

Recomendación 6/2017  
Guadalajara, Jalisco 16 de marzo de 2017  
Asunto: violación del derecho a la legalidad  
y a la protección de la salud de personas  
con discapacidad mental y psicosocial

Queja: 3686/2016/III

Doctor Antonio Cruces Mada  
Secretario de Salud y director del organismo  
público descentralizado Servicios de Salud Jalisco

#### Síntesis

*El 3 de marzo de 2016, (quejoso) interpuso queja por escrito a su favor y de personas con padecimientos mentales en la zona norte del estado de Jalisco, en contra de la Secretaría de Salud Jalisco por la falta de atención de este grupo de personas. Esta Comisión atendió que el abandono de quienes sufren padecimientos mentales no recaía únicamente en la zona norte, lo que ocasionó que se ampliara la investigación a todo el estado, en donde se acreditaron las carencias en infraestructura, personal, medicamento y capacitación del Instituto Jalisciense de Salud Mental y de la Secretaría de Salud Jalisco en torno a este tema.*

La Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco (CEDHJ), con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º y 10 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 1º, 2º, 3º, 4º, 7º, fracciones I y XXV; 28, fracción III; 66, 72, 73, 75, 76 y 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco, así como 109 y 119 de su Reglamento Interior, examinó la queja que presentó por escrito (quejoso), en contra del personal de Secretaría de Salud Jalisco que resultara responsable de las violaciones de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental.

## I. ANTECEDENTES Y HECHOS

1. El 3 de marzo de 2016, (quejoso) interpuso queja por escrito a su favor y en contra de quien resultara responsable por las omisiones en torno a la atención de personas con discapacidad mental. Señaló los siguientes hechos:

Vengo a interponer queja a mi favor y de mis comunidades y en contra de las autoridades que resulten responsables basándome en los siguientes hechos los cuales considero violatorios de derechos humanos:

En la sierra norte de Jalisco en las comunidades del pueblo Wixárika han existido desde siempre el abuso, maltrato y abandono de las personas enfermas de salud mental o personas con capacidades diferentes, no hay una atención adecuada. Señalo lo anterior ya que no brindan atención especial a personas. La situación es muy lamentable ya que específicamente las comunidades Wixaritari de la región Norte del Estado de Jalisco como, San Sebastián Teponahuaxtlán, Santa Catarina, Cuexcomatitlán, San Andrés Cohamiata municipio de Mezquitic y Tuxpan del Municipio de Bolaños han sido históricamente marginadas y olvidadas por las autoridades.

Como ya lo señalé no existe ninguna organización, institución, dependencia de Estado, que haya tomado cartas en el asunto, fomentando esta situación inhumana y degradante, al no interesarse en la presente causa, ya que las personas que padecen estas enfermedades no reciben la atención medica diagnosticada que requieren.

La presente queja la hago extensiva a todos los municipios del interior del Estado ya que la mayoría no cuenta con centros de atención especializada para personas con enfermedades mentales, en consecuencia, sus derechos son vulnerados.

Cabe señalar que, para la atención de este grupo de personas, resulta obligatorio no solo para el gobierno sino para los 125 municipios del estado de Jalisco tal y como lo señala la Ley de Salud Mental para el Estado de Jalisco, que entro en vigor en febrero de 2014, hasta la fecha no se ha aplicado tal cual menciona la Ley. Por lo que dichas omisiones ponen en peligro la salud y la integridad de quienes padecen estas enfermedades mentales, quienes muchas veces terminan perdiéndose en la ciudad o en la misma sierra o algunos de ellos encerrados, amarrados o con alta probabilidad de perder la vida.

2. El 7 de marzo de 2016, la Tercera Visitaduría General de este organismo dictó acuerdo de radicación y admisión de queja y se requirió al titular de la Secretaría de Salud Jalisco (SSJ) y a la titular del Instituto Jalisciense de Salud Mental (Salme), lo siguiente:

- Rindieran un informe pormenorizado en donde de manera separada consignaran los antecedentes, fundamentos y motivaciones de los actos u omisiones que se refieren en la queja y que son de su competencia.
- Proporcionarán información respecto al número de unidades de Atención Hospitalaria, Centros de Salud Mental que estén funcionando en todo el Estado, así como los servicios que proporciona, el domicilio en que se encuentran ubicados y el horario de atención.
- Remitieran copia certificada del programa de Salud Mental para el Estado de Jalisco.
- Informaran si se han suscrito convenios, acuerdos o cualquier instrumento jurídico de coordinación con los municipios del Estado a efecto de mejorar la atención en salud mental.
- Informaran los resultados que se ha obtenido con el funcionamiento de la línea telefónica del servicio de Intervención en Crisis.
- Remitieran listado de Centros de Atención Pública y Privada que se encuentran en funcionamiento en el estado, de igual forma indicaran si los mismos han sido sujetos de supervisión por parte de la Secretaria de Salud y/o del Instituto Jalisciense de Salud Metal, en caso de ser positiva sus respuestas, deberían remitir copia certificada de los resultados que se hubieran generado.
- Informaran si a la fecha se contaba con un diagnóstico de salud mental en el Estado.
- Informaran si el Seguro Popular cubría enfermedades mentales y en caso de ser positiva sus respuestas, indicaran cuales enfermedades y el tratamiento que se aplicaba.
- Enviarán copia certificada de toda la documentación y proporcionaran los elementos de información que consideraran necesarios para esclarecer los hechos.

Se solicitó auxilio y colaboración a la Fiscalía de Reinserción Social de la Fiscalía General del Estado, lo siguiente:

- Rindiera un informe en el que señalara las acciones que se llevan a cabo en los reclusorios preventivos para el tratamiento o rehabilitación de los internos que sufren afectaciones mentales.

3. El 7 de abril de 2016, se recibió copia del oficio [...] signado por el licenciado (funcionario público), director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud, en el que le solicita a la directora del Salme que atendiera las peticiones que esta Comisión había realizado al titular de la SSJ.

4. El 26 de abril de 2016 se recibió oficio Salme [...], suscrito por la doctora (funcionaria pública<sup>2</sup>), directora del Salme, mediante el cual remitió su correspondiente informe de ley, señalando lo siguiente:

[...]

1. Rinda un informe pormenorizado y en donde de manera separada consignen los antecedentes fundamentos y motivaciones de los actos u omisiones que se refieren en la queja y que sean de su competencia.

En razón de lo anterior, manifiesto lo siguiente:

En la zona norte del estado de Jalisco, el 16 de marzo de 2001 inicio el funcionamiento del Módulo de Salud Mental de Colotlán comenzó con el servicio de Psiquiatría dentro del Hospital de PRIMER Contacto. El 01 de julio del mismo año se integró una trabajadora social y el 01 de febrero del 2002 una Psicóloga. Al inicio de la operación de actividades, el módulo de Salud Mental se encarga también de la atención en materia de violencia y Adicciones, los cuales se desligaron a partir de la creación de Centros de Atención Primaria en Adicciones (Centro Nueva Vida) y la Unidad de Atención de Violencia (UAVI).

El 17 de noviembre de 2011 se inauguró el CISAME de Colotlán ubicado en calle Divina Providencia #10, colonia Lomas de la Cruz. Actualmente cuenta con servicios de psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, promoción y prevención en salud mental, se presta atención a toda la población de la zona norte del Estado y del Estado vecino de Zacatecas, mediante referencia de pacientes de diversas instituciones tanto estatales como municipales. Se adjunta informe de actividades de 2015 del CISAME de Colotlán.

2. Proporcione información respecto al número de unidades de atención hospitalaria, centros integrales de salud mental y módulos comunitarios de salud mental que estén funcionando en todo el Estado, así como los servicios que proporcionan el domicilio en el que se encuentran ubicados y el horario de atención.

En relación con este punto me permito informarle que el Instituto Jalisciense de Salud Mental, integralmente busca el establecimiento de los tres niveles de atención, destinados principalmente a prestar servicios de urgencias, consulta externa y de hospitalización, a personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad, pero también a la investigación científica, la información y el desarrollo de personal para la salud (enseñanza y capacitación).

En cuanto a su infraestructura y como ya hemos comentado antes, SALME cuenta con 2 unidades Hospitalarias o Aplicativas:

- EL CAISAME Estancia Breve, Ubicado en Av. Zoquipán N° 1000 – A, colonia Zoquipán, Zapopan, Jalisco, en el núcleo denominado Nuevo Milenio. Cuenta con 50 camas censables en total en hospitalización y 10 camas en la unidad de cuidados

inmediatos que es el área a la que se ingresan de manera inicial, tras ser atendidos en el servicio de urgencias

- EL CAISAME Estancia Prolongada, que se ubica en el Km. 17.5 de la Antigua Carretera a Chapala, en la localidad de EL Zapote del Valle, municipio de Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco (2 kilómetros adelante del aeropuerto Internacional Miguel Hidalgo). Dispone de 265 camas censables para atender a personas con enfermedades mentales severas y persistentes, con base en modelos de rehabilitación integral.

- Los Centros Integrales de Salud Mental (CISAME) en las siguientes localidades:

- CISAME Colotlán. Divina Providencia N° 10 Frac, Cerrito de la Cruz, Colotlán, Jalisco tel. (0149) 99920548, 9992-2191 y 9992-21-49.

- CISAME Zapotlán el Grande. (Ciudad Guzmán) Enrique Castellanos S/N Esquina Bachillerato, colonia Centro Zapotlán El Grande, Jalisco tel. 0134 1133-0533 y 1133-0532.

- CISAME Autlán de Navarro. José Maclovio Vázquez Silos (antes Puerto Rico) n° 44 colonia La Granada, Autlán de Navarro, Jalisco tel. 0131 7381-1098 y 7381-3392.

- CISAME El Grullo. Leona Vicario n° 526 colonia Centro, El Grullo, Jalisco tels. 0132 1387-5347 y 1387-5291.

- CISAME Puerto Vallarta. Cempasúchil n° 78 Esquina Inés Meza, colonia La Floresta, Puerto Vallarta, Jalisco. Tel 0132-2299-6714 y 2299-7022.

- CISAME Ameca. Jardín n° 72, frac, Los Mezquites Ameca, Jalisco. Tel 0137 5758-7881 y 5758-7957.

- CISAME Tonalá. Prados de la Higuera n° 1045, colonia Prados de la Cruz, Tonalá, Jalisco 0133 3792-0534 y 3792-0533.

- CISAME Tlaquepaque. Salvador Orozco Loreto n° 411, colonia Las Liebres, Tlaquepaque, Jalisco tel. 0133 1224-1713 y 1224-1721.

- CISAME Guadalajara. Av. San Rafael n° 403 colonia La Paz, Guadalajara, Jalisco. Tel 0133 1816-9579.

Se adjunta directorio de unidades de Salud Mental, integrantes de la Red Estatal de Servicios de Salud Mental, instituciones públicas dependientes de la Secretaría de Salud.

3. Proporcionar información respecto a las campañas, planes y servicios que proporciona la Secretaría de Salud del Instituto Jalisciense de Salud Mental dentro del Estado de Jalisco.

Con la finalidad de dar respuesta a esta solicitud me permito acompañar copia del listado de las campañas que el instituto Jalisciense de Salud Mental, llevara a cabo durante el presente año.

De igual forma a continuación me permito puntualizar los servicios prestados por las Unidades Hospitalarias CAISAME Estancia Breve y Prologada:

- CONSULTA EXTERNA:

- Clínica de trastornos afectivos.
- Clínica de Trastornos de Ansiedad
- Clínica de Niños y Adolescentes.
- Clínica para la Prevención del Suicidio.
- Intervención en Crisis.
- Intervención en Crisis Línea Telefónica
- Grupos Psicoeducativos para mujeres en situaciones de violencia familiar.
- Grupos Psicoeducativos para hombres generadores de violencia familiar.
- Grupos Psicoeducativos para pacientes y familiares de trastorno de ansiedad, depresión y trastorno bipolar.
- Grupos Psicoeducativos para padres de niños y adolescentes con TDAH.
- Grupo Psicoeducativo para niños y adolescentes con TDAH.
- Grupo Psicoeducativo para familiares de pacientes adultos mayores con diagnóstico de demencia.
- Grupo Psicoeducativo para niños y adolescentes con trastorno depresivo.
- Grupo terapéutico para el manejo de duelos.
- Escuela para padres.
- Sesiones informativas para pacientes y familiares que asisten a consulta de primera vez.
- Urgencias.
- Hospitalización
- Grupos Psicoeducativos para familiares de pacientes hospitalizados.

Los servicios que presta en CAISAME Estancia Prolongada:

- Consulta Externa
- Hospitalización
- Medicina Interna
- Psicología
- Psiquiatría
- Dermatología
- Rehabilitación Física
- Nutrición
- Trabajo social
- Enfermería
- Odontología
- Laboratorio
- Rayos X
- Estomatología
- Unidad de Rehabilitación Integral

- Unidad Intermedia de Rehabilitación.

En este punto es pertinente hacer de su conocimiento que en el sitio web oficial del Instituto Jalisciense de Salud Mental <http://Salme.jalisco.gob.mx> se encuentran descritos detalladamente las campañas, programas y servicios prestados por este instituto.

4. Remitan copia certificada del programa de Salud Mental para el Estado de Jalisco.

En relación a este punto me permito señalar que el Consejo Estatal de Salud Mental, se encuentra generando las políticas públicas, en las que participan instituciones multisectoriales e interinstitucionales, para la atención de Salud Mental mismas permitirán la generación del Programa Estatal de Salud Mental.

5. Informen si se han suscritos convenios, acuerdos o cualquier instrumento jurídico de coordinación con los municipios del Estado a efecto de mejorar la atención de Salud Mental.

Al respecto se informa que a partir del pasado año 2014 y al amparo de la entrada en vigor de la legislación en Salud Mental en el Estado de Jalisco, se han realizado gestiones y reuniones con autoridades de los municipios de Guadalajara, Zapopan, Degollado, Atotonilco, Ahualulco de Mercado, Ocotlán, Tizapán el Alto, La Huerta, para la instalación de módulos Comunitarios de Salud Mental. Se adjunta modelo de gestión, diversos oficios y tarjetas informativas sobre las gestiones realizadas:

- Estrategias para la continuidad del servicio de consulta externa de psiquiatría en la unidad centro de salud número 1 Churubusco. (anexo 4)
- Ficha informativa de reuniones con autoridades del hospital regional de Lagos de Moreno y la Región Sanitaria II (ANEXO 5)
- Ficha informativa sobre reunión con personal de centro de Salud número 3 correspondiente a la Región Sanitaria XIII (anexo 6)
- Ficha informativa sobre reunión con Presidente Municipal de la Huerta y el Instituto Jalisciense de Salud Mental (anexo7)
- Lineamientos para la integración de Módulos comunitarios de Salud Mental (anexo 8)
- Propuesta de Intervención en Tuxpan de Bolaños (anexo 9)

6. Informe los resultados que se han obtenido con el funcionamiento de la línea telefónica de servicio de intervención en crisis.

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo requerido por este punto me permito anexar a la presente copia del oficio número [...], signado por la dirección de la unidad Hospitalaria CAISAME Estancia Breve, (anexo 10) del cual depende el área de la línea de intervención en crisis de igual forma, me permito acompañar a la presente copia

certificada del Procedimiento para Servicio de Intervención en crisis por la línea telefónica. (Anexo 11)

7. Remitan el listado de centros de atención pública y privada que encuentren en funcionamiento en el estado de igual forma indique si los mismos han sido sujetos de supervisión por parte de la Secretaria de Salud del Instituto Jalisciense de Salud Mental en caso de ser positivo su respuesta remitan copia certificada de los resultados que se hayan generado.

Se adjunta directorio de unidades de salud mental integrantes de la Red Estatal de Servicios de Salud Mental (anexo 1), instituciones públicas dependientes de la Secretaria de Salud. Así mismo, se adjuntan copias de los resultados de la última Visita de Apoyo Técnico realizada a las unidades supervisadas.

- Visita de apoyo técnico región sanitaria VII, Autlán modulo Comunitario de Salud Mental de Juchitán, Jalisco.
- Visita de apoyo técnico, Región Sanitaria IV, La Barca, Modulo Comunitario de Salud Mental la Barca, Jalisco.
- Visita de apoyo técnico al Centro Integral de Salud Mental de Colotlán.
- Visita de apoyo técnico al centro integral de salud mental de Puerto Vallarta
- Visita de apoyo técnico al Centro Integral de Salud Mental de Ciudad Guzmán.
- Visita de apoyo técnico al Centro Integral de Salud Mental de El Grullo.
- Visita de apoyo técnico región sanitaria III, Tepatitlán, Modulo Comunitario de Salud Mental de Juchitlán, Jalisco.
- Visita de apoyo técnico región sanitaria V Tamazula, Modulo Comunitario de Salud Mental de Tamazula, Jalisco.

8. Informe si a la fecha se cuenta con un diagnóstico de salud mental en el estado.

Se realizó por parte del Instituto Jalisciense de Salud Mental en el año 2010 del Dr. Daniel Ojeda Torres Diagnóstico Integral de Salud Mental en el año 2010 del cual a continuación me permito transcribir los principales resultados.

### 3.2 Los principales resultados del Diagnóstico Integral de Salud Mental de Jalisco, 2010.

#### A) Infraestructura

Como resultado de la Encuesta de Infraestructura y Respuesta Social Organizada en salud Mental para el Estado de Jalisco, aplicada como parte del Diagnóstico Integral, se obtuvo el inventario de instituciones que otorgan servicios de atención en Salud Mental a nivel público, privado y social, siendo las siguientes:

Los servicios de Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través del Centro Comunitario de Salud número 1, fundado en 1976 por el Doctor Felipe Torres Plank, anexo al sanatorio Psiquiátrico San Juan de Dios en Zapopan Jalisco, al que subroga



hasta 160 camas diarias para la atención hospitalaria de derechohabientes con trastorno mental. Además, el IMSS cuenta con servicio de consulta externa en dos Hospitales Generales de zona, en 6 Hospitales Generales Regionales y en 2 Hospitales de Especialidad, los cuales derivan pacientes al Centro Comunitario número 1 para su hospitalización. En estas unidades fueron integrados equipos multidisciplinarios de las áreas de Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social.

El Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en Jalisco proporciona consulta externa de Psiquiatría en el Hospital Regional “Dr. Valentín Gómez Farías” en ambos turnos, subrogando la Hospitalización al Sanatorio Psiquiátrico San Juan de Dios.

Los Servicios Médicos Municipales de Guadalajara, cuenta con el servicio de atención psicológica que se proporciona en 4 de sus unidades de urgencias: Unidad Dr. Jesús Delgadillo Araujo, Unidad Dr. Ernesto Arias González, Unidad Dr. Leonardo Oliva y la Unidad Dr. Francisco Ruiz Sánchez.

La unidad hospitalaria psiquiátrica integrada al Hospital CIVIL Fray Antonio Alcalde que cuenta con 20 camas censables.

También existen unidades de atención privada, todas ubicadas en la zona Metropolitana de Guadalajara como son, el Sanatorio Psiquiátrico San Juan de Dios que data del año 1906 y proporciona servicio de consulta externa y hospitalización con capacidad instalada de 280 camas, la mayoría subrogadas al IMSS e ISSSTE; Sanatorio San Camilo para la atención a mujeres con trastorno mental que data del año 1935 y tiene una capacidad instalada de 60 camas censables y servicio de consulta externa, siendo atendido por la congregación de Hermanas Josefinas; la Unidad de Orientación y Psicodiagnostico con 15 años de historia, con servicio de consulta externa y de hospitalización con 14 camas censables y la Clínica de Ansiedad, Depresión y Estrés con 11 camas censables.

En el estado se cuenta con un solo Hospital de día que está integrado al Centro Comunitario de Salud Mental N° 1 del IMSS, correspondiendo una tasa de 0.014 Hospitales de día por cada 100,000 habitantes, proporcionando atención ambulatoria a 240 pacientes al año en promedio, de los cuales 80 son mujeres (33%) y 160 son hombres (67%).

Existe un dispositivo de salud mental no hospitalario, que proporciona servicios residenciales para personas adultas con trastornos mentales denominado Centro del Bosque con 24 camas censables, que corresponde a una tasa de 0.34 camas por cada 100,000 habitantes.

El sistema penitenciario tiene una unidad de internamiento para la atención de personas con trastornos mentales sujetas a proceso judicial, que cuenta con 164 camas,

correspondiendo una tasa de 2.31 camas en unidades forenses psiquiátricas por cada 100,000 habitantes, siendo su estancia acorde al proceso judicial instaurado.

Están registrados formalmente dos organismos no gubernamentales que apoyan a pacientes psiquiátricos, uno de ellos se llama Humanamente Voz Pro Salud Mental que atiende cada año de manera externa a 150 pacientes y a 600 familiares; atiende a portadores de enfermedades graves como la esquizofrenia, trastorno bipolar depresión mayor y trastorno obsesivo compulsivo, a través de un curso denominado “Tierra a la Vista” con el objetivo de concientizarlos sobre el origen de los trastornos mentales y la necesidad de apegarse a los tratamientos médicos; también imparten el curso 2 de familia a familia en apoyo y orientación a los cuidadores de estos enfermos crónicos. El segundo organismo es el patronato del Instituto Jalisciense de Salud Mental que presta varios apoyos a pacientes, familiares y al propio Instituto.

La escasez de personal y de infraestructura para la atención de niños y adolescentes contrasta con la percepción del 36.9% de los padres de niños y adolescentes de Zona Metropolitana de Guadalajara y del 28.5% de los del interior del estado, de que sus hijos no deberían recibir algún tipo de atención especializada en salud mental.

Las camas psiquiátricas están concentradas totalmente en los municipios metropolitanos de Guadalajara, Zapopan y Tlajomulco, sin cobertura para la población de los 123 municipios restantes lo que explica la saturación de los hospitales psiquiátricos públicos como son el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, el Instituto Jalisciense de Salud Mental y el Centro Comunitario de Salud Mental N°1 del IMSS.

Los dispositivos destinados a la rehabilitación psicosocial como el Hospital de Día y las Unidades Residenciales supervisadas, así como los Organismos No Gubernamentales de Salud Mental, son muy limitados lo que explica en parte la cronificación de los enfermos en los hospitales psiquiátricos o los ambulatorios, por la falta de programas de rehabilitación psicosocial, además de favorecer el síndrome de puerta giratoria de esos hospitales. Esta misma ausencia revela porque Jalisco tiene una tasa de camas de 2.31 por 100,000 habitantes en Unidades Forenses Psiquiátricas, que es mucho mayor con relación a Chile que proporciona más servicios de rehabilitación, por lo tanto, su número de camas forenses es mucho menor (0.57).

La tasa de psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales en Jalisco es de 2.04 por 100,000 habitantes, cifra significativamente inferior con respecto a países como Canadá y Estado Unidos de América que en promedio tienen una tasa entre el 35.3 y 44.0 de estos recursos humanos.

## B) Prevalencia

En relación a la prevalencia de los trastornos mentales es importante resaltar la distribución irregular de los trastornos mentales en las diferentes Regiones

Administrativas del Estado, la prevalencia de la depresión más elevada se encuentra en la Región Ciénega (11.9%), seguida de la Región Norte (8.9%), los trastornos de ansiedad presentan mayor relevancia en la Región Norte (27.1%) seguida de la Región Sierra de Amula (21%), el alcoholismo sigue la misma tendencia regional y el suicidio potencial se presenta en la Región Costa Sur y Altos con un porcentaje similar de 1.7% y 1.6% respectivamente.

El estudio de prevalencia de niños y adolescentes (4-16) muestra el 61.3% presenta sintomatología de trastornos mentales, superior al 51.4% que reporta un estudio similar realizado en el Distrito Federal en 2002. Comparando la prevalencia de los trastornos mentales en niños y adolescentes de la zona Metropolitana de Guadalajara con los del interior del Estado, el síndrome más frecuente presentado en ambas poblaciones es el Déficit de Atención con Hiperactividad seguido por el Trastorno de Conducta Oposicionista. El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la Zona Metropolitana de Guadalajara se presenta en un 18.7% menor en el interior del Estado con 14% por el contrario la depresión 9% y la Ansiedad Generalizada 8.7% se presenta en mayor porcentaje en el interior del Estado que en la zona Metropolitana de Guadalajara (Depresión 7.5% y Ansiedad 7.7% respectivamente).

El resultado de la prevalencia de trastornos mentales comunes en adultos señala que la zona más marginada económica y culturalmente en la prevalencia de trastornos mentales en Jalisco con un porcentaje de 57% del total de habitantes de la zona, predominando los trastornos de ansiedad (27.1%), el alcoholismo (21.3%) y depresión (8.9%).

9. Informe si el seguro popular cubre enfermedades mentales y en caso de ser positiva sus respuestas, indiquen cuales enfermedades y el tratamiento que se aplica.

En este punto es de señalarse que el seguro Popular cubre las enfermedades descritas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud 2014 (CAUSES) vigente mismo que se encuentra de forma pública en el sitio web <http://www.ss.pue.gob.mx/index.php/info-para-medicos-y-ysectorsalud/item/2494-catalogo-universal-de-sevicios-de-salud-2014> de conformidad al Catálogo Internacional de Enfermedades (CIE 10) vigente, mismos que prevén las intervenciones descritas y en relación a salud mental se contemplan las siguientes:

#### AMBULATORIO, URGENCIAS Y /O HOSPITALIZACION

128 Diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos (Depresión, Trastornos Afectivos de Tipo Bipolar, Trastornos Afectivos Persistentes).

F31 Trastorno Afectivo Bipolar

F32 Episodio Depresivo

F33 Trastorno Depresivo Recurrente

F34 Trastorno del Humor (afectivos) persistentes.

AMBULATORIO, URGENCIAS Y/O HOSPITALIZACION

129. diagnóstico y Tratamiento de trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, crisis de angustia y pánico y reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación trastorno de estrés postraumático).

URGENCIA Y / O HOSPITALIZACION

F41.0 Trastorno de Pánico (ansiedad paroxística episódica)

F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada

F43.1 Trastorno de Estrés Post- traumático

F43.2 Trastorno de Adaptación.

F43.9 Reacción al Estrés grave no especificado

130. Diagnóstico y tratamiento de trastornos psicóticos (esquizofrenia, psicóticos y Esquizotípico).

F20 Esquizofrenia

F21X Trastorno esquizofrénico

F29X Psicosis de Origen no orgánico, no especificada

F05 Delito no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas

205 Diagnóstico y tratamiento hospitalario del Estado epiléptico y crisis consultivas de difícil control.

URGENCIAS Y/O HOSPITALIZACION

G.41 Estado del mal Epiléptico.

5. El 28 de abril de 2016, esta Comisión solicitó a la directora del Salme que informara si la presente administración había realizado un diagnóstico de salud mental en el estado, y en caso de ser positiva su respuesta, remitiera copia certificada del documento.

6. En esa misma fecha se solicitó auxilio y colaboración a la titular de la Comisión de Higiene y Salud Pública del Congreso del Estado de Jalisco para que informara si dentro de los archivos de la Comisión a su cargo existían dictámenes sobre salud mental en el estado que se hubieran llevado a cabo con motivo de la discusión de la Ley de Salud Mental para el Estado de Jalisco que entró en vigor en febrero de 2014.

7. El 9 de mayo de 2016 se recibió el oficio Salme [...], suscrito por (funcionaria pública<sup>2</sup>), directora del Salme, mediante el cual informó:

[...]

En razón de lo anterior me permito informarle que durante esta administración no se ha realizado diagnóstico de la Salud Mental en el Estado, lo anterior dado que por parte de este Instituto Jalisciense de Salud Mental se tiene proyectado que deben de ser realizado a detalle cada 10 años, debiendo realizarse el próximo en el año 2020, sin embargo me permito informarle que de forma periódica esta institución registra la morbilidad de todas las unidades pertenecientes a esta institución (misma que acompaño al presente lo correspondiente al año 2015 y 2016).

Resulta de interés aclarar que los anexos, los programas y campañas del instituto se encuentran soportados en forma pública en la página de web de este instituto. Así como el Catalogo Universal de Servicios de Salud 2014 (CAUSES) vigente, páginas que se puntualizaron en el oficio número [...]. Lo anterior para los efectos legales que correspondan.

8. El 11 de mayo se recibió el oficio [...], suscrito por la doctora María del Consuelo Robles Sierra, diputada presidenta de la Comisión de Higiene y Salud Pública del Congreso del Estado de Jalisco, quien en respuesta al informe que en auxilio y colaboración se le solicitó, informó:

Anteponiendo un cordial saludo, le hago llegar la información solicitada en su oficio [...], dependiente de la queja 3686/2016/III. Dicha información consiste en dos dictámenes a saber:

1. Dictamen de Decreto que expide la Ley de Salud Mental para el Estado de Jalisco y se derogan los artículos 72,73, 74, 75, 76 y 77 de la Ley de Salud del Estado de Jalisco. Este Dictamen fue elaborado por las comisiones de Higiene y Salud Publica y de Puntos Constitucionales, Estudios Legislativos y Reglamentos, mismo que fue aprobado el día 12 de diciembre de 2013, asignándosele el número de decreto 24809, que corresponde a la actual Ley de Salud Mental del Estado de Jalisco.

2. Acuerdo Legislativo que declara sin materia la dictaminarían de la iniciativa presentada por el Diputado Elías Octavio Iñiguez Mejía, que propone la creación de la Ley de Salud Mental para el Estado de Jalisco. Este dictamen lo presento, la comisión de Desarrollo Humano y Familia, a la cual También fue turnada la iniciativa en cuestión, mismo que fue aprobado el 15 de octubre de 2015, en virtud de que el debido proceso legislativo fue concluido con la aprobación y posterior publicación del decreto 24809.

9. El 16 de mayo de 2016 se recibió el oficio [...], suscrito por la licenciada Marisela Gómez Cobos, entonces fiscal de Reinserción del Estado de Jalisco, quien en auxilio y colaboración informó:

[...]

Para lo cual manifiesto lo siguiente, en contestación a su señalamiento;

En todos los reclusorios con que cuenta esta Fiscalía de Reinserción Social se lleva una especial atención a los internos que sufren afectaciones mentales, el área más especializadas en su atención son la siguientes:

El área de psicología lleva acabo un número considerable de estrategias a través del plan de acciones técnicas que implementa cada centro para lograr la Reinserción Social de los Internos, así como la elaboración de informes periciales otorgando servicios de calidad mediante el diseño y aplicación de programas enfocados al diagnóstico, clasificación e integración de estudios de personalidad, además de la prevención, atención y seguimiento de la salud psicológica en la población penitenciaria.

El grupo de psiquiatras otorga esta atención especializada a los usuarios que así lo requieran con el fin de garantizar una adecuada funcionalidad en su entorno inmediato, extendiéndose a su ambiente social en todas las áreas de funcionamiento del individuo. Se analiza de forma objetiva la problemática de cada uno de los internos implantando medidas de acción que logran reestablecer un estado mental emocional y conductual más acorde con lo esperado dentro d los estándares sociales de salud mental y la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014. Se valora en su medida, tratar y dar seguimiento a personas que presenten trastornos mentales de eje I de atención psiquiátrica, (trastornos mentales y del comportamiento, síndromes adictivos, trastornos psicóticos, trastorno afectivo, de ansiedad y somotamorfos etc.), utilizando medicamentos psicofarmacológicos y terapéuticos, tomando criterios de tratamiento ambulatorio o de internamiento, con evaluación continua de acuerdo a la evolución del trastorno.

Es importante señalar que dentro de la Fiscalía de Reinserción Social se encuentran módulos especializados que albergan enfermos mentales, tal es el caso de Pabellón Psiquiátrico ubicado en la Comisaria de Sentenciados y del Dormitorio de Observación de la Comisaria de Prisión Preventiva.

A continuación, detallo las actividades y atención que se realizan en cada uno de estos módulos.

En el Dormitorio de Observación.

Se realizan actividades por medio de un equipo interdisciplinario encargado de brindar la atención a los internos pacientes. En este módulo se cuenta con un grupo de preceptores técnicos que permanecen todo el tiempo con ellos desarrollando diversas actividades que va desde el apoyo y compañía en la toma de alimentos, en la visita al área médica y psiquiátrica, promueve actividades para realizar su aseo personal y de su dormitorio, organiza dinámicas grupales con juegos de mesa, baile y trabajos manuales,

además de supervisar la toma puntual de su tratamiento psiquiátrico o medicamento general.

El área de Psiquiatría, valora y proporciona tratamiento farmacológico a aquellos interno-pacientes que lo requieren, así mismo de acuerdo a la evolución que presenten, puede sugerirse su ubicación a la población con o sin tratamiento ambulatorio, según sea el caso para que dicha sugerencia sea analizada en el Consejo Técnico Interdisciplinario.

Área médica valora clínicamente a todos y cada uno de ellos atendiéndoles en consulta médica general proporcionándoles el tratamiento adecuado y vigilando su evolución.

El área de Psicología brinda atención especializada a internos que padecen trastornos mentales proporcionándoles herramientas personales que fomenten el bienestar integral de individuo para lograr una mayor adaptación para lograrlo se organizan actividades terapéuticas tanto a nivel individual como grupal diariamente tales como:

- Concurso de valores por medio del dibujo con acuarelas
- Concurso de dibujo con motivos cívicos (efemérides)
- Concurso de teatro para el manejo de emociones y control de impulsos
- Activación física para coadyuvar su reeducación psicomotriz
- Técnicas de respiración y relajación para aminorar y controlar ansiedad y estrés
- Canto popular para fomentar autoestima y respeto
- Juegos de mesa para fortalecer razonamiento y memoria
- Interacción de juegos grupales para e adecuado manejo de reglas y limites
- Integración y apego al grupo familiar por medio de cartas y/ dibujos
- Intervención e crisis emocional
- Terapia individual para cao de depresión
- Asesoría psicológica para el seguimiento de su tratamiento integral y preparación para su reintegración la población.

El área educativa realiza ceremonia de honores a la bandera, atiende a alumnos de alfabetización para que aprenda a leer y escribir, aprendiendo además los números naturales y operaciones matemáticas básicas. En los grupos de primaria, secundaria y bachillerato se trabaja de manera conjunta con operaciones matemáticas de mayor nivel y en el área de la materia de español se hacen ejercicios de lectura y escritura, ortografía y redacciones de oraciones. En los grupos de preparatoria se trabaja de manera individual según el nivel de aprendizaje del interno.

El área de trabajo social acude diariamente al dormitorio para verificar las necesidades del día, como en enlace telefónico con familiares, entrevistas para servicios de administración o jurídicos, enlace entre sus familiares para informar de cambios de dormitorios, canaliza a internos y sus familiares en relación a atender atención psiquiátrica, realiza visitas domiciliarias para contactar a las familias y lograr que les

brinden apoyo, en la proyección de películas con temáticas diversas y mensajes que conlleve aprendizaje, realiza talleres de lectura para aumentar la comunicación de los internos.

El área de deportes trabaja con los internos-pacientes por medio de ejercicios aeróbicos con música para el mejoramiento de su psicomotricidad y trabaja con ejercicios de respiración para que aprendan a relajarse.

En el pabellón psiquiátrico.

En este dormitorio, el equipo técnico permanece todo el tiempo con el interno-paciente, lo que significa que cuentan siempre con psiquiatría, psicólogo, trabajo social, medio preceptores técnicos y enfermeros para cualquier contingencia que se pueda presentar.

En el área psiquiátrica interviene no solo el tratamiento de los síndromes adictivos, sino también en la re-inserción del individuo que los representa a una forma de vida alejada de sustancias de riesgo.

Participar en el proceso de reinserción de internos que se encuentran procesados por delitos graves, realizando sus estudios diagnósticos de beneficio para libertad anticipada y dar seguimiento a los mismos.

Establece coordinación con el equipo técnico multidisciplinario a fin de garantizar por una parte el óptimo funcionamiento del área y del resto del reclusorio y por otra que el manejo de pacientes con trastornos mentales sea el más adecuado posible.

Ser de toda la extensión de la palabra promotores de la salud mental, sirviendo de ejemplo, brindando si es necesario asesorías y/o proponiendo constantemente mejoras y proyectos encaminados a que la atención otorgada sea de una excelente calidad.

El equipo de las áreas técnicas realiza las siguientes actividades:

En el área médica

- Historia clínica de ingreso
- Consultas médicas
- Actualización periódica de historia clínicas
- Notas de evolución
- Control de pacientes con enfermedades Crónico Degenerativas
- Campaña de Detección de Hipertensión Arterial y Diabetes
- Derivación de urgencias médicas al Hospital Civil.

El equipo de enfermeros

- Atención a interno-pacientes



- Curaciones
- Inyecciones
- Toma de muestras para laboratorio y pruebas rápidas para VIH.
- Entrega de medicamento los tres turnos los 365 días del año
- Atención de urgencias y canalización al área médica en caso necesario
- Administración de medicamento general y controlado.

#### El área de trabajo social

- Entrevista y realización de estudio de ingreso.
- Llamadas telefónicas a los internos que carecen de apoyo familiar
- Localización y entrevista con familiares y/o personas encargadas del interno-paciente.
- Realización de visitas domiciliarias para: corroborar apoyo familiar, fiador moral y victimología.
- Participación en el programa de VIH sida.
- Notas de seguimiento.
- Canalizaciones al área de jurídico con el fin de recibir asesoría respecto de su situación jurídica.
- Apoyo y seguimiento a su atención odontológica.
- Participación en las campañas VIH/SIDA y eventos extraordinarios.

#### Los Psicólogos realizan:

- Entrevista y estudio de ingreso.
- Aplicación e interpretación de pruebas psicométricas
- Terapia individual a todos los pacientes, mimos que se encuentran canalizados entre los 4 psicólogos adscritos a este dormitorio.
- Sesiones grupales.
- Atención en crisis y canalización al área de psiquiatría en caso necesario.
- Atención y orientación familiar
- Realización de estudio para beneficio.
- Reporte de avance de tratamiento
- Información y orientación de VIH/sida/ETS de manera individual a los internos que ingresan al Dormitorio 2 bis.

#### El equipo de Preceptores Técnicos

- Supervisión de actividades de higiene personal limpieza del dormitorio, ingesta de alimentos y medicamento.
- Organizar actividades laborales y ocupacionales.
- Gestión de material de aseo personal y de limpieza del dormitorio.
- Reubicaciones, urgencias, emergencias y traslados a las diferentes áreas del Centro.
- Pago de nómina a los 56 pacientes del dormitorio.
- Actividades lúdicas y de activación física
- Grupo de alfabetización con un total de 20 pacientes.

Es importante mencionar que su servidora y todo el personal que atiende a estas estancias tienen el compromiso institucional y anteponiendo en todo momento la obligación constitucional que refiere el artículo 1° de nuestra Constitución “...todas las autoridades en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos...” por lo cual para la que suscribe dicha obligación es una prioridad en el ejercicio de mis funciones y del personal que forma parte de esta Fiscalía de Reinserción.

10. El 31 de mayo de 2016 se solicitó a la fiscal de Reinserción Social del Estado de Jalisco que rindiera un informe en el que especificara el personal con el que cuenta la dependencia a su cargo de cada una de las áreas especializadas — médicos, psiquiatras, trabajadoras sociales— e indicara cuántos internos estaban siendo atendidos en ese momento con tratamiento y cuántos han sido rehabilitados en cada una de las áreas especializadas.

11. El 14 de junio de 2016 se recibió el oficio [...], suscrito por la fiscal de Reinserción Social del Estado de Jalisco, en el cual informó:

[...]

Primero. En la siguiente tabla se especifica el número de personal que atiende los pacientes internos en los diferentes centros que conforman esta Fiscalía de Reinserción Social.

| Centro                          | Médicos                 | Psiquiatras | Trabajadores sociales | Psicólogos | Preceptor técnico |
|---------------------------------|-------------------------|-------------|-----------------------|------------|-------------------|
| Comisaría de Prisión Preventiva | 1                       | 4           | 1                     | 1          | 3                 |
| Comisaría de Sentenciados       | 1 médico y 4 enfermeros | 4           | 3                     | 4          | 10                |
| Reclusorio Femenil              | 1                       | 1           | 1                     | 1          | 0                 |
| Reclusorio Metropolitano        | 1                       | 1           | 1                     | 1          | 0                 |
| CAIJE                           | 1                       | 1           | 1                     | 1          | 0                 |
| COCYDEJ                         | 1                       | 1           | 1                     | 1          | 0                 |
| Reclusorio Costa Sur Vallarta   | 1                       | 0           | 1                     | 1          | 0                 |
| CEINJURE AMECA                  | 1                       | 0           | 1                     | 1          | 0                 |
| Reclusorio Cd. Guzmán           | 1                       | 0           | 1                     | 1          | 0                 |
| CEINJURE TEPATITLÁN             | 1                       | 0           | 1                     | 1          | 0                 |

|                             |   |   |   |   |   |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|
| CEINJURE<br>TEQUILA         | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| CEINJURE Lagos de<br>Moreno | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| CEINJURE<br>AUTLÁN          | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| CEINJURE<br>CHAPALA         | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |

Segundo. En esta tabla se especifica el paciente interno crónico que actualmente está siendo atendido con tratamiento especializado (medicamento psiquiátrico) y los que están siendo rehabilitados, fuera del establecimiento especializado encontrándose físicamente con la población general, pero de la misma forma con tratamiento especializado (medicamento psiquiátrico) llamoos ambulatorio porque pueden convivir sin restricciones con la población en general.

Es importante señalar que no se puede tener una cifra de los internos pacientes que ya se encuentran rehabilitados, pues una vez identificado un interno paciente enfermo mental y mientras se encuentre recluido, su seguimiento no concluye sino hasta que se les otorga su libertad, esto por su seguridad y con la intención de que no tenga una recaída

| CENTRO                          | INTERNOPACIENTE<br>(CRÓNICO) | INTERNOPACIENTE<br>(AMBULATORIO) |
|---------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Comisaría de Prisión Preventiva | 420                          | 69                               |
| Comisaría de Sentenciados       | 325                          | 143                              |
| Reclusorio Femenil              | 4                            | 104                              |
| Reclusorio Metropolitano        | 0                            | 48                               |
| CAIJE                           | 0                            | 9                                |
| COCYDEJ                         | 0                            | 31                               |
| Reclusorio Costa Sur Vallarta   | 0                            | 49                               |
| CEINJURE AMECA                  | 0                            | 15                               |
| Reclusorio Ciudad Guzmán        | 30                           | 36                               |
| CEINJURE TEPATITLÁN             | 0                            | 6                                |
| CEINJURE TEQUILA                | 0                            | 6                                |
| CEINJURE Lagos de Moreno        | 0                            | 6                                |
| CEINJURA AUTLÁN                 | 0                            | 8                                |
| CEINJURE CHAPALA                | 0                            | 19                               |

12. El 29 de julio de 2016 se solicitó, con fundamento en el artículo 102 del Reglamento Interior de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, a la directora del Salme, que rindiera un informe complementario, en el que señalara:

- Aclarara la respuesta que proporcionara en el punto 7 del oficio [...], en virtud de que no realizó comentario alguno sobre el listado de centros de atención privada que se encuentran en funcionamiento en el Estado de Jalisco, por consiguiente tampoco informó si los mismos han sido sujetos de supervisión por parte de la SSJ o del Salme,

de igual forma en su respuesta indicó que se “adjunta un directorio de unidades de salud mental integrantes de la Red Estatal de Servicios de Salud Mental” como anexo 1, sin embargo dicho anexo corresponde al Informe de actividades 2015 “Cisame Colotlán”.

- Informara los métodos que prueben las campañas, planes, programas y servicios que lleven a cabo para la promoción de salud mental, prevención de trastornos mentales, riesgos psicosociales, participación comunitaria y remitiera las documentales que considerara necesarias para acreditar su dicho.

- Informara si el Salme cuenta con personal que otorgue capacitación sobre la materia tanto a personal de salud (médicos, enfermeras, paramédico) así como a sociedad civil, y en caso de ser positiva su respuesta remitiera las estadísticas que se hubieran generado con motivo de dichas capacitaciones.

- Especificara número de personal, nombramiento y adscripción con el que cuentan los Caisame (breve y prolongada), los módulos de salud mental (Lagos de Moreno, Tepatitlán de Morelos, La Barca, Atotonilco, Tamazula, Arandas, Juchitlán, Ahualulco, Zapopan y Guadalajara) y los cinco centros de Servicio de Psicología ubicados en la ZMG.

- Informara si se habían presentado solicitudes o instrucciones por parte de la SSJ para iniciar las gestiones de implementación de Módulos Comunitarios de Salud Mental en los municipios del Estado y en caso de contar con algunos registros, indicara en qué etapa del procedimiento se encontraban o si ya se firmó el correspondiente convenio.

- Informara el seguimiento o tramite que se ha realizado a la propuesta de intervención en el municipio de Bolaños. Para mayor información se le remitió copia simple del anexo 9, del oficio [...].

- Informara el seguimiento que se le había otorgado a la solicitud que realizara el Ayuntamiento de La Huerta para contar con un módulo de salud mental. Para mayor información se le remite copia simple del anexo 7, del oficio [...].

- Informara el número de visitas de apoyo técnico que se han realizado a las regiones sanitarias, centros integrales de Salud Mental y módulos comunitarios de Salud Mental durante la presente administración, remitiendo copia certificada de los resultados.

- Informara si el anexo 14 perteneciente al oficio [...] se encuentra completo, en virtud de que existía la duda de que se hubiera remitido adecuadamente, ya que el documento cuenta con 23 cuartillas de las cuales únicamente 7 se encuentran con cuestionarios contestados y las restantes se encuentran en blanco.

- Informara si el Salme mantiene convenio con instituciones educativas que cuenten con carreras afines a la salud mental para apoyo de prestadores de servicio social.

- Remitiera copia certificada de los siguientes documentos:

- Estadísticas que durante la presente administración se hubieran generado en el Caisame estancia breve y Caisame estancia prolongada.
- Programa de Salud Mental en Atención Primaria 2015-2018.
- Diagnóstico de salud mental 2000 y 2010.
- Programa Operativo Anual 2015 y 2016.

13. El 5 de agosto de 2016 se solicitó, en auxilio y colaboración, al director de Regiones Sanitarias y Hospitales de la SSJ que informara en cuántas regiones sanitarias se encuentra dividido el estado, y si en cada una de éstas hay un centro de atención especializado en salud mental, que remitiera copia certificada de las estadísticas de enfermedades mentales (morbilidad, psiquiatría y psicología) y diagnósticos situacionales de cada región sanitaria durante la presente administración, y finalmente, que informara si en la Unidad Centro de Salud N. 1 (Churubusco) actualmente se encontraba adscrito o contratado un médico psiquiatra.

14. El 9 de agosto de 2016 se solicitó, en auxilio y colaboración, al secretario de Salud del Estado de Jalisco que informara:

- En qué etapa de construcción se encuentra el Hospital Regional de Lagos de Moreno, y si el mismo contará con un área especializada en salud mental.
- El presupuesto anual que durante la presente administración ha manejado el Instituto de Salud Mental.
- El monto total que recibió la SSJ por parte del Seguro Popular en relación a salud mental (de 2012 a la fecha).

15. El 19 de agosto de 2016 se recibió copia del oficio [...], signado por el director de Asuntos Jurídicos de la SSJ, mediante el cual comunicó que se requirió al director general de Planeación de la dependencia que informara en qué etapa de construcción se encontraba el Hospital Regional de Lagos de Moreno, y que éste contará con un área especializada en salud mental. De igual forma, indicara el presupuesto anual que la presente administración eroga al Instituto Salme y el total recibido por el Seguro Popular en cuanto al rubro de salud mental.

16. El 30 de agosto de 2016 se recibió el oficio [...], signado por la directora del Salme, en el que rindió su informe complementario, donde manifestó:

- En respuesta al primer punto solicitado señaló que no forma parte de las atribuciones del Instituto Jalisciense de Salud Mental la supervisión y registro de los Centros de Atención Privada de Salud Mental, de igual forma desconoce si por parte de Secretaría de Salud se lleva a cabo algún registro y supervisión de los Centros de Atención Privada.
- Respecto al segundo punto adjuntan los siguientes documentos:
  1. Programa de Trabajo de Promoción y Prevención 2016.
  2. Programa de Promoción y Prevención 2016.
  3. Guía técnica de la campaña de Ansiedad y Depresión 2016.
  4. Resultados de la campaña de Desestigmatización e Inclusión Social de las Personas con Enfermedad Mental.
- En relación al tercer punto informó que no se cuenta con personal específico para capacitación de personal, por lo que han recibido el apoyo del Instituto de Investigación y Capacitación de la Comisión Estatal de Derechos Humanos a través de sus capacitadores especializados, dichas capacitaciones se llevaron a cabo los días 11 y 12 de junio de 2015 para personal de la zona metropolitana y 16 y 17 de julio del mismo año en Ciudad Guzmán.
- Anexo plantilla de personal solicitada no sin antes señalar que el personal de los Módulos de Salud Mental (Lagos de Moreno, Tepatitlán de Morelos, la Braca, Atotonilco, Tamazula, Arandas, Juchitlan, Ahualulco y Zapopan) no es personal que dependa del Instituto Jalisciense de Salud Mental.
- Informó que se ha realizado un Convenio para la Prestación de Servicios de Salud Mental a la Población en General, celebrado entre el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco y el ayuntamiento municipal de Ahualulco de Mercado, el cual se encuentra en revisión por el área Jurídica del OPD Servicios de Salud Jalisco. Anexo una relación de los diferentes municipios del Estado, que durante su administración se ha llegado a acuerdos buscando en todo momento la calidad y calidez del servicio que esta institución presta.
- Respecto al seguimiento o trámite de intervenir en materia de salud mental en el municipio de Bolaños, informó que el pasado 12 de febrero de 2016 el SALME se comprometió a brindar atención de primera mano, inmediata, siempre y cuando se solicite voluntariamente por parte de los afectados. El pasado 17 de febrero un equipo interdisciplinario integrado por psicología, trabajo social y promotora de salud mental, se trasladaron al municipio en donde aplicaron las intervenciones que tenían indicadas, adjuntó informe de resultados, posteriormente el 03 de marzo de 2016, se realizó reunión con personal de la Región Sanitaria I Colotlán, en la cual se acordaron las fechas para brindar capacitación en intervención en crisis al personal que las autoridades regionales designen. En general, por parte del Instituto Jalisciense de Salud Mental se ha brindado la atención a la población que lo ha requerido de manera prioritaria y se ha brindado la capacitación al personal de salud que se ha presentado en las convocatorias realizadas.

- Respecto a la solicitud del municipio de La Huerta de contar con módulo de salud mental informó que el pasado 27 de mayo del 2016 se realizó reunión de trabajo con el director de la Región Sanitaria VII de Atlán de Navarro, en la cual entre otros asuntos se abordó el tema de la instalación del Módulo de Salud Mental en el municipio de La Huerta, recomendando que el presidente municipal, realizara un oficio dirigido al gobernador. Adjuntó ficha informativa de fecha 02 de junio de 2016.
- En relación al número de visitas de apoyo técnico que se han realizado en las regiones, informó que se han realizado en total 32 visitas de Apoyo Técnico, 17 en 2013, 9 en 2014 y 6 en 2015; para 2016, se retoman a partir del segundo semestre del año.
- Finalmente, respecto a si el Instituto de Salud Mental mantiene convenio con instituciones educativas que cuenten con carreras afines de salud mental para apoyo de prestadores de servicio social informó que dicha dependencia no realiza ese tipo de convenios ya que dichas alianzas estratégicas se llevan a cabo entre representantes de las instituciones y el departamento jurídico de SSJ, y que actualmente son aproximadamente 60 instituciones las que brindan prácticas profesionales, servicio social, ciclos clínicos, internado de pregrado.

17. El 5 de septiembre de 2016 se recibió el oficio [...], firmado por el director general de Regiones Sanitarias y Hospitales del organismo público descentralizado (OPD) servicios de Salud Jalisco, donde informó que dentro de la Red Estatal de Servicios de Salud Mental, encargada de otorgar consulta psiquiátrica o psicológica (individual, parejas, familias, grupos), promover la salud mental y estilos de vida saludables, de la prevención de los trastornos mentales y riesgos psicosociales y de la rehabilitación psicosocial (grupos de psicoeducación), existen los siguientes lugares de atención:

**1. Región Sanitaria I: Colotlán**, abarca los municipios de Bolaños, Colotlán, Chimaltitán, Huejúcar, Huejuquilla el alto, Mezquitic, San Martín de Bolaños, Santa María de los Ángeles, Totatiche y Villa Guerrero.

- Cisame Colotlán se encuentra atendido por un médico general, que funge como coordinador, una psiquiatra, dos psicólogas, dos trabajadoras sociales, tres promotoras y una enfermera.

**2. Región Sanitaria II: Lagos de Moreno**, abarca los municipios de Encarnación de Díaz, Lagos de Moreno, Ojuelos, San Diego de Alejandría, San Juan de los Lagos, San Julián, Unión de San Antonio, Teocaltiche y Villa Hidalgo. El Centro de Salud es atendido por un director, un coordinador, un psiquiatra, una psicóloga y una trabajadora social.

**3. Región Sanitaria III: Tepatitlán de Morelos**, abarca los municipios de Acatic, Arandas, Jalostotitlán, Jesús María, Mexxicacán, San Miguel el Alto, Tepatitlán de

Morelos, Valle de Guadalupe, Villa Obregón y Yahualica de González Gallo. El Centro de Salud Tepatitlán se encuentra atendido por el director, el coordinador, una psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social.

- Módulo Arandas, se encuentra ubicado en el Centro de Salud El Rosario, y es atendido por un coordinador, una psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social.

**4. Región Sanitaria IV: La Barca,** abarca los municipios de Atotonilco, Ayotlán, La Barca, Degollado, Jamay, Ocotlán, Poncitlán, Tototlán y Zapotlán del Rey.

- Módulo La Barca, se encuentra ubicado en el Centro de Salud del municipio y es atendido por el director, coordinador, una psiquiatra, un psicólogo, una trabajadora social, promotor y enfermera.

- Módulo Atotonilco, se encuentra ubicado en el Centro de Salud del municipio y es atendido por el coordinador, una psiquiatra, un médico general, un psicólogo, una trabajadora social y un administrativo.

- Módulo Degollado, se encuentra ubicado en el DIF municipal, es atendido por el director del Centro de Salud, tiene un coordinador, un médico general, una psicóloga y una enfermera.

**5. Región Sanitaria V: Tamazula,** abarca los municipios de Concepción de Buenos Aires, Jilotlán de los Dolores, Manuel M. Diéguez, Manzanilla de la Paz, Mazamitla, Pihuamo, Quitupan, Tamazula, Tecalitlán y Valle de Juárez.

- Módulo de Tamazula, ubicado en el hospital de primer contacto en dicho municipio, es atendido por el director, un coordinador, una psiquiatra, una psicóloga y una trabajadora social.

**6. Región Sanitaria VI: Ciudad Guzmán,** abarca los municipios de Amacueca, Atemajac de Brizuela, Atoyac, Chiquilistlán, Ciudad Guzmán, Gómez Farías, Sayula, Tapalpa, Techalutla, Teocuitatlán de Corona, Tolimán, Tuxpan, Tonila, Venustiano Carranza, San Gabriel, Zacoalco de Torres, Zapotiltic y Zapotlán de Vadillo.

- Módulo de Salud Mental de Ciudad Guzmán, se encuentra atendido por un coordinador, una psiquiatra y una psicóloga.

- Cisame Ciudad Guzmán, atendido por un coordinador, dos psiquiatras, tres psicólogos, una trabajadora social, tres promotores y una enfermera.

**7. Región Sanitaria VII: Autlán de Navarro,** abarca los municipios de Atengo, Autlán, Ayutla, Casimiro Castillo, Cihuatlán, Cuatitlán, Ejutla, El Grullo, La Huerta,



Juchitlán, El Limón, Purificación, Tecolotlán, Tenamaxtlán, Tonaya, Tuxcacuesco y Unión de Tula.

- Módulo Juchitlán, ubicado en el Centro de Salud de dicho municipio, en donde es atendido por un coordinador, un psiquiatra, un psicólogo y un enfermero.
- Cisame Autlán de Navarro, atendido por un coordinador, un psiquiatra, tres psicólogos, dos trabajadores sociales, tres promotores y un enfermero.
- Cisame El Grullo, atendido por un coordinador, un médico general, dos psicólogos, dos trabajadores sociales, tres promotores y un enfermero.

**8. Región Sanitaria VIII: Puerto Vallarta**, abarca los municipios de Cabo Corrientes, Mascota, Puerto Vallarta, San Sebastián del Oeste, Talpa de Allende y Tomatlán.

- Cisame Puerto Vallarta, atendido por un coordinador, un psiquiatra, dos psicólogos, dos trabajadores sociales y tres promotores.

**9. Región Sanitaria IX: Ameca**, abarca los municipios de Ahualulco de Mercado, Ameca, Antonio Escobedo, Atenguillo, Cocula, Etzatlán, Guachinango, Hostotipaquillo, Magdalena, Mixtlán, San Marcos, San Martín de Hidalgo, Tequila y Tehuchitlán.

- Módulo Ahualulco de Mercado, ubicado en las instalaciones del DIF de dicho municipio atendido por un coordinador, un psiquiatra y una psicóloga.
- Cisame Ameca atendido por un coordinador, un psiquiatra, dos psicólogos, un trabajador social, dos promotores y un enfermero.

**10. Región Sanitaria X: Zapopan.**

- Módulo Zapopan Norte II, atendido por un director, un coordinador, un psiquiatra y un psicólogo.

**11. Región Sanitaria XI: Tonalá.**

- Cisame Tonalá atendido por un coordinador, un psiquiatra, dos psicólogos, un trabajador social, dos promotores, un enfermero y un administrativo.

**12. Región Sanitaria XII: Tlaquepaque.**

- Cisame Tlaquepaque atendido por un coordinador, un psiquiatra, dos psicólogos, un trabajador social, dos promotores, un enfermero y un administrativo.

### 13. Región Sanitaria XIII: Guadalajara Centro.

- Centro de Salud I, atendido por dos psicólogas y un médico residente en rotación de la especialidad de psiquiatría.
- Centro de Salud II “San Andrés”, brinda únicamente el servicio de psicología.
- Centro de Salud III, brinda únicamente el servicio de psicología.
- Centro de Salud IV “Yugoslavia”, atendido por dos psicólogas, una psiquiatra y una trabajadora social.
- Centro de Salud Echeverría, brinda únicamente el servicio de psicología.
- Centro de Salud Lázaro Cárdenas, brinda únicamente el servicio de psicología.
- Módulo Guadalajara I, atendido por un coordinador, dos psiquiatras, tres psicólogos, un trabajador social, dos promotores y un enfermero.

#### Centro de Atención Integral en Salud Mental (Caisame)

-Estancia Breve, ubicada en el municipio de Zapopan, atiende servicios de consulta externa en clínicas especializadas, hospitalización breve y atención integral de pacientes mentales agudos, urgencias psiquiátricas.

- Estancia prolongada, ubicada en el municipio de Tlajomulco de Zúñiga, atiende servicios de hospitalización y atención integral de pacientes mentales crónicos, rehabilitación y reinserción social.

Anexó también las estadísticas que se han generado durante la presente administración estatal en torno a enfermedades en salud mental.

18. El 22 de septiembre de 2016 se recibió el oficio [...], signado por el director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud Jalisco, mediante el cual informó lo siguiente:

-El Hospital Regional de Lagos de Moreno cuenta con una etapa ejecutada, la cual corresponde a un avance físico de 40 por ciento.

El presupuesto que se le otorga a la SSJ y las aportaciones que el Seguro Popular ha otorgado a la institución, es el siguiente:

| N. | FUENTE                         | 2013         | 2014          | 2015                           | 2016          |
|----|--------------------------------|--------------|---------------|--------------------------------|---------------|
| 1  | ESTATAL<br>Gastos de operación | \$99,497,000 | \$103,178,389 | \$107,305,528<br>\$104,537,182 | \$106,789,633 |
| 2  | ANEXO IV*                      | \$9,927,672  | \$12,274,934  | \$18,108,484<br>\$8,622,520    | \$36,709,560  |

|          |                               |               |               |                                |                                |
|----------|-------------------------------|---------------|---------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>3</b> | <b>RAMO 33*</b>               | \$5,577,998   | \$6,836,100   | \$24,993,007<br>\$16,835,306   | \$37,582,911<br>\$6,340,722    |
| <b>4</b> | <b>RAMO12*</b>                | \$450,000     | \$300,000     | \$4,038,500<br>\$4,000,000     | \$900,000                      |
| <b>5</b> | <b>RAMO 33 FASSA</b>          | \$8,027,796   | \$5,027,796   | \$6,842,999                    | \$7,395,427<br>\$5,027,796     |
| <b>6</b> | <b>SEGURO POPULAR DIRECTO</b> | \$649,698     |               |                                |                                |
| <b>7</b> | <b>TOTAL</b>                  | \$124,130,164 | \$127,617,219 | \$161,288,518<br>\$140,838,007 | \$189,377,531<br>\$155,767,711 |
| <b>8</b> | <b>TOTAL, REAL</b>            | \$108,624,494 | \$108,506,185 | \$140,838,007                  |                                |

\* N. 2, 3 y 4 corresponden a las aportaciones que se realizan mediante el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las entidades federativas (SIAFFASE).

19. El 10 de octubre de 2016, el tercer visitador general de esta Comisión emitió el memorándum 351/2016, en el cual le solicitó a los visitadores y visitadoras regionales lo siguiente:

- Informen si dentro de cada uno de los municipios que abarca la oficina regional a su cargo cuentan con un Módulo Comunitario de Atención en Salud Mental o en su caso si se ha solicitado llevar a cabo un convenio con la Secretaria de Salud Jalisco o el Instituto Jalisciense de Salud Mental, para fijar los lineamientos de coordinación para que los municipios, en el ámbito de su competencia, intervengan en la promoción de la salud mental, e incentiven la participación social y cuenten con dicho módulo comunitario.
- En caso de que se cuente con Centro Integral de Salud Mental (Cisame) o con un Módulo Comunitario, deberá realizar una investigación de campo, atendiendo los lineamientos que se agregan al presente.
- Se les remite el directorio de la Red Estatal de Servicios de Salud Mental por Región Sanitaria, para que se pongan en contacto con el titular de dichos Centros y se realice la correspondiente investigación decampo.
- Entrevisten y recaben información can al menos cinco personas que padezcan esta discapacidad en su región, atendiendo el cuestionario que se anexa.

20. El 11 de octubre de 2016, esta Comisión abrió el correspondiente periodo probatorio, otorgándoles un plazo de ley de cinco días hábiles a las partes para que allegaran documentales que consideraran pertinentes para acreditar su dicho.

21. El 13 de octubre de 2016 se solicitó, en auxilio y colaboración al secretario de Educación Jalisco, que proporcionara información respecto a las acciones que se llevan a cabo en la dependencia a su cargo para la detección oportuna de alguna patología psiquiátrica en menores, y en caso de identificar algún tipo de trastorno, describiera el procedimiento que se ha llevado a cabo.

22. Se solicitó también al titular del Centro de Atención Integral Juvenil que rindiera un informe en el que señalara las acciones que se llevan a cabo en la dependencia a su cargo para la detección oportuna de alguna patología psiquiátrica o el tratamiento y rehabilitación de los menores que sufren afectaciones mentales.

23. El 27 de octubre de 2016 se recibió el oficio [...], signado por el director general de Asuntos Jurídicos de la SEJ, mediante el cual informó que se solicitó al coordinador de Educación Básica de la dependencia que otorgara la información que esta Comisión había solicitado mediante oficio 264/16/III.

24. En esa misma fecha se recibió el oficio [...], firmado por el director del Centro de Atención Integral Juvenil del Estado de Jalisco, mediante el cual remitió el oficio [...], signado por el médico (funcionaria pública<sup>2</sup>), psiquiatra de la institución, quien informó:

Sirva el presente para dar contestación a la información solicitada mediante la queja 3686/16/III en el cual solicitan que se rinda un informe en el que señalen las acciones que se llevan a cabo en la dependencia a su cargo para la detección oportuna de alguna afectación mental o el tratamiento y rehabilitación de los menores que sufren afectaciones mentales, al respecto le informo lo siguiente:

A su ingreso se recabará información sobre sus antecedentes familiares y personales, (historia clínica, así como de tratamientos previos y su respuesta a los mismos, dándose continuidad de manejo en caso de ser necesario.

El departamento de psicología realiza la evolución de ingreso y canalización en caso de ser necesario.

En los casos de primer ingreso y de acuerdo a la valoración, se decidirá si el adolescente requiere o no tratamiento farmacológico. En caso negativo se derivará al departamento de psicología para su atención y seguimiento.

En caso positivo el manejo farmacológico durará según el tipo de trastorno que

presente. Siempre se iniciara con las dosis mínimas recomendadas y la duración del tratamiento dependerá de la evolución del mismo.

El diagnóstico y el tratamiento lo realiza el personal de psiquiatría y de acuerdo a criterios establecidos nacional como internacionalmente.

Cabe hacer mención que en el centro no contamos con alguna afectación orgánica y la atención que se solicita está calificada como trastornos de la afectividad (depresión, ansiedad e insomnio). El seguimiento se realiza en base a la evolución del paciente y de esta forma el personal de psiquiatría decide si continua o no la terapia, y en caso de ser dado de alta continuará con su seguimiento por parte del departamento de psicología.

25. El 1 de noviembre se recibió el oficio [...] signado por el director de Asuntos Jurídicos de la SSJ, mediante el cual informó que no se aportaría más elementos de prueba dentro del expediente de queja.

26. Se recibió también copia del oficio [...], signado por el coordinador de Educación Básica de la Secretaría de Educación Jalisco, mediante el cual hizo del conocimiento de esta Comisión que se le había solicitado a la directora de Psicopedagogía de esa dependencia que proporcionara la información solicitada por esta institución mediante oficio 264/2016/III.

27. El 6 de octubre de 2016, personal jurídico de esta Comisión acudió al Simposio Integral de Salud Mental (Sisam) 2016 organizado por la Asociación Civil Voz Pro Salud Mental HumanaMente, donde tomó nota de lo acontecido durante esa jornada de capacitación, en la siguiente acta circunstanciada:

... hacen constar que acudieron a las instalaciones que ocupa el salón de eventos “Fiesta Guadalajara” ubicado en la avenida López Mateos 610, colonia Jardines de Los Arcos, en este municipio, en donde se llevó a cabo el Simposio Integral de Salud Mental (SISAM) 2016 organizado por la Asociación Civil Voz Pro Salud Mental “HumanaMente” la cual se encuentra constituida por familiares y amigos de personas que viven con alguna enfermedad mental grave. Dentro de los objetivos de esta organización se encuentran aquellas dedicadas a orientar, apoyar y mejorar la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades mentales y sus familias. El programa de capacitación del SISAM abarcó una jornada amplia de formación y desarrollando los siguientes temas: historias de vida, narrativas y resultados de los cursos que maneja la organización, experiencias internacionales en rehabilitación psicosocial –World Association for Psychosocial Rehabilitation- (WARP) perspectivas en Latinoamérica, conferencias por parte de la titular del Instituto de Salud Mental (SALME) y del

Director del Instituto de Neurociencias, Investigación y Desarrollo Emocional (INCIDE), conferencia sobre la Terapia dialéctico comportamental para el manejo de las conductas autodestructiva, conferencia en primeros auxilios psicológicos, Panel: Herramientas terapéuticas que complementan el tratamiento psiquiátrico y se explicó el Modelo Guadalajara de Club house en donde se busca que las personas se rehabiliten y se hagan cargo de actividades cotidianas.

28. El 15 de noviembre de 2016 se recibió el oficio [...], signado por el coordinador de Educación Básica de la Secretaría de Educación Jalisco, mediante el cual remitió el oficio [...], suscrito por la directora de Psicopedagogía de la Secretaría, en el cual informó que los especialistas de esa dirección habían recibido capacitaciones en temas de identificación de trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializada. Informó también las acciones que realiza dicha dependencia para la identificación, diagnóstico y canalización de trastornos psiquiátricos en la infancia, rubro en el agua se atiende el siguiente proceso:

- Recepción de solicitud de atención, debido a que se han identificado dificultades o problemáticas en alguna o algunas áreas de desarrollo del alumno o alumna, por parte del docente, directivo o padre de familia.
- Por parte de los especialistas aplicación de entrevistas, escalas y pruebas psicométricas, neurológicas educativas y médicas, con la finalidad de conocer el estado psicológico, intelectual, mental, médico y emocional de los niños, niñas y adolescentes.
- Canalización a diversas instituciones de gobierno y organizaciones de la sociedad civil, encargadas de dar respuesta a las necesidades identificadas, en la particularidad de cada caso, a partir de la valoración psicopedagógica que se realiza en esa dirección.

29. El 1 de diciembre se solicitó al Instituto de Investigación y Capacitación en Derechos Humanos de esta Comisión (Iicadh), que informara los cursos de capacitación que se solicitaron o se llevaron a cabo en la anterior administración estatal (2006-2012) y en lo que va de la presente en cuanto a derechos humanos, tortura, tratos crueles e inhumanos en los centros integral de salud mental (Cisame), los centros de salud mental (Caisames) tanto de estancia breve como prolongada, regiones sanitarias y módulos comunitarios (municipales).

30. El 2 de diciembre de 2016, personal jurídico de la oficina regional Ciénega informó que se comunicó con los municipios que integran la región, a saber: Ocotlán, Jamay, Poncitlán, Atotonilco el Alto, Tototlán, Ayotlán, La Barca,

Chapala, Degollado, Jocotepec, Tuxcueca, Tizapán el Alto, Zapotlán del Rey, esto con la finalidad de preguntarles si contaban en su municipio con centro de salud mental (Cisame) o módulo comunitario. Sólo en Atotonilco el Alto y La Barca se confirmó la existencia y operación de un módulo comunitario en cada uno de ellos. En los demás, sólo Jocotepec cuenta con un convenio por parte de la SSJ para poner en funcionamiento uno en su municipio. En los demás municipios, cuando se presenta una urgencia los derivan a la ciudad de Guadalajara, al Salme.

31. El 5 de diciembre de 2016 se solicitó al secretario de Salud del Estado de Jalisco que proporcionara la lista de centros privados de salud mental que se encuentran autorizados para funcionar en el estado de Jalisco, así como los requisitos que deben cubrir los mismos para su funcionamiento, e informara si dichos centros pueden ser supervisados por la SSJ o por el Salme, en caso de ser positiva su respuesta, se le pidió que remitiera copia certificada de los resultados que se hayan generado al respecto.

32. En esa misma fecha, personal jurídico de la oficina regional de la Ciénega acudió al Módulo de Atención de Salud Mental de Atotonilco el Alto, a fin de efectuar diversas diligencias derivadas de la presente queja, en donde fueron atendidos por el encargado del módulo, el doctor Pedro Aguilar, quien les informó que desde el jueves 2 de diciembre de 2016, están realizando la mudanza del Módulo de Atención de Salud Mental a las instalaciones del Hospital Comunitario del Municipio, por lo que al momento no contaba con ningún paciente para poder entrevistar. Indicó que se les proporcionaría la ubicación del módulo para seguir brindando la atención y manifestó que en los siguientes días se daría a conocer el nuevo domicilio del módulo.

33. El 6 de diciembre de 2016 se solicitó a la titular de Salme que informara la capacidad de atención del Caisame estancia breve y del Caisame estancia prolongada (con cuántas camas se encuentran funcionando). Indicara si entre los pacientes internos se encontraban personas que hubieran sido remitidas por autoridades judiciales (o con declaratoria de inimputabilidad) y que señalara los cuidados o medidas de seguridad que se les brinda. Se le solicitó también que informara si dentro de los pacientes de dichos Caisames había personas con enfermedades infectocontagiosas y qué cuidados o medidas de seguridad se les brinda, y finalmente se le solicitó que remitiera copia certificada de los

reglamentos internos, del manual de procedimientos y manual de Organización del Caisame estancia breve y del Caisame estancia prolongada.

34. En esa misma fecha, personal jurídico de la oficina regional de Tamazula informó que se comunicó con los municipios que integran la región, a saber: Concepción de Buenos Aires, Jilotlán de los Dolores, La Manzanilla de la Paz, Mazamitla, Pihuamo, Quitupan, Santa María del Oro, Tecalitlán, Valle de Juárez, en donde le informaron que carecen de un Cisame o módulo comunitario de salud mental, sin embargo el director de la región sanitaria número V informó que dicho servicio se otorga para toda la región en las instalaciones que ocupa el Módulo de Salud Mental del Hospital de Primer Contacto ubicado en el municipio de Tamazula de Gordiano, el cual es coordinado por una psicóloga apoyada por una trabajadora social y un médico psiquiatra, quienes laboran en ese hospital en un horario matutino y son los encargados de evaluar a los pacientes para determinar si son enviados al Caisame en Ciudad Guzmán

35. En esa misma fecha, personal jurídico de la oficina perteneciente a la región norte, con sede en Colotlán, informó que se comunicó con los municipios que integran la región, a saber: Bolaños, Chimaltitán, Huejúcar, Huejuquilla el Alto, Mezquitic, Santa María de los Ángeles, San Martín de Bolaños, Totatiche y Villa Guerrero, en donde le informaron que no cuentan con un módulo comunitario de salud mental, siendo únicamente el municipio de Colotlán el que cuenta con un Cisame y brinda la atención a toda esa región. Sobresale el hecho de que el municipio de Huejuquilla el Alto, cuando se tiene que canalizar a una persona con padecimientos mentales, solicita el apoyo directamente a los Caisames ubicados en zona metropolitana o los Centros de atención de Jerez de García Salina, en el Estado de Zacatecas.

36. Ese mismo día, personal jurídico de la oficina regional Altos Norte, ubicada en Lagos de Moreno, informó que se comunicó con los municipios que integran la región, a saber: San Juan de los Lagos, Ojuelos, Encarnación de Díaz, Teocaltiche, San Diego de Alejandría, Unión de San Antonio y Villa Hidalgo, en donde le informaron que no cuentan con un Cisame o módulo de salud mental, y que en caso de solicitar un usuario dicha atención es canalizado al módulo comunitario de salud mental del municipio de Lagos de Moreno, o a los Caisames de la zona metropolitana, o en el caso del municipio de Teocaltiche se solicita el apoyo del DIF del municipio de Aguascalientes.



37. Ese mismo día, personal jurídico de la oficina regional Altos Sur, ubicada en el municipio de Tepatitlán de Morelos, informó que se comunicó con los municipios que integran la región, a saber: Valle de Guadalupe, Yahualica de González Gallo, Mexxicacán, Acatic, San Ignacio Cerro Gordo, Jesús María, San Julián, Jalostotitlán, San Miguel el Alto y Cañadas de Obregón, en donde le informaron que no cuentan con un Cisame o módulo comunitario de salud mental, y que en caso de solicitar un usuario dicha atención es canalizado al módulo comunitario de salud mental de la región sanitaria III, con sede en Tepatitlán de Morelos, o al Centro de Salud de Arandas, que también cuenta con una área que atiende este tipo de enfermedades. Sobresale lo señalado por el municipio de Acatic, en donde indicaron que muchos de los usuarios de este tipo de servicios son de escasos recursos y no acuden al centro de salud de Arandas o al módulo de la región sanitaria, porque las fichas se otorgan a las 4:00 horas y la gente no puede costear los traslados. Por su parte, el municipio de San Julián indicó que el servicio es brindado por un médico psiquiatra particular que da consulta en el DIF municipal. El municipio de Jalostotitlán indicó que canalizan a los usuarios al Centro de Salud de Tepatitlán de Morelos o a una clínica religiosa privada que atiende enfermedades mentales, ya que su respuesta es más rápida que la del propio Centro de Salud o del Seguro Popular. El Centro de Salud del municipio de San Miguel el Alto informó que se encuentra realizando gestiones para contar con un área especial para atender enfermedades mentales.

Se elaboró constancia telefónica, en la que se comunicaron al Módulo de Salud Mental de la Región Sanitaria III, con sede en Tepatitlán de Morelos, con la psicóloga (funcionaria pública<sup>3</sup>), encargada de dicho módulo, la cual corroboró que en dicha región sólo hay dos centros de atención a pacientes con problemas de salud mental, uno adscrito al centro de salud con sede en esa ciudad, y otro ubicado en Arandas, Jalisco. Asimismo, comentó que dichos módulos sólo funcionan como consulta externa, mas no para ingresos ni para atender crisis, ni urgencias derivadas de problemas de salud mental, pero que en esos casos, el personal puede canalizarlos a las clínicas públicas ubicadas en la capital del Estado.

38. En esa misma fecha, personal jurídico de la oficina regional Costa Norte, con sede en Puerto Vallarta, informó que se comunicó con los municipios que integran la región, a saber: Cabo Corrientes, Tomatlán y Puerto Vallarta. El

primero de los municipios mencionados, el DIF municipal señaló que no cuenta con un Cisame o módulo comunitario de salud mental, por su parte el Hospital de Primer Contacto de dicho municipio informó que no cuentan con personal que atiende enfermedades mentales, pero que una médica tomó un curso impartido por el Salme y es quien regularmente atiende de primer contacto a los pacientes que requieren atención, para posteriormente canalizarlos a un Caisame o Cisame. El DIF municipal de Tomatlán indicó que cuentan con el apoyo de un neurólogo que brinda consulta una vez cada quince día, pero que no cuentan con personal que atiende problemáticas relacionadas con enfermedades mentales, mientras que el hospital de primer contacto de ese municipio informó que no cuenta con especialistas en la materia y que únicamente tiene un módulo de asesoría contra la violencia intrafamiliar. Finalmente, el municipio de Puerto Vallarta sí cuenta con un Cisame, que suele ser quien otorga atención a toda la región.

39. En esa misma fecha, personal jurídico de la oficina Regional Sierra Occidental, con sede en el municipio de Mascota, informó que se comunicó con los municipios que integran la región, a saber: Mascota, Talpa de Allende, San Sebastián del Oeste, Mixtlán, Atenguillo, Ayutla, Cuautla y Guachinango, en donde le informaron que no cuentan con un Cisame o módulo comunitario de salud mental y que en caso de solicitar un usuario dicha atención es atendido en el DIF municipal o remitido al Caisame en la zona metropolitana.

40. El 7 de diciembre de 2016 se comisionó a personal jurídico de la tercera visitaduría para que el 12 del mismo mes y año acudieran a las instalaciones que ocupa el Caisame estancia prolongada en el municipio de Tlajomulco de Zúñiga, para llevar a cabo una investigación de campo en el sitio atendiendo los lineamientos de investigación del expediente de queja.

41. El 8 de diciembre de 2016 se comisionó a personal jurídico de la Comisión para que el 14 del mismo mes y año acudieran a las instalaciones que ocupa el Caisame estancia breve ubicado en el municipio de Zapopan, para llevar a cabo una investigación de campo en el sitio atendiendo los lineamientos de investigación del expediente de queja.

42. El 9 de diciembre de 2016, personal jurídico de la oficina de Ciudad Guzmán informó que se comunicó con los municipios que integran la región, a saber: Amacueca, Atemajac de Brizuela, Atoyac, Zapotlán el Grande, Gómez Farías,

San Gabriel, Sayula, Tapalpa, Techaluta de Montenegro, Teocuitatlán de Corona, Tolimán, Tonila, Tuxcacuesco, Tuxpan, Zapotitlán de Vadillo, Zapotiltic y Zacoalco de Torres, donde le informaron de manera general que no cuentan con un Cisame o módulo comunitario de salud mental y que tampoco han suscrito convenio alguno con la Secretaría de Salud Jalisco para que se implemente un módulo comunitario de atención mental en sus municipios.

43. El 12 de diciembre de 2016, personal jurídico de la oficina regional Valles, ubicada en el municipio de Tequila, informó que se comunicó con los municipios que integran la región, a saber: Amatitán, Cocula, Etzatlán, Hostotipaquillo, Magdalena, San Martín de Hidalgo, San Marcos, Teuchitlán, Tala y Tequila, en donde le informaron de manera general que no cuentan con un Cisame o módulo comunitario de salud mental, y que tampoco han suscrito convenio alguno con la SSJ para que se implemente un módulo comunitario de atención mental en sus municipios.

En consecuencia, los municipios de El Arenal y San Juanito de Escobedo manifestaron que existía un convenio para el traslado de pacientes al centro de atención integral en salud mental, ubicado en el municipio de Tlajomulco de Zúñiga, mientras que el municipio de Ahualulco de Mercado sí cuenta con módulo municipal de salud mental.

44. Ese mismo día personal jurídico de la oficina regional de Autlán de Navarro informó que se entrevistó con el coordinador del Cisame ubicado en dicho municipio, quien explicó que el problema más común que enfrentaban los usuarios era la falta de suministro del medicamento en las farmacias administradas por el Seguro Popular, que se ubican en las poblaciones de Autlán de Navarro, El Grullo y La Huerta, situación que comprometía la recuperación y rehabilitación del paciente. Exteriorizó la inquietud de que personal a su cargo fuera capacitado en materia de derechos humanos.

Se entabló comunicación con el director de la región sanitaria VII, quien explicó que las atenciones en cuanto a salud mental eran atendidas por el Cisame ubicado en el municipio de Autlán de Navarro, siendo esta institución la que atiende a usuarios de las siguientes poblaciones: Atengo, Autlán de Navarro, Ayutla, Casimiro Castillo, Cihuatlán, Cuautitlán, Ejutla, La Huerta, Juchitlán, El

Limón, Villa Purificación, Tecolotlán, Tenanaxtlán, Tonaya, Tuxcacuesco y Unión de Tula.

45. En esa misma fecha, personal jurídico de esta Comisión acudió a las instalaciones que ocupa el Caisame estancia prolongada de Tlajomulco de Zúñiga, donde hizo constar lo siguiente:

... nos entrevistamos con (funcionario público<sup>4</sup>), director de dicho CAISAME, quien nos presenta a la directora de Calidad de dicho centro, y le gira instrucciones para que nos acompañe al recorrido y se nos permita el acceso a todas las áreas del CAISAME así como a los documentos o expedientes clínicos que se solicite. Acto seguido, procedemos a ingresar a la supervisión de enfermería, en donde nos indica su titular que el grupo de trabajo de enfermeras se encuentra en comunicación constante con el personal médico (psiquiatras y generales) ya que son las encargadas de suministrar el medicamento a los pacientes, por lo que cada vez que se les entrega, las enfermeras y enfermeros revisan el expediente clínico de la persona para cerciorarse de que se cumpla cabalmente el tratamiento o en su defecto para corroborar que no haya habido un cambio de medicamento, una vez corroboradas las dosis el Centro de Distribución (CENDIS) es quien los proporciona, se le pregunta si se tiene carencia en medicamentos a lo que responde que por lo regular todo el tiempo están las dosis de los pacientes cubiertas, ya que el médico sabe el stock con el que cuenta el Centro, por lo que de no haber un medicamento normalmente los doctores cuentan con uno o dos medicamento alternos para los tratamientos. Informa que el personal del Centro recibió capacitación en materia de derechos humanos el pasado mes de agosto de 2016.-----

Acto seguido, acudimos al área de Rehabilitación, en donde nos entrevistamos con la especialista que atiende dicha área, a lo que nos comenta que anteriormente eran tres especialistas, sin embargo dos compañeros ya se jubilaron, por lo que únicamente ella es quien cubre el área en su horario matutino (que es el único horario), teniendo un total de 19 pacientes con problemática de capacidades residuales, entre los que ocupa alrededor de 30 minutos para sus terapias, que consisten en movimientos, hacer bicicleta, estiramientos entre otros, indicando la necesidad y urgencia de que en dicha área se cubran las vacantes de sus ex compañeros jubilados.-----

Continuamos el recorrido por el área general de odontología en donde no se encuentra ningún especialista atendiendo, sin embargo se nos informa que supuestamente se cuenta con un odontólogo matutino y uno vespertino, pero que ignoran el motivo por el cual el día de hoy no hay nadie en dicha área.-----

Continuamos al área de observación, en donde se encuentra una médica general, quien señala ser la que realiza las atenciones de los pacientes internos, en ese momento se encontraba realizándole una curación a un “niño” (joven de 35 años aproximadamente) que sufrió de una hernia y tuvo que ser intervenido en el Hospital Civil, para ahora ser atendido en dicha sala, hasta en tanto no mejore su condición y nuevamente sea regresado al “pabellón de niños” (el cual no cuenta con ningún menor de edad, sin embargo se le quedó ese nombre porque en su momento el Hospicio Cabañas remitía

infantes y eran depositados en dichas áreas). Acto seguido, ingresamos al área Infantil “B” en donde se encuentran 17 personas quienes aunado a la enfermedad mental, cuentan muchos de ellos con alguna otra discapacidad (auditiva, visual, motora) por lo que se les ubican colchones, para que durante el transcurso del día se acuesten ahí y no estén en el suelo. Ingresamos a la denominada área infantil “A” en donde se encuentran alrededor de 27 personas con ingreso breve, los cuales son atendidos por dos enfermeras y dos enfermeros, algunos de éstos pacientes si son visitados por sus familiares.-----

En la estancia breve-aguda de mujeres se encuentran 30 pacientes ingresadas, así como una más que el día de hoy se encuentra con un permiso terapéutico (son aquellos que el médico psiquiatra les otorga a las internas para convivir con sus familiares) y que posteriormente tiene que regresar, cabe señalar que para que alguna de las pacientes pueda egresar de dicha estancias, el médico psiquiatra debe dar el alta, con el visto bueno de la médica general. Informan que cuando existe alguna agresión física entre las pacientes, se utiliza primeramente una contención verbal, es decir se trata de hablar y explicar la situación con el paciente, en caso de se encuentre en un brote, se puede llegar a aplicar relajantes y en casos extremos con sujeción física hasta en tanto disminuya su episodio.-----

Continuamos el recorrido, por el pabellón de mujeres internas en estancia prolongada o permanente, en donde se nos informa que se cuenta con una población de 61 femeninas de entre 30 y 80 años, quienes son atendidas por seis enfermeras, ubicándose cinco en el patio y una en la central, más las pasantes de enfermería o de trabajo social que se encuentren llevando a cabo su servicio. Las pacientes tienen los lunes talleres recreativos en donde dibujan, tejen o pintan, mientras que los jueves son de “cine” donde se les transmite una película (por lo regular caricaturas o cine del denominado “cine de oro mexicano”), se advirtió que se les proporciona un radio con música y al momento en el que se realizó la visita las pacientes se encontraban en aparente buen estado físico. Se cuestionó al médico general que las atiende, cuál era el procedimiento para que alguna de las pacientes egresara de dicho pabellón, a lo que se indicó que desafortunadamente la mayoría de los familiares no las visita y por consiguiente no se las lleva a sus hogares, siendo así que a edades ya muy avanzadas se analice la posibilidad de que sean ingresadas a asilos (los cuales cobran cuotas remunerativas que el propio CAISAME eroga) y en algunos casos más pacientes mueren dentro del CAISAME por complicaciones naturales de la edad, en el entendido que hay quienes pasan más de treinta años en dicho lugar.-----

Acto seguido, ingresamos al pabellón de la estancia prolongada de hombre, en donde se cuenta con una población de 62 pacientes atendido por seis enfermeras y enfermeros, cinco en el patio y uno en la central de enfermería, más las pasantes de enfermería o de trabajo social que se encuentren llevando a cabo su servicio. Para el egreso de dicho pabellón, se nos informa que los pacientes transitan por la misma línea que la transitada en el pabellón de mujeres, es decir la mayoría o es trasladado a un asilo o muere dentro del CAISAME.-----

Continuamos la visita por las instalaciones que ocupa la consulta externa, en donde se encuentra un módulo de atención e inscripción al Seguro Popular. Nos entrevistamos

con la médica titular de dicha área, quien nos informa que el costo de la consulta es de \$150 pesos, sin embargo el área de trabajo social puede gestionar precios inferiores que oscilan entre \$50, \$35 pesos o exentar el cobro, así mismo la mayoría de los pacientes cuenta con seguro popular por lo que el costo en el otorgamiento del servicio es absorbido por dicho organismo. Indicó que en consulta externa se cuenta con dos turnos: matutino y vespertino, integrado el matutino por seis médicos: 3 médicos de base y 3 residentes, mientras que el vespertino por cinco médicos: 3 de base y 2 residentes, atendiendo el médico de base entre 6 y 8 pacientes diarios, citados por turno, mientras que los residentes atienden las urgencias y los pacientes sin cita que acudan, indicando que cuentan con pacientes del interior del estado (en algunos casos de municipios donde existen CISAMES, pero que prefiere atenderse en este Centro, ya que se encuentran más surtidos en la farmacia) y hasta de estados vecinos. Los fines de semana se mantienen guardias de médicos, por lo que la carga horaria de cada médico oscila en aproximadamente 56 horas laborales. Señaló que el depósito de medicinas con las que cuentan es amplio, pero que normalmente suele escasear los antipsicóticos (como las inyecciones quincenales o mensuales que les suministran a los esquizofrénicos). Se le preguntó si se aplica la terapia electrocumpulsiva, indicando que únicamente se analizaba la posibilidad cuando las pacientes se encontraban embarazadas y no se les puede suministrar mucho medicamento o en los pacientes que no respondían a más de dos fármacos diferentes o aquellos que tenían más de doce semanas hospitalizados y no respondían al tratamiento, pero que los candidatos a dichas terapias eran trasladados al CAISAME estancia breve “San Juan de Dios” ya que era el único lugar donde se realizaba dicha terapia. Indico la entrevistada que los médicos deben dar aviso a la autoridad Ministerial, cuando se ingresa a una persona al CAISAME, tramite en el cual se apoyan de trabajo social.-----

Procedemos a entrevistarnos con la titular del área de trabajo social del CAISAME, quien nos informa que son dieciocho los especialistas en la materia que laboran en el Centro. Informó que únicamente reciben ingresos de personas mayores de edad y que existen tres tipos de ingreso, a saber: voluntario (cuando la persona acude por su propio pie), involuntario (cuando los familiares lo internan) y obligatorio (cuando la autoridad les solicita se interne a una persona). Sin embargo, el 98% aproximadamente son ingresos involuntarios. La atención que brinda trabajo social no es únicamente al paciente hospitalizado a quienes dependiendo del diagnóstico y de la situación en la que se encuentre y si su médico se lo permite, se le puede dar acceso a medios electrónicos o informativos, así como la realización de llamadas telefónicas, indicó que se apoya a los médicos con las gestiones que se deben llevar a cabo ante el aviso al Ministerio Público del ingreso de pacientes, de igual manera se apoya a los familiares de los pacientes para que acepten y en medida de sus posibilidades se hagan cargo de sus familiares y no los abandonen en el CAISAME.-----

Acto seguido pasamos a la Unidad Intermedia de Rehabilitación (UNIRE) en donde se nos exponen las generalidades que se llevan a cabo a través de dicho programa, el cual se encuentra en funciones desde el 2008. Actualmente consta de cinco villas, aunque una de ellas es utilizada por el área administrativa y técnica del programa, por lo que las cuatro restantes, se utilizan dos para hombres y dos para mujeres, en ellas se busca

rehabilitar a los pacientes que son evaluados para en un futuro próximo reintegrarse a la sociedad. Cada villa cuenta con 12 camas y en este momento se encuentran en el programa 26 pacientes. El programa de UNIRE funciona con una evaluación que se le realiza al paciente que es susceptible de entrar, una vez aprobado, se le implementa un programa individual acorde a sus capacidades, debiendo cumplir un cronograma de actividades (funcionales, independientes, relaciones sociales, deportes, vida comunitaria, actividades comunes, etc.) para que se logre el objetivo del programa, que es su reinserción en una nueva vida, en donde evidentemente deberán cumplir horarios y responsabilidades. Cabe señalar que durante la convivencia en las villas de UNIRE se debe cumplir con un reglamento interno que ellos mismos mantienen en cada una de las villas, y en virtud de que se encuentran siendo supervisados por personal del CAISAME, se informa los pacientes pueden realizar actividades hasta las 20:00 horas y a las 22:00 horas se debe terminar la jornada. Los pacientes cuentan con clases de deportes, ludoterapia, rehabilitación cognoscitiva, cocina y de inglés (siendo uno de los propios pacientes quien actualmente es el maestro), en ocasiones terminan sus estudios de nivel básico o media superior en las instalaciones de UNIRE, ya que se le busca que en todo momento prepararlos para vivir fuera del CAISAME, se les busca capacitar para que encuentren empleo fácilmente, mediante una red de vinculación laboral para personas con discapacidad en donde habitualmente empresas les dan oportunidades laborales, también UNIRE busca becas en la Secretaría de Desarrollo e Integración Social, para que pacientes mejoren su calidad de vida. . Se ha registrado 31 personas egresadas de este sistema que se han insertado al ámbito laboral y ahora son independientes.-----

Finalmente se nos informa que el CAISAME implementa para la rehabilitación de los pacientes tres tipos de vivienda, a saber: 1. Vivienda supervisada (perteneciente a la ejercida en las villas del CAISAME), 2. Residencia Comunitaria (Se les paga la renta y se les otorga alimentación y enceres domésticos, por lo que los pacientes tienen una vida más satisfactoria, sin tanto estrés económico, existe una casa en el mismo poblado de EL Zapote, que se encuentra con pacientes del CAISAME) y 3. Vivienda independiente, que es aquella en el que el paciente se hace cargo de sus gastos, así como de su empleo y únicamente es monitoreada por personal de CAISAME mediante llamadas telefónicas y/o visitas) [...]

46. El 14 de diciembre de 2016, personal jurídico de esta Comisión acudió a las instalaciones que ocupa el Caisame de estancia breve ubicado en el municipio de Zapopan, donde hizo constar lo siguiente:

... nos entrevistamos con la titular del centro, la doctora (funcionaria pública<sup>5</sup>), a quien le hacemos saber que el motivo de la visita es para conocer las instalaciones y el funcionamiento del centro a su cargo, así mismo como para solicitar su autorización para llevar a cabo cinco cuestionarios a pacientes en torno a su enfermedad, tratamiento y atención que se les otorga, respondiendo la entrevistada que el Centro se encuentra abierto y dispuesto a colaborar en todo momento con la CEDHJ, por lo que gira

instrucciones para que el médico psiquiatra (funcionario público<sup>6</sup>), en compañía del director de calidad del Centro nos acompañen en todo momento a realizar el recorrido por el área de hospitalización, por lo que se inicia el recorrido en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos Psiquiátricos, en donde se observan 10 camas, las cuales se encuentran únicamente en este momento cinco de ellas ocupadas por pacientes, son atendidos por tres enfermeras y enfermeros y los pasantes de enfermería que se encuