ley de Pobres, recomendó transferir el cuidado de los “lunáticos” de las instituciones penitenciarias a los asilos de pobres del condado ya que esto implicaría que “se mantendrían con la mitad o un tercio de los gastos que ahora estaban generando para las arcas del rey”. De esta manera, un encadenamiento práctico y utilitario de las consideraciones clínicas, morales y financieras llevaron al auge, crecimiento y proliferación de los asilos a finales del Siglo XIX y principios del XX.

Aunque Thornicroft sugiere la anterior delimitación periódica, hay casos dónde la división no fue tan clara y en los que, de hecho, se retienen o retoman instituciones de periodos anteriores como el asilo. En Japón, por ejemplo, el número de camas en asilos psiquiátricos en 1960 era 95,067, pero este número aumentó a 172,950 en 1965 e incluso, tan recientemente como 1993, había 1672 hospitales psiquiátricos que contenían 362,963 camas; un grado de hospitalización muy superior al que existe en la mayoría de las naciones económicamente desarrolladas<sup>4</sup>.

### **Segundo Periodo. El declive del asilo (1950-1980).**

A pesar del auge del asilo, la segunda mitad del Siglo XX implicaría su declive a partir del concepto de “desinstitucionalización”. Este nuevo concepto, popular hasta nuestros días, y uno de los elementos más importantes de la Reforma a la Ley General de Salud de este año, se basa en varios cambios sociológicos, farmacológicos, administrativos y legales<sup>5</sup>.

Sobre estos primeros cambios hay que señalar que desde mediados de 1950, surge una perspectiva sociológica que criticaba los efectos nocivos de la estancia prolongada en las grandes instituciones psiquiátricas. Los psiquiatras Wing y Brown señalaron que el “institucionalismo”, como política pública de contención y reclusión en la salud mental, afectaba de forma particularmente grave a los pacientes crónicos, y tras hacer un estudio longitudinal respecto de pacientes de larga estancia en tres hospitales británicos, concluyeron que “las condiciones sociales en las que vive un paciente (particularmente la pobreza del entorno social) son en realidad responsables de parte de su sintomatología (particularmente los síntomas negativos)”<sup>6</sup>. Para estos autores, los asilos no podían curar a los enfermos porque la enfermedad estaba en la sociedad que los había alienado y sólo reintegrándose a esa sociedad podrían encontrar una verdadera cura.

4 Omata W. [*The origin of mental hospitals in Japan and its typological classification*]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003;105(2):200-6.

5 Shorter E. *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1997.

6 Wing JK and Brown G. *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press; 1970.

Por otro lado, los tipos de tratamiento farmacológico también estaban cambiando rápidamente. Dentro de los tres años siguientes a la formulación, registro y autorización de la clorpromazina en 1952, su uso como agente antipsicótico se fue generalizando e implicó una reducción de un número importante de pacientes en todos los hospitales del mundo<sup>7</sup>. El inicio de la prevalencia farmacológica para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos podría ubicarse en estos años con efectos patentes para la psiquiatría hasta la actualidad.

Los cambios administrativos y legales en las políticas de salud pública también fueron especialmente importantes para acelerar el declive de los asilos psiquiátricos. En los Estados Unidos, por ejemplo, la introducción de Medicaid en la década de 1960 promovió la transferencia de la responsabilidad operativa y financiamiento de los programas de salud mental de la Federación a cada uno de los estados de la Unión Americana. Conforme con ello, la “desinstitucionalización”, aunque había sido formulada y promovida por distintos académicos y activistas en el campo de la salud mental, ahora, por su posibilidad de abatir (o evadir) costos fue reapropiada por la administración del presidente Gerald Ford. En 1975, el entonces Director del Instituto Nacional de Salud Mental describió tres componentes esenciales para un nuevo enfoque “desinstitucionalizado” de protección a la de salud mental: i) la prevención de admisiones incorrectas en hospitales psiquiátricos a través de la provisión de instalaciones comunitarias; ii) la reinserción a la comunidad de todos los pacientes que han recibido una preparación adecuada; y iii) el establecimiento y mantenimiento de los sistemas comunitarios de apoyo a los pacientes no institucionalizados.<sup>8</sup>

El anterior momento fue un punto de inflexión para la atención comunitaria de la salud mental y, como ocurre en muchos temas de políticas públicas y programas de bienestar social, una vez que EE. UU. puso el ejemplo, varios países europeos primero (como Italia y Francia) y latinoamericanos después (como Argentina y poco a poco, México), empezaron a restar la hegemonía a los asilos como institución omnímoda para la reclusión y tratamiento de pacientes psiquiátricos. Aunque, como explicaré más adelante, la transición al modelo comunitario fue desigual y con avances y retrocesos en cada país, no hace falta decir que el motor de ese cambio obedeció principalmente a razones económicas más que a la apertura y experimentación con otros tratamientos de reintegración social.

### **Tercer Periodo. Desarrollo de la atención comunitaria (desde 1980).**

Aunque el antecedente más remoto para la atención comunitaria de la salud mental se encuentra en la administración Kennedy, no es sino hasta que, con los movimientos sociales de finales de los años 70s que buscaban la rehabilitación de personas con en-

7 Jones K. *A History of Mental Health Services*. London: Routledge and Kegan Paul; 1972.

8 Bachrach L. *Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective*. Rockville, MD: US Department of Health, Education and Welfare; 1976.

fermedades mentales graves, se promulga la Ley de Sistemas de Salud Mental durante el gobierno del presidente Jimmy Carter. La Ley financió los sistemas comunitarios de apoyo a la salud mental que coordinarían la atención general de la salud mental y los servicios de apoyo social. La Ley fue resultado de las recomendaciones del Informe de la Comisión de Salud Mental de 1978, en el cual se reconocía que las instituciones y hospitales psiquiátricos no producían resultados eficaces ni duraderos y que, por tanto, era necesario transitar a un nuevo modelo de protección de la salud mental en un entorno comunitario. Con el informe y la nueva Ley, comenzó en EE. UU. el auge de los Centros Comunitarios de Salud Mental y una nueva era para las políticas públicas sobre esta materia.

El centro comunitario de salud mental, tal como se prevé en esa Ley de Sistemas de Salud Mental<sup>9</sup>, es un programa de servicios de salud mental bajo un sistema unificado de atención con los siguientes objetivos:

- Ofrecer una completa y variada gama de servicios cerca del domicilio de los pacientes.
- Proporcionar estos servicios a todas las personas de la comunidad independientemente de su capacidad de pago.
- Permitir que un paciente se transfiera fácilmente de un tipo de servicio a otro a medida que cambien sus necesidades (continuidad de la atención).
- Fortalecer los recursos comunitarios para la prevención de enfermedades mentales.

Cada centro debe tener sus propias características, reflejando las necesidades y recursos especiales de la comunidad. Sin embargo, cuando estén completamente desarrollados, todos los centros deberán proporcionar al menos los siguientes servicios esenciales:

- Servicios para pacientes hospitalizados
- Servicios ambulatorios
- Hospitalización parcial, como atención diurna o nocturna
- Servicios de emergencia proporcionados las 24 horas del día.
- Consulta y servicios educativos disponibles para agencias comunitarias y personal profesional

Pero a pesar de lo vanguardista de este nuevo paradigma auspiciado por los demócratas Kennedy y Carter, en 1981, el presidente Ronald Reagan derogó la mayor parte de

---

9 Mental Health Systems Act (1980; 96th Congress S. 1177)

la Ley por considerar que “implicaba un costo excesivo para la Federación y que no se preveían suficientes mecanismos de supervisión”<sup>10</sup>. Desde entonces, tanto en EE. UU como en otros países europeos y latinoamericanos, el enfoque comunitario de salud mental ha reducido su subvención presupuestaria o, de plano, ha dejado de ser apoyada por el Estado<sup>11</sup>. Si bien el enfoque comunitario de la salud mental ha seguido en transformación constante desde los años 80s, han sido muy pocos los países que lo han apoyado institucional y presupuestalmente, delegando a la sociedad civil y a las organizaciones nacionales e internacionales estas responsabilidades.

Con este breve recorrido panorámico, tomando en cuenta que ni el alcance ni la extensión de este texto me permite entrar al detalle de cada uno de estos periodos, y menos de los procesos anteriores de atención a la salud mental,<sup>12</sup> lo que queda claro es que a lo largo del siglo XIX y principios del XX, los servicios de salud mental han tenido un trayecto que ha ido desplazando el centro de gravedad de los hospitales psiquiátricos a los servicios basados en la comunidad.

## II. NORMATIVIDAD INTERNACIONAL, REGIONAL Y NACIONAL SOBRE SALUD MENTAL

Aunque parezca difícil de creer, no fue sino hasta hace aproximadamente dos décadas que los derechos de las personas con alguna forma de discapacidad mental comenzaron a ser regulados a nivel internacional y considerados, propiamente, como derechos humanos<sup>13</sup>. Tradicionalmente, se interpretaba que los derechos de las personas con discapacidad mental eran protegidos en cierta medida bajo el principio general de que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, por lo que las personas con discapacidad mental “no necesitan ninguna prueba adicional para demostrar que merecen ciertos derechos.”<sup>14</sup>. No obstante, la cláusula de igualdad formal no era suficiente para lograr una equidad material, por lo que progresivamente resultó evidente que era necesario construir una protección específica y diferenciada

10 Lyon-Levine, Marta; Levine, Martín; Zusman, Jack (marzo de 1985). “Desarrollos en la Declaración de derechos de los pacientes desde la Ley de sistemas de salud mental” en *Reporte de la Ley de Discapacidad Mental y Física. Vol. 9 No. 2.*

11 Este punto será relevante de recordar cuando analice la propuesta comunitaria de la reforma de salud mental en México, ya que, como explicaré más adelante, no se prevé un financiamiento o apoyo por parte del Gobierno Federal o los Gobiernos Estatales para el desarrollo de este tipo de programas.

12 Desde la famosa Nave de los Locos que describe Foucault en su “Historia de la locura en la época clásica”; las persecuciones de personas con enfermedades psiquiátricas por acusarlas de hechicería que se describen en el *Malleus Maleficarum*; o el internamiento de personas con discapacidad mental al lado de personas con enfermedades contagiosas e incurables o de criminales de alto riesgo conforme a la criminalística organicista del siglo XIX, hay mucho y muy bien escrito sobre estos temas.

13 Perlin, Michael and Szeli, Eva ‘Mental Health Law and Human Rights: Evolution and Contemporary Challenges’, disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/300109155\\_Mental\\_Health\\_Law\\_and\\_Human\\_Rights](https://www.researchgate.net/publication/300109155_Mental_Health_Law_and_Human_Rights)

14 Arena Ventura, Carla, *International Law, Mental Health and Human Rights* disponible en: <https://humanrights.nd.edu/assets/134859/venturamentalhealth.pdf>.

para proteger el derecho a la salud mental por sí mismo. Consecuente con lo anterior comenzó a generarse un desarrollo convencional, normativo y jurisprudencial en el sistema internacional que dio lugar a los principales instrumentos internacionales sobre derechos humanos que inciden directamente en el tema de la salud mental.

### **Instrumentos internacionales sobre los derechos de salud mental**

Considero que los principales instrumentos del sistema internacional sobre la materia son los siguientes:

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, 1948),
2. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR, 1966),
3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR, 1966)
4. Declaración sobre los Derechos del Retrasado Mental (sic) (Resolución 26/2856, 1971).
5. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. (AG.46/119, Principios de Salud Mental, 1991).
6. Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (AG.48/96, PCD, 1993).
7. Guías de la OMS para la Promoción de los Derechos de las Personas con Trastornos Mentales (OMS, 1996)
8. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD, 2006).

Los tres primeros instrumentos conforman lo que comúnmente se conoce como la “Carta Internacional de Derechos Humanos”<sup>15</sup>. Estos instrumentos fijaron estándares fundamentales para la interpretación, protección, defensa y en general establecieron un marco de derechos humanos para todas las naciones miembros de la ONU. Aunque la DUDH no es formalmente vinculante, y que ni el ICCPR ni el ICESCR brindan protección específica a las personas con discapacidad mental, no obstante esa limitante, sí establecen principios fundamentales para salvaguardar y promover estos derechos en su relación con los más clásicos derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales.

Por ejemplo, según las disposiciones del ICCPR, las personas con discapacidad mental pueden abogar por un trato más humano y condiciones especiales de confinamiento

---

15 International Bill of Rights.



cuando son internados en una institución psiquiátrica<sup>16</sup>. El ICESCR por su parte es el primero en desarrollar la protección a la salud como obligación del Estado incluido el deber (de acuerdo con su artículo 12) de garantizar el derecho al “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Además, de acuerdo con la Observación General 5 del Comité del ICESCR de 1996, las disposiciones del artículo 12 se interpretan como expresamente aplicables a las personas con discapacidad mental y física.

Sin embargo, algunos académicos han argumentado que estos instrumentos carecen de disposiciones específicas para las personas con discapacidad mental, lo que perjudica su aplicación práctica. Theresa Degener, académica y activista sobre discapacidad ha opinado en este sentido que:

“Los borradores de la Carta Internacional de Derechos Humanos no incluían a las personas con discapacidad como un grupo distinto vulnerable a las violaciones de derechos humanos. Ninguna de las cláusulas de igualdad de ninguno de los tres instrumentos de este Proyecto de Ley... menciona la discapacidad como categoría protegida.”<sup>17</sup>

Algunos juristas incluso han argumentado que estos instrumentos internacionales excluían a las personas con discapacidad mental de su protección. Clarence Sundram por ejemplo, sostiene que:

“El reconocimiento genérico de los derechos humanos no ha sido suficiente para reunir a las personas con discapacidad mental porque ha habido una larga historia en la sociedad de considerarlos como una clase separada, con derechos separados y restringidos. Peor aún, los abusos a los que han estado expuestas las personas con discapacidad mental generalmente no han sido reconocidos como violaciones de los derechos humanos, ni siquiera por las organizaciones que se dedican al trabajo con estos derechos”<sup>18</sup>.

Sin embargo, la exclusión de los derechos de salud mental de la corriente principal del derecho internacional comenzó a abordarse en las dos últimas décadas del siglo XX. La percepción de que el derecho a la salud mental no era un derecho específico dentro de la categoría de los derechos humanos fue cambiando como resultado de un gran movimiento y enormes esfuerzos por parte de muchos actores participantes. Después de estos esfuerzos, muchas personas comenzaron a comprender cuán interconectadas estaban realmente las leyes de derechos humanos y las leyes de salud mental porque: (1) la política de salud mental afecta los derechos humanos; (2) las violaciones de los

16 Cameron, Jasmine, “Mental Health Law: International Legal Standards and Human Rights”, *Legal Dialogue*, October, 2017. Disponible en: <https://legal-dialogue.org/mental-health-law>

17 Theresa Degener, *International Disability Law - A New Legal Subject on the Rise*: 18 BERKELEY J. INTL. L. 180, 187 (2000).

18 CJ Sundram, “Lost in the Shadows: Willowbrook and the Era of Institutionalization” (presentation paper) *Fulfilling the Promise*, Albany Law School, Marzo 22, 2013, 4, disponible en: [http://webjcli.org/article/view/367/470#\\_ftn74](http://webjcli.org/article/view/367/470#_ftn74)

derechos humanos afectan la salud mental; y (3) la promoción positiva tanto de la salud mental como de los derechos humanos se refuerzan mutuamente<sup>19</sup>.

Tras la Carta Internacional de Derechos Humanos, hubo varios instrumentos relacionados con la salud mental que, si bien no fueron legalmente vinculantes, fueron adoptados por la ONU y varios de sus Estados miembros en la década de 1970. Dentro de ese periodo destaca la Declaración sobre los derechos de las personas con retraso mental (sic)<sup>20</sup> de 1971 que sirvió como una primera guía para las buenas prácticas en el área de la salud mental comunitaria.

En la década de 1980, ocurrieron varios eventos en el desarrollo del sistema internacional de estándares de salud mental, incluido el anuncio de las Naciones Unidas de 1981 como el Año Internacional de las Personas con Discapacidad, el Programa de Acción Mundial de las Naciones Unidas para las Personas con Discapacidad en 1983 y la declaración del Decenio de las Personas con Discapacidad en 1992<sup>21</sup>.

Paralelamente, en la década de 1990 se estaban llevando a cabo otras iniciativas, incluida la adopción por la Asamblea General de las Naciones Unidas de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios MI por sus siglas en inglés). Algunos académicos caracterizaron los Principios de MI como “los estándares internacionales de derechos humanos más completos para las personas con discapacidades mentales, y su adopción fue un paso global fundamental para reconocer los problemas de los derechos de las personas con discapacidad mental dentro del ámbito de los derechos humanos”<sup>22</sup>. Específicamente, los Principios de MI proponían un enfoque más humano, menos restrictivo y más individualizado hacia las personas con discapacidad mental, y establecían que sus tratamientos debían realizarse bajo la autoridad independiente e imparcial de tribunales de salud mental de cada institución médica<sup>23</sup>. Los Principios MI, sin embargo, aún reflejaban las antiguas prácticas sin el “consentimiento informado” y permitían el tratamiento médico involuntario cuando se consideraba que una persona carecía de la capacidad de decidir por sí misma<sup>24</sup>.

19 Gostin, Lawrence, *The Human rights of person with Mental Disabilities: A Global prospective on the Application of Human rights Principles to Mental Health*. p. 27, disponible en: <http://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1088&context=facpub>

20 Más adelante este término fue sustituido por el más adecuado de discapacidad mental.

21 United Nations, *10th anniversary of the adoption of Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*, disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/the-10th-anniversary-of-the-adoption-of-convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpdc-rpd-10.html>

22 Perlin, Michael and Szeli, Eva, *Mental Health Law and Human Rights: Evolution and Contemporary Challenges*, p. 16. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/300109155\\_Mental\\_Health\\_Law\\_and\\_Human\\_Rights](https://www.researchgate.net/publication/300109155_Mental_Health_Law_and_Human_Rights).

23 CJ Sundram, *Op. Cit.*

24 *Ídem.*

Otros documentos que en la década de 1990 sirvieron como referencia interpretativa, pero no fueron jurídicamente vinculantes, incluyen a las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1993) y las Guías de la OMS con Diez principios básicos y Directrices para la promoción de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales (1996).

Finalmente, en 2001 la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció un Comité Ad Hoc “para considerar propuestas para una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad.”<sup>25</sup> El Comité incluyó a más de 40 representantes de diferentes países y más de 400 representantes de diversas ONGs<sup>26</sup>. Estas organizaciones adoptaron el lema “nada sobre nosotros sin nosotros”, y sus contribuciones basadas en experiencias personales de vida con discapacidad hicieron que este proceso fuera mucho más importante. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad fue el resultado de cinco años de trabajo y ocho sesiones del Comité<sup>27</sup>.

En este orden de ideas, el 13 de diciembre de 2006, la Asamblea General de la ONU adoptó el principal instrumento internacional para proteger los derechos de las personas con discapacidad: la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) junto con su Protocolo Facultativo. Si bien los instrumentos, declaraciones, documentos y otras iniciativas anteriores habían establecido fundamentos y una cobertura general para las personas con discapacidad mental, la CRPD fue el principal instrumento integral que estableció estándares legales internacionales para la protección específica de los derechos de las personas con discapacidad como un grupo vulnerable definido; además, a diferencia de otros instrumentos, la CRPD sí es jurídicamente vinculante. No sólo eso, sino que después de que la CRPD se abriera a la firma el 30 de marzo de 2007, se convirtió en el tratado internacional ratificado más rápidamente en la historia. A partir del 11 de septiembre de 2017, 174 estados y la Unión Europea ratificaron la Convención, lo que representa el 89% de los Estados miembros de las Naciones Unidas permitiendo que ésta entrara en vigor el 3 de mayo de 2008<sup>28</sup>.

La CRPD establece un marco internacional integral para guiar la elaboración de leyes y políticas nacionales con el objetivo final de construir una sociedad inclusiva para las personas con discapacidad, incluidas aquellas con alguna forma de discapacidad mental. La Convención también establece el Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad al cual los Estados Parte deben infor-

25 Comprehensive and Integral Convention to Promote and Protect the Rights and Dignity of Persons with Disabilities, G.A. Res. 168, U.N. GAOR, 56th Sess., 88th plen. mtg., U.N. Doc. A/56/583/Add.2 (2001).

26 UN, *10th anniversary... Op. Cit.*

27 Arlene S. Kantor, *The promise and challenge of the disability convention*, p. 308, disponible en: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2109836](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2109836)

28 UN, *10th anniversary... Op. Cit.*

mar periódicamente su progreso en la implementación de la Convención. Fundamentalmente, el Artículo 33 de la Convención requiere que los gobiernos garanticen que los representantes de la sociedad civil, en particular las personas con discapacidad y sus organizaciones representativas, participen plenamente en el seguimiento de la implementación de la Convención. Asimismo, para los Estados que hayan ratificado el protocolo facultativo, las personas que se consideren víctimas de violaciones a la Convención pueden presentar denuncias formales<sup>29</sup>.

Si bien la CRPD se consideró un “cambio de paradigma” en las actitudes y enfoques hacia las personas con discapacidad, el trabajo de inclusión más importante probablemente se hace en los instrumentos regionales y en las normas nacionales que implementan los estándares establecidos por la CRPD. Son estas normas regionales, más próximas e individualizadas, las que inciden en la vida cotidiana de las personas con discapacidad y en las sociedades en su conjunto.

### **Instrumentos regionales sobre los derechos de salud mental**

Considero que los principales instrumentos regionales para Latinoamérica sobre la materia son los siguientes:

1. Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1991).
2. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (OEA, 1996).
3. Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental (CIDH, 2001).
4. Resolución cd47.r1 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La discapacidad: Prevención y Rehabilitación en el Contexto del Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental y Otros Derechos Relacionados (OPS, 2006).
5. Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 (OPS, 2015)

En América Latina la introducción de la Declaración de Caracas de 1990 significó el inicio de un proceso de reforma de la atención psiquiátrica y marcó un hito en la región al señalar que “la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios”<sup>30</sup>. La propuesta de la Convención es reemplazar el viejo

---

29 *Ídem.*

30 Declaración de Caracas. Párr.2.

modelo hospitalocéntrico de la psiquiatría, concentrado en la atención hospitalaria del paciente con enfermedades mentales, por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y con enfoque comunitario y de protección a los derechos humanos<sup>31</sup>.

El nuevo modelo comunitario y social que promueve la Declaración, en el que todos los servicios deben prestarse integrados y basados en la comunidad, permite un acercamiento distinto a la discapacidad mental que corresponde al modelo del Tercer Periodo que describí en la sección anterior. La Declaración de Caracas exhorta también a que tanto la sociedad civil como las autoridades sanitarias, el personal médico y administrativo y los legisladores promuevan y protejan los derechos de las personas con discapacidad mental en el marco internacionalmente acordado, y que busquen la reestructuración de la atención psiquiátrica existente.<sup>32</sup>

Por su parte, la Convención Interamericana recoge los principios del modelo comunitario de la Declaración de Caracas al incluir en su artículo 1 la discapacidad mental y establecer, en su artículo 2, la obligación de que los Estados adopten "...a) Medidas para eliminar progresivamente la discriminación y promover la integración por parte de las autoridades gubernamentales y/o entidades privadas en la prestación o suministro de bienes, servicios, instalaciones, programas y actividades, tales como el empleo, el transporte, las comunicaciones, la vivienda, la recreación, la educación, el deporte, el acceso a la justicia y los servicios policiales, y las actividades políticas y de administración."<sup>33</sup>

Aún más específicamente, la Recomendación de la CIDH de 2001, en su numeral 4 recomienda:

"...4. Promover e implementar a través de legislación y planes nacionales de salud mental la organización de servicios comunitarios de salud mental cuyos objetivos sean la plena integración de las personas con discapacidad mental en la sociedad y la participación de organizaciones profesionales, asociaciones de usuarios y familiares, sus amistades, organizaciones de asistencia social y otros miembros de la comunidad en la rehabilitación del paciente mental..."<sup>34</sup>

El antecitado objetivo también se identifica en la Resolución cd47.r1 de la OPS, ya que en su inciso e) insta a los Estados a que: "promuevan la creación de programas y

- 
- 31 Muñoz, L. F., Muñoz, C. X., & Uribe, J. M. (2020). "La rehabilitación psicosocial en Colombia: la utopía que nos invita a seguir caminando". *Avances En Psicología Latinoamericana*, 38(3). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8547>
- 32 Torres Lagarde, Mercedes, "Desarrollo de estándares internacionales en materia de salud mental", *Opinión y Debate*, CIDH, Número 11-noviembre 2010.
- 33 Artículos 1 y 2 de la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (OEA, 1996).
- 34 Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental (CIDH, 2001).

estrategias comunitarias de rehabilitación con la participación de las organizaciones de personas con discapacidades que estén vinculadas a la atención de salud en sus diferentes niveles e integradas en el sistema de salud”<sup>35</sup>.

Finalmente, en este mismo sentido, se mantuvo el Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 que establece como principio que “no hay salud sin salud mental” y empieza por reconocer que:

“La organización de los servicios de salud mental no es uniforme en América Latina y el Caribe. Algunos países han implementado soluciones innovadoras basadas en la comunidad. Muchos otros aún tienen un sistema altamente centralizado, donde la respuesta a los problemas de las personas con trastornos mentales y trastornos por alcohol u otras sustancias se concentra en hospitales psiquiátricos, con escaso o nulo desarrollo de servicios de salud a nivel primario o secundario. En ALC, el 86,6% de las camas psiquiátricas se encuentran en hospitales psiquiátricos, el 10,6% en hospitales generales y solo el 2,7% en residencias comunitarias”<sup>36</sup>.

Por lo anterior, el Plan establece como una de sus principales líneas de acción: “mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental y de atención de los trastornos relacionados con sustancias psicoactivas, para brindar una atención integral y de calidad en entornos comunitarios.” El Plan dedica 11 puntos de sus recomendaciones para desarrollar y hacer efectiva esa línea de acción específica, y considera inevitable y muy necesaria la transición del modelo del hospital psiquiátrico monoespecializado a un modelo descentralizado, comunitario y compartido con otros servicios de salud.

Resulta evidente conforme a los instrumentos antes citados que en Latinoamérica el paradigma comunitario que identifiqué en el Tercer Periodo histórico, ha sido un objetivo pendiente por realizarse. Empero, como veremos en la siguiente sección, aunque este objetivo es encomiable, en México puede implicar indeseables efectos secundarios si no se comprende toda su complejidad.

## **Regulación nacional sobre el Derecho a la Salud Mental**

Tanto los instrumentos internacionales como los regionales referidos en la sección anterior reconocen que resulta fundamental incluir los principios, estrategias y mecanismos para hacer efectivos los derechos a la salud mental en las normas nacionales de los Estados Parte.

35 Resolución cd47.r1 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La discapacidad: Prevención y Rehabilitación en el Contexto del Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental y Otros Derechos Relacionados (OPS, 2006).

36 Punto 16 del Plan de Acción sobre Salud Mental (OMS/OPS, 2015)

En nuestro país, además de la obligatoriedad de los instrumentos internacionales de derechos humanos de acuerdo con el control de convencionalidad, la protección a la salud mental comienza a ser regulada a partir del derecho a la salud contenido en el artículo 4 constitucional que en su cuarto párrafo indica:

“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. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.”

Conforme con lo anterior, la CPEUM no distingue una categoría específica para la salud mental dentro del derecho a la salud. La constitución, al tener una vocación general, delega esa tarea a la Ley (o leyes) para definir bases, modalidades, competencias y posibles concurrencias sobre el tema de la protección a la salud. La Ley a la que hace referencia el párrafo cuarto es, precisamente, la Ley General de Salud, publicada originalmente el 7 de febrero de 1984, pero que hasta 2013, estableció el concepto integral de salud. Este cambio conceptual quedó plasmado en el reformado artículo 72 de la Ley en cita, que señala: “Para los efectos de esta Ley, se entiende 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”.

Todavía más, de conformidad con los instrumentos regionales, en el último párrafo de ese artículo 72, se agregó 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”. Sin embargo, en la práctica, este enfoque no se materializó ya que no tuvo desarrollo en leyes o reglamentos específicos, lo cual generó que desde el 2013 y hasta la fecha, activistas, académicos y usuarios de los servicios de salud mental hayan pugnado por una protección específica para la salud mental, defendiendo varios de ellos, el enfoque comunitario.

Hasta el día de hoy, en México no existe una ley general de salud mental, pero sí existen algunas leyes locales que se refieren a la materia. De las 32 entidades del país, sólo 14 cuentan con una Ley de Salud Mental (es decir, el 43.8%): Baja California, Campeche, Chihuahua, Ciudad de México, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Yucatán y Zacatecas. La Ciudad de México y Morelos publicaron sus leyes en febrero y octubre de 2011, respectivamente. La mitad de las leyes fueron publicadas en 2018 y el resto entre 2011 y 2017<sup>37</sup>.

37 Valdez-Santiago R, Marín-Mendoza E, Torres-Falcón M. “Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México”. *Salud Pública Mex.* 2021; 63:554-564, p. 560.

Las leyes estatales de salud mental retoman la definición de salud mental del artículo 72 de la LGS; sin embargo, en algunos casos se identifican variantes con especificaciones, como “el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona”. Los estados de Jalisco y Sonora retoman otras definiciones que comparten similitudes, al señalar que es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva o fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Esta definición es similar a la planteada por el estado de Veracruz en su Ley de Salud<sup>38</sup>.

A la falta de una Ley General de Salud Mental, hay que agregar que no existe un ordenamiento de carácter federal que sirva de guía y ofrezca directrices a los Estados para armonizar la legislación sobre salud mental en los componentes que señala la OMS<sup>39</sup>, a saber: a) organización de servicios; b) recursos humanos; c) participación de usuarios y sus familias; d) abogacía, defensa y promoción; e) protección de derechos humanos; e) igualdad de acceso a los servicios de salud mental; f) financiamiento; g) mejora de calidad; y f) sistemas de evaluación<sup>40</sup>.

### III. LA REFORMA SOBRE SALUD MENTAL A LA LEY GENERAL DE SALUD (2022)

La falta de conceptos unificados y protecciones consensuadas para los derechos relacionados con la salud mental, fue el punto de partida para que académicos y grupos de la sociedad civil pugnarán por una transformación respecto de la protección, defensa y promoción de la salud mental en la Ley. Desde la anterior reforma a la Ley en 2013, se multiplicaron reclamos sobre los internamientos involuntarios, la falta de reconocimiento de capacidad jurídica, la aplicación de terapias y tratamientos farmacológicos invasivos e incapacitantes sin la voluntad del usuario y la falta de atención a las familias y comunidades a las que pertenecían las personas con trastornos o discapacidades mentales.

38 *Ídem.*

39 Sin embargo, el Consejo Nacional de Salud Mental (Consame), creado en 2004, es un órgano de coordinación nacional que tiene entre sus funciones proponer, supervisar y evaluar la política y estrategias nacionales para atender la salud mental. El Consame, además, propone programas de prevención, atención y rehabilitación y celebra acuerdos y convenios con los gobiernos estatales para atender problemas específicos en el campo de la salud mental. Sin embargo, de acuerdo con el estudio de Valdéz, Marín y Torres, actualmente, sólo 13 entidades federativas tienen prevista la creación de tales consejos: Baja California, Chihuahua, CDMX, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Yucatán y Zacatecas.

40 World Health Organization. *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems WHO-AIMS Version 2.2*. Ginebra: OMS, 2005. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=445:2008-hoaims-general-information&Itemid=40615&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=445:2008-hoaims-general-information&Itemid=40615&lang=es)



De esta manera, y aunque hubo casi una decena de proyectos legislativos desde el 2013 por parte de diversas organizaciones de la sociedad civil, partidos políticos y autoridades federales y locales de instancias de salud, fue apenas el pasado 16 de mayo de 2022 cuando se aprobó una reforma a la LGS denominada “sobre salud mental” que pretende resolver los anteriores reclamos.

La reforma modificó los artículos 72, 73, actual primer párrafo y las fracciones I, II, III, IV, V, VII, VIII y actual IX; 74; actual 74 Bis, 75; 76, primer párrafo; y 77; adicionó los párrafos tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo, octavo, noveno y décimo al artículo 51 Bis 2; el artículo 72 Bis; el artículo 72 Ter; un primer párrafo, recorriéndose el actual, y las fracciones IX, X y XI, recorriéndose la actual IX en su orden, al artículo 73; 73 Bis; 73 Ter; 74 Ter; 75 Bis y 75 Ter; finalmente, derogó la fracción V Bis del artículo 73; el Capítulo I del Título Décimo Primero y el artículo 184 Bis de la Ley General de Salud.

En la reforma, identifiqué 5 ejes principales, que siguiendo el orden topográfico del articulado considero que son: a) La eliminación de los internamientos involuntarios para los usuarios de servicios de salud mental y el requerimiento del consentimiento informado en todos los casos, b) La definición amplia, integrativa, comunitaria e integral de salud mental tanto como política pública como estándar de apreciación normativa, c) La fusión de las áreas de salud mental y adicciones, d) La desinstitucionalización, reducción y eventual eliminación de los hospitales psiquiátricos y la transición hacia un modelo de servicios psiquiátricos desde los hospitales generales y la comunidad, e) La atención de los familiares y el círculo social cercano de las personas que experimentan dificultades psicoemocionales o condiciones de salud mental.

Aunque cada uno de estos ejes merecería analizarse a profundidad, yo quiero centrarme en la desinstitucionalización, reducción y eventual eliminación de los hospitales psiquiátricos para implementar en su lugar el modelo comunitario en México. Los artículos y modificaciones relevantes sobre el particular incluyen menciones específicas al nuevo enfoque comunitario en el artículo 72 Bis, el cual indica que:

“El propósito último de los servicios de salud mental es la recuperación y el bienestar, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.....*La atención a la salud mental deberá brindarse con un enfoque comunitario*, de recuperación y con estricto respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios, en apego a los principios de interculturalidad, interdisciplinariedad, integralidad, intersectorialidad, perspectiva de género y participación social”.

Así como en el artículo 73 que establece que:

“*Los servicios y programas en materia de salud mental y adicciones deberán privilegiar la atención comunitaria*, integral, interdisciplinaria, intercultural, intersectorial, con perspectiva de género y participativa de las personas desde el primer nivel de atención y los hospitales generales...”

Pero cualquier posibilidad de duda sobre la obligatoriedad de este nuevo enfoque sobre las políticas públicas de salud mental, se resuelve con el nuevo artículo 74 que dispone que:

*“Para garantizar el acceso y continuidad de la atención de la salud mental y adicciones, se deberá de disponer de establecimientos ambulatorios de atención primaria y servicios de psiquiatría en hospitales generales, hospitales regionales de alta especialidad e institutos nacionales de salud.”*

Aún más contundente, cuando deja en claro que no sólo se trata de una complementariedad de modelos sino de la elección de uno sobre otro, continúa en su redacción:

*“Asimismo, para eliminar el modelo psiquiátrico asilar, no se deberán construir más hospitales monoespecializados en psiquiatría; y los actuales hospitales psiquiátricos deberán, progresivamente, convertirse en centros ambulatorios o en hospitales generales dentro de la red integrada de servicios de salud.”*

Aunque pudiera criticarse en estricta técnica legislativa el incluir argumentos técnicos en una norma general (el referirse a modelos psiquiátricos), no es por mucho el único ejemplo en nuestro corpus normativo nacional. Lo que sí resulta preocupante es que ni en los artículos anteriores ni en otra parte de la reforma, ni siquiera en los artículos transitorios, se especifica la manera en que se llevará a cabo la desinstitucionalización e implementación del modelo comunitario.

Si bien de manera genérica y por fórmula, se especifica en el Segundo Transitorio que “Para la ejecución y cumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente Decreto, se realizarán de forma gradual y progresiva (sic.) en los tres niveles de atención, considerando los recursos disponibles”; en el Tercero Transitorio que “El Ejecutivo Federal tendrá un plazo no mayor a 180 días naturales a partir de la entrada en vigor del presente Decreto para emitir las disposiciones reglamentarias que permitan proveer en la esfera administrativa lo previsto en el presente Decreto y actualizar las ya existentes con el fin de su armonización incluidas las normas oficiales mexicanas en la materia.”; y en el Cuarto Transitorio que “Las erogaciones que se generen con motivo de la entrada en vigor del presente Decreto, se realizarán con cargo al presupuesto autorizado de los ejecutores de gasto correspondientes”; ni las reglas para la “transformación gradual”, ni las disposiciones reglamentarias, ni las presupuestarias han sido emitidas o siquiera especificadas a la fecha en que escribo este texto (habiéndose cumplido con ventaja los 180 días que establece la reforma).

Desde luego, podríamos concluir que se trata de una norma imperfecta o de un producto legislativo para justificar el trabajo de los representantes que buscan reelegirse o conseguir votos para su partido; al final de cuentas, no sería ni la primera ni la única de este tipo de reformas. El problema que identifiqué no es el de “otra norma de papel” que se convertirá en programática en el mejor de los casos o en letra muerta en el peor de los mismos, lo peor no es que “al final no pase nada”, sino que la reforma y su proyecto

de desinstitucionalización, así cómo está propuesto, sí se intente implementar en los términos (y vaguedades) actuales.

Como expuse en la primera sección de este texto, la historia de los modelos de atención a la salud mental se escribe desde los países industrializados, económicamente estables, con niveles de desigualdad controlados y con una relativa activa participación política por parte de la sociedad civil. No es casual que estos modelos y paradigmas se establezcan desde los centros hegemónicos hacia las periferias, ni tampoco que las transiciones se iniciaran voluntaria y experimentalmente en países como EE. UU., Inglaterra, Francia o Alemania, pero se impusieran, ya sea como resultado del colonialismo abierto o del imperialismo camuflado, en países en vías de desarrollo.

Desde luego, por vía de investigaciones y reportes serios de violaciones a los derechos humanos en hospitales psiquiátricos, tanto a nivel internacional<sup>41</sup> como nacional,<sup>42</sup> parecería evidente que la transición de los institutos o asilos psiquiátricos a los servicios comunitarios y descentralizados no sólo sería razonable, sino urgente. Sin embargo, para que exista una desinstitucionalización efectiva primero hay que garantizar que sea posible, entendiendo por ello no sólo la voluntad política, sino las condiciones de infraestructura, presupuesto y cultura cívica para que pueda llevarse a cabo. No sólo eso, sino que contrario al slogan de los primeros activistas sobre la discapacidad “nada sobre nosotros sin nosotros”, la reforma y su proyecto de desinstitucionalización no toma en cuenta a un importante grupo de sus pretendidos beneficiarios o sus familias.

Tanto en nuestro país como en muchos otros se ha señalado que es necesario acabar con los asilos psiquiátricos para que sus usuarios puedan ser mejor atendidos por sus familias y sus comunidades: ¡Nunca más la tiranía del manicomio cuando está el cariño y la atención de la gente más cercana al enfermo! Lo que este mensaje no tiene en cuenta es que un alto porcentaje de las personas con discapacidad mental que se encuentran internadas en los centros psiquiátricos del país fueron puestos ahí precisamente por sus familiares, o que sus comunidades se encargaron de internarlos cuando no pudieron hacer una denuncia penal para su encarcelamiento en el sistema penitenciario.

La romantización del apoyo familiar y comunitario no es otra cosa sino una manifestación específica del modelo residual del Estado moderno conocido como “familismo”. Según este constructo, “los servicios sociales forman una red de seguridad y sólo cuando los canales “naturales” del bienestar —el mercado privado, *la comunidad y la familia*— se rompen “puede entrar en juego el bienestar social proporcionado por el Estado, e incluso en ese supuesto sólo debe hacerlo temporalmente”<sup>43</sup>. Cómo lo señala

41 Human Rights Watch, *Living in Chains: Shackling of People with Psychosocial Disabilities Worldwide*, 2020.

42 Documenta, *¿Por razón necesaria? Violaciones a los derechos humanos en los servicios de atención a la salud mental en México*, México 2020.

43 Titmuss, Richard, “Social Policy” en: Stephan Leibfried and Steffen Mau (Eds.), *Welfare States: Construction, Deconstruction, Reconstruction* Volume I. (Cheltenham: Edward Elgar Pub., 2008) pp. 30-31

Titmuss, el argumento del bienestar primario proporcionado por la familia y la comunidad ha sido una estrategia para adelgazar el Estado de Bienestar Social sin levantar sospechas de que la elusión de responsabilidad esté motivada por consideraciones económicas.<sup>44</sup> Conforme con esa lógica, si se deja sin protección a las personas con problemas de salud mental la responsabilidad no es del Estado, sino de las familias y comunidades que de manera egoísta dejan de ayudar a sus miembros más vulnerables.

La manipulación moralista que hace el Estado por medio del familismo no es exclusiva de México ni de los países Latinoamericanos, países con economías tan avanzadas como Corea y Japón echaron mano de este constructo para reducir su gasto público en salud y reconfigurar su participación de directores a socios y convertirse finalmente en observadores sobre las medidas de protección y seguridad social<sup>45</sup>. No sólo eso, sino que este cambio en la carga de deberes de cuidado suele afectar desproporcionadamente a las mujeres, quienes tradicionalmente han tenido que hacerse cargo de niños, ancianos y enfermos, lo cual implica barreras de participación social y económica, así como brechas de desigualdad adicionales<sup>46</sup>.

Claramente existen muchas y muy importantes ventajas de la desinstitucionalización siendo entre otras: a) igualdad de derechos con relación a la población no internada, b) cuidados y atención cerca del domicilio de los derechohabientes, c) involucramiento y participación familiar, d) reincorporación comunitaria, e) participación en el diseño e implementación de terapias y mecanismos de rehabilitación. Todos estos beneficios han sido argumentados y defendidos por activistas, familiares y usuarios de los servicios de salud mental y, en teoría, han motivado la reforma del 16 de mayo del 2022. Sin embargo, también es necesario identificar las desventajas de la desinstitucionalización, particularmente en el contexto mexicano actual, por ello a continuación detallaré las que considero más relevantes:

## **1. El financiamiento del tratamiento y rehabilitación correrá a cargo de los usuarios o sus familias.**

El pago de consultas y medicamentos psiquiátricos es particularmente oneroso cuando no se subvenciona por instituciones públicas. Medicamentos antipsicóticos, antiepilépticos y estabilizadores del ánimo llegan a costar hasta 6 veces más cuando se adquieren en farmacias particulares. Existe asimismo desabasto en muchas regiones del país debido a la centralización de medicamentos especializados en la CDMX, Guadalajara y Monterrey y un informe ha revelado que en México hay menos de 4,500 psiquiatras para atender a toda la población del país, además de que mientras que en el Estado de Jalisco

---

44 *Ídem.*

45 Ver Villaseñor Rodríguez, F. (2020). Mujeres trabajadoras en Japón: perspectivas institucionales, demográficas y jurídicas de la desigualdad laboral. *Revista Interdisciplinaria De Estudios De Género De El Colegio De México*, 6(1), 1-29.

46 Ver INMUJERES, *El trabajo de cuidados ¿responsabilidad compartida?*, México, 2017.

hay 493 médicos especialistas, en Guerrero hay solo 26 psiquiatras para todo el Estado, ejemplo que sirve para identificar la contrastante disparidad nacional<sup>47</sup>.

## **2. Algunos usuarios con padecimientos y trastornos de alto riesgo no responden al tratamiento conforme con el modelo comunitario**

El objetivo de la desinstitucionalización es eliminar la necesidad de atención diferenciada para personas con necesidades específicas a fin de reducir su segregación. Sin embargo, dentro del subgrupo de la población que padece una enfermedad o trastorno grave existe a su vez un número de individuos que no responden al tipo de tratamientos que se pueden proveer en instalaciones no monoespecializadas (hospitales de primer nivel, clínicas comunitarias o de salud familiar). Aunque en nuestro país esa estadística es difícil de determinar con exactitud, en Suecia se calculó que 1 entre cada 5 personas con trastornos graves no tendrá beneficios de este tipo de terapia<sup>48</sup>.

## **3. Requiere de vivienda especializada para muchos de los usuarios de los servicios de salud mental**

Cuando los usuarios hacen la transición de los hospitales psiquiátricos al cuidado comunitario, típicamente se requiere de una “casa de transición” o de “vivienda asistida” antes de que puedan vivir solos o mayormente por sí mismos. Este tipo de acomodo requiere de instalaciones específicas que reduzcan riesgos de recaídas y accidentes para sus habitantes, así como espacios y actividades compartidas para lograr una progresión gradual hacia la autosuficiencia. En nuestro país, dónde ni siquiera está garantizado el derecho a la vivienda para la población general, es altamente improbable que se invierta en desarrollos residenciales con tales características, lo que pone la carga de estos enfermos en los particulares. Aunque hay casas y comunidades para estos efectos, son principalmente de carácter privado, con cuotas muy elevadas o sin supervisión por parte de los gobiernos locales; incluso, lamentablemente, en muchas de éstas se han cometido abusos sistemáticos de derechos humanos y algunas son operadas actualmente por la delincuencia organizada.

## **4. Previene el tratamiento de otros problemas médicos (concomitantes y diversos)**

Un estudio reciente en EE. UU. identificó que las personas desinstitucionalizadas suelen tener problemas para comunicar otros problemas de salud que se revisaban como parte de la rutina cuando estaban hospitalizados. Conforme con la investigación, 48%

47 Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión, *La salud mental en México*, CDMX, INCYTU, no. 7, enero, 2018.

48 Arvidson, H. Ericson, B.C. (2005). “The development of psychiatric care after the mental care reform in Sweden. A case register study”. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59 (3), 186-192.

de los individuos que son dados de alta, tienen al menos otro problema médico ya sea relacionado directamente con su trastorno de internamiento, con el uso prolongado de medicamentos farmacológicos o con deficientes hábitos de salud. Los tres problemas de salud más comunes que reportan los cuidadores de personas desinstitucionalizadas son diabetes, hipertensión y artritis, además de que al menos la mitad de las personas internadas por un trastorno mental específico también tienen un problema de abuso de sustancias<sup>49</sup>. Al no tener supervisión constante y como parte del tratamiento psiquiátrico estas otras enfermedades permanecen sin detectarse y contribuyen a la estadística de la OMS según la cual las personas con trastornos de salud mental graves tienen una reducción de 10 a 25 años en su esperanza de vida<sup>50</sup>.

### **5. Falta de adhesión al tratamiento como problema para los usuarios y sus familias**

Estudios revelan que 3 de 4 de los usuarios que reciben medicamentos farmacológicos por trastornos mentales graves empiezan a incumplir con su tratamiento dentro de los 24 meses siguientes a ser transferidos a la atención mental comunitaria. Este patrón es especialmente grave en pacientes con esquizofrenia que tienen una posibilidad de recaída de por lo menos el 40%<sup>51</sup>. El problema se extiende a las familias de los afectados por estos trastornos, ya que requieren supervisar, dar seguimiento y muchas veces obligar a seguir el tratamiento incluso contra de la voluntad del paciente. Los ajustes y cambios en medicamentos una vez que se suspende el tratamiento implican costos extras, así como la necesidad de reiniciar con los procesos de habituación y permanencia en el tratamiento; uno de los efectos compuestos de las recaídas.

### **6. Tiene una correlación con el aumento en la tasa de suicidios.**

Un tercio de las personas que reciben un diagnóstico de esquizofrenia tendrán un intento de suicidio y 10% de ese número lo llevará a cabo. 15% de los individuos con un trastorno del ánimo intentará suicidarse, pero este número aumenta hasta el 42% en el caso de los pacientes desinstitucionalizados. La mayoría de las personas internadas por autolesionarse una vez, lo hará nuevamente al menos en una ocasión, y las personas que estuvieron institucionalizadas al menos una vez, tienen entre 10 y 15 veces más probabilidades de suicidarse comparadas con el resto de la población<sup>52</sup>. Estas crudas cifras implican que cuando no se puede ejercer una supervisión permanente, los desinstitucionalizados y sus familias se encuentran en una preocupación constante.

---

49 Slayter, E.M. (2010). "Disparities in Access to substance abuse treatment among people with intellectual disabilities and serious mental illness". *Health & Social Work*, 35 (1), 48-60.

50 *Ídem*.

51 Salokangas R.K. (2007) "Medical problems in shizophrenia patients living in the community". *Current Opinions in Psychiatry*, 20 (4), 402-405.

52 Yoon J, Bruckner TA. "Does deinstitutionalization increase suicide?" *Health Serv Res*. 2009 Aug;44(4):1385-405.

## 7. Aumenta la criminalidad y victimización

Aunque es uno de los aspectos más controversiales en los debates de desinstitucionalización, varios estudios apuntan a que la transición fuera de los hospitales psiquiátricos lleva a lo que Gostin llama “nuevos lugares de confinamiento”<sup>53</sup>. En efecto, aunque muchos de los pacientes ya no pasan su existencia en la reclusión asilar, algunos de ellos cambian su estancia a las instalaciones del sistema penitenciario o al franco abandono en las calles. Kramp y Gabrielsen encontraron una correlación significativa entre la desinstitucionalización y el aumento de delitos como el homicidio, las lesiones y el daño en propiedad privada en Dinamarca. Schmetzer<sup>54</sup> también identificó que el número de personas con alguna discapacidad mental que son encarceladas ha ido en constante aumento en EE. UU. y que es mayor el número de encarcelamientos dentro de la población psiquiátrica que habita en las comunidades de rehabilitación. Fuller Torrey<sup>55</sup> reporta un creciente número de incidentes con conducta violenta cometidos por personas desinstitucionalizadas aunque otros muchos estudios como los de Simpson, McKenna, Moskowitz, Skipworth y Barry-Walsh<sup>56</sup> no encontraron evidencia concluyente sobre tal correlación.

Por lo que hace a la victimización de este mismo grupo de la población, al menos tres estudios longitudinales encontraron que las personas con discapacidad mental tienen una probabilidad entre 2 y 3 veces mayor que la población general de ser víctimas de crímenes violentos. Short, Thomas, Luebbers, Mullen y Olgoff<sup>57</sup> compararon pacientes esquizofrénicos con la población general en Australia, y resultados similares se encontraron por Teplin, McClelland, Abraham y Weiner<sup>58</sup> (2005) en EE. UU. Finalmente, Schmetzer<sup>59</sup> hace inferencias similares a nivel mundial.

## 8. Implica mayores costos para las familias y la comunidad

Basta<sup>60</sup> (2013) encontró en su estudio en Creta, Grecia, que cuando se cerró el hospital psiquiátrico local la mayoría de los pacientes regresaron con sus familias lo que au-

53 Gostin, L. (2008) “Old and new institutions for persons with mental illness: Treatment, punishment or preventive confinement?” *Public Health*, 122 (9), 906-913.

54 Schmetzer, A.D. (2007) “Desinstitutionalization and dual diagnosis”, *Journal of Dual Diagnosis*, 3 (2), 95-102.

55 Fuller Torrey, E. (2015) “Desinstitutionalization and the rise of violence”, *CNS Spectrums*, 20 (3), 207-214.

56 Simpson, McKenna, Moskowitz, Skipworth y Barry-Walsh (2004), “Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-2000”. *British Journal of Psychiatry*, 185 (5), 394-398.

57 Short, Thomas, Luebbers, Mullen y Olgoff (2013). “A case-linkage study of crime victimisation in schizophrenia-spectrum disorders over a period of desinstitutionalization”. *BMC Psychiatry*, 13 (66), 66-75.

58 Teplin, McClelland, Abraham y Weiner (2005). “Crime victimization in adults with severe mental illness”. *Archives of General Psychiatry*, 62 (8), 911-921.

59 Schmetzer, *Op. Cit.*

60 Basta M. (2013). “Desinstitutionalisation and family burden following psychiatric reform”. *European Psychiatry*, 28 (1).

mentó significativamente la carga económica y de trabajo, así como causó alteraciones en los patrones de convivencia familiar al resultar muy difícil la incorporación laboral de los desinstitucionalizados. Resultados similares identificaron Wang<sup>61</sup> y Aviely, Smeloly y Band Winterstein<sup>62</sup> para Canadá y Australia respectivamente. Desde luego, también hay evidencia en estudios como los de Tossebro y Lundebey<sup>63</sup> de que, aunque los familiares son críticos sobre la carga extra y la calidad de los servicios comunitarios de salud mental, la mayoría de ellos prefieren el nuevo modelo comunitario al asilar para sus pacientes.

## 9. Libera al Estado de su obligación como garante del Derecho a la Salud Mental

Finalmente, una de las consecuencias nocivas que puede generar la desinstitucionalización es que facilita al Estado desentenderse de su papel como garante y rector del derecho a la salud. Se ha visto en países como EE. UU.<sup>64</sup> Canadá<sup>65</sup> y Japón<sup>66</sup> que, al delegar parcial o totalmente los servicios de cuidado a la salud, así como la seguridad social a los particulares, la retórica del “autocuidado” sustituye progresivamente a la de los derechos sociales y el Estado de Bienestar. Aunque el Estado debe permanecer en todo momento como regulador y supervisor del derecho a la salud mental, es común que con la desinstitucionalización reduzca su participación técnica, presupuestaria y de coordinación, alegando que no quiere interferir con las actividades de los particulares. En nuestro país, un argumento similar se usó para desaparecer al Seguro Popular alegando que era mejor transferir sus atribuciones a otras instituciones de salud pública a fin de evitar burocracia innecesaria, ofrecer más cercanía en la atención a los ciudadanos y descentralizar los servicios de salud. Los terribles resultados de esa decisión por decreto se siguen percibiendo actualmente y son la prueba de que se trató de una medida que en el mejor de los casos obedeció a una reducción en el gasto público. Lo cierto es que año con año el gobierno federal ha destinado menos dinero a procurar la salud de los mexicanos. En los últimos años, el gasto por persona en salud disminuyó

61 Wang, K. (2012). “The care burden of families with members having intellectual and developmental disorder: A review of the recent literature”. *Current Opinions in Psychiatry*, 25 (5), 348-351.

62 Aviely, Smeloly y Band Winterstein (2012). “Departure scripts and life review of parents living with abusive adult children with mental disorder”. *Journal of Aging studies*, 34, 48-56.

63 Tossebro y Lundebey (2006). “Family attitudes to deinstitutionalisation: Changes during and after reform years in a Scandinavian country”. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31 (2), 115-119.

64 Lamarche, Lucie, *Beyond the Rhetoric of Social Rights for the Poor: The Need to Promote a Methodology aimed at Reinforcing International and National Institutions*, (Ethical and Human Dimensions of Poverty Seminar, UNESCO Poverty Project, Sao Paolo, 2003).

65 Porter, Bruce and Jackman, Martha, *Advancing Social Rights in Canada*, Toronto: Irwin Law, 2014: pp 1-31.

66 Ver Villaseñor Rodríguez, Fernando, *Derechos sociales y justiciaabilidad: consideraciones en torno al artículo 25 de la Constitución japonesa*, Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2019.



un 5.5 por ciento en México, al pasar de 3 mil 826 pesos al año a 3 mil 615 pesos<sup>67</sup>. Con estos datos ¿cómo confiar en que se invertirá mañana en salud mental comunitaria lo que se reduce y ahorra hoy en hospitales y asilos psiquiátricos?

## CONCLUSIONES

Aunque resulta un buen esfuerzo para iniciar la transformación del derecho a la salud mental en México, la reforma del pasado 16 de mayo del 2022 a la Ley General de Salud no sólo es insuficiente, sino que, por sus omisiones y pendientes, puede resultar peligrosa. La desinstitucionalización es un objetivo encomiable y la progresión natural de la protección y garantía del derecho a la salud mental, sin embargo, debe ser un proceso planeado, gradual, con sustento técnico, reglamentario y presupuestal y, sobre todo, tomando en cuenta a todos los actores involucrados en este problema de salud nacional.

No son gratuitas las nociones que en el imaginario colectivo pueblan con miedo o con tristeza a los asilos y hospitales psiquiátricos. Desde las cárceles disfrazadas de manicomios hasta la clandestinidad de los “anexos” controlados hoy en día por los cárteles del narco, pasando por las historias, aderezadas con morbo y sensacionalismo, sobre “el Fray Bernardino” o “la Castañeda”, la ficción y la realidad del internamiento psiquiátrico se entremezclan. Lo cierto es que en México seguimos planteando mal las cosas: la pregunta no es si sacar o no a los internos de los asilos psiquiátricos sino ¿a dónde? y ¿cómo?

La desinstitucionalización y la transición hacia el modelo comunitario de atención a la salud mental son metas a las que debemos aspirar, pero no debemos dejar que estas aspiraciones, al no estar sustentadas en un proyecto serio y firme, nos lleven a dejar desprotegidos precisamente a quienes deberían ser beneficiarios de estas transformaciones. La única cosa peor que una reforma que deja la realidad igual, como si no se hubiera promulgado, es aquella que deja las cosas peor que como estaban.

## BIBLIOHEMEROGRAFÍA CITADA

Arena Ventura, Carla, International Law, Mental Health and Human Rights disponible en: <https://humanrights.nd.edu/assets/134859/venturamentalhealth.pdf>.

Arlene S. Kantor, The promise and challenge of the disability convention, p. 308, disponible en: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2109836](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2109836)

Arvidson, H. Ericson, B.C. (2005). “The development of psychiatric care after the mental care reform in Sweden. A case register study”. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59 (3), 186-192.

---

67 Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), *Reporte sobre Gasto Público en Salud 2020*, México, 2020.

- Aviely, Smeloly y Band Winterstein (2012). "Departure scripts and life review of parents living with abusive adult children with mental disorder". *Journal of Aging studies*, 34, 48-56.
- Bachrach L. *Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective*. Rockville, MD: US Department of Health, Education and Welfare; 1976.
- Basta M. (2013). "Desinstitutionalisation and family burden following psychiatric reform". *European Psychiatry*, 28 (1).
- Cameron, Jasmine, "Mental Health Law: International Legal Standards and Human Rights", *Legal Dialogue*, October 2017. Disponible en: <https://legal-dialogue.org/mental-health-law>
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), *Reporte sobre Gasto Público en Salud 2020*, México, 2020.
- CJ Sundram, "Lost in the Shadows: Willowbrook and the Era of Institutionalization" (presentation paper) *Fulfilling the Promise*, Albany Law School, Marzo 22, 2013, 4, disponible en: [http://webjcli.org/article/view/367/470#\\_ftn74](http://webjcli.org/article/view/367/470#_ftn74)
- Degener, Theresa, *International Disability Law – A New Legal Subject on the Rise: 18 BERKELEY J. INTL. L. 180, 187 (2000)*.
- Documenta, *¿Por razón necesaria? Violaciones a los derechos humanos en los servicios de atención a la salud mental en México*, México 2020.
- Fuller Torrey, E. (2015) "Desinstitutionalization and the rise of violence", *CNS Spectrums*, 20 (3), 207-214.
- Gostin, Lawrence, *The Human rights of person with Mental Disabilities: A Global prospective on the Application of Human rights Principles to Mental Health*. p. 27, disponible en: <http://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1088&context=facpub>
- Gostin, L. (2008) "Old and new institutions for persons with mental illness: Treatment, punishment or preventive confinement?" *Public Health*, 122 (9), 906-913.
- Schmetzer, A.D. (2007) "Desinstitutionalization and dual diagnosis", *Journal of Dual Diagnosis*, 3 (2), 95-102.
- Human Rights Watch, *Living in Chains: Shackling of People with Psychosocial Disabilities Worldwide*, 2020.
- INMUJERES, *El trabajo de cuidados ¿responsabilidad compartida?*, México, 2017.
- Jones K. *A History of Mental Health Services*. London: Routledge and Kegan Paul; 1972.
- Lafuente Lázaro, Sonia; Santos, Francisco, González, José et. Al, "Desinstitutionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. vol.27, n.22, 2007.
- Lamarche, Lucie, *Beyond the Rhetoric of Social Rights for the Poor: The Need to Promote a Methodology aimed at Reinforcing International and National Institutions*, (Ethical and Human Dimensions of Poverty Seminar, UNESCO Poverty Project, Sao Paolo, 2003).
- Lyon-Levine, Marta; Levine, Martín; Zusman, Jack (marzo de 1985). "Desarrollos en la Declaración de derechos de los pacientes desde la Ley de sistemas de salud mental" en *Reporte de la Ley de Discapacidad Mental y Física*. Vol. 9 No. 2.

- Muñoz, L. F., Muñoz, C. X., & Uribe, J. M. (2020). “La rehabilitación psicosocial en Colombia: la utopía que nos invita a seguir caminando”. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 38(3). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8547>
- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión, *La salud mental en México*, CDMX, INCYTU, no. 7, enero, 2018.
- Omata W. [The origin of mental hospitals in Japan and its typological classification]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003;105(2):200-6.
- Perlin, Michael and Szeli, Eva ‘Mental Health Law and Human Rights: Evolution and Contemporary Challenges’, disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/300109155\\_Mental\\_Health\\_Law\\_and\\_Human\\_Rights](https://www.researchgate.net/publication/300109155_Mental_Health_Law_and_Human_Rights)
- Porter, Bruce and Jackman, Martha, *Advancing Social Rights in Canada*, Toronto: Irwin Law, 2014: pp 1-31.
- Salokangas R.K. (2007) “Medical problems in shizophrenia patients living in the community”. *Current Opinions in Psychiatry*, 20 (4), 402-405.
- Short, Thomas, Luebbers, Mullen y Olgoff (2013). “A case-linkage study of crime victimisation in shizophrenia-spectrum disorders over a period of desinstitutionalization”. *BMC Psychiatry*, 13 (66), 66-75
- Shorter E. *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1997.
- Simpson, Mckenna, Moskowitz, Skipworth y Barry-Walsh (2004), “Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-200”. *British Journal of Psychiatry*, 185 (5), 394-398.
- Slayter, E.M. (2010). Disparities in Access to substance abuse treatment among people with intelectual disabilities and serious mental illness-*Health & Social Work*, 35 (1), 48-60.
- Teplin, McClelland, Abraham y Weiner (2005). “Crime victimization in adults with severe mental illness”. *Archives of General Psychiatry*, 62 (8), 911-921
- Thornicroft, Graham, and Michele Tansella. *Better Mental Health Care*, Cambridge University Press, 2008.
- Titmuss, Richard, “Social Policy” en: Stephan Leibfried and Steffen Mau (Eds.), *Welfare States: Construction, Deconstruction, Reconstruction Volume I*. (Cheltenham: Edward Elgar Pub., 2008) pp. 30-31
- Torres Lagarde, Mercedes, “Desarrollo de estándares internacionales en materia de salud mental”, *Opinión y Debate*, CIDH, Número 11-noviembre 2010.
- Tossebro y Lundebry (2006). “Family attitudes to deinstitutionalisation: Cahnges during and after reform years in a Scandinavian country”. *Journal of Intelectual & developmental Disability*, 31 (2), 115-119.
- United Nations, 10th anniversary of the adoption of Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/the-10th-anniversary-of-the-adoption-of-convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd-crpd-10.html>

Comprehensive and Integral Convention to Promote and Protect the Rights and Dignity of Persons with Disabilities, G.A. Res. 168, U.N. GAOR, 56th Sess., 88th plen. mtg., U.N. Doc. A/56/583/Add.2 (2001).

Valdez-Santiago R, Marín-Mendoza E, Torres-Falcón M. “Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México”. *Salud Publica Mex.* 2021; 63:554-564, p. 560.

Wang, K. (2012). “The care burden of families with members having intelectual and developmental disorder: A review of the recent literature”. *Current Opinions in Psychiatry*, 25 (5), 348-351.

Wing JK and Brown G. *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press; 1970.

Yoon J, Bruckner TA. “Does deinstitutionalization increase suicide?” *Health Serv Res.* 2009 Aug;44(4):1385-405.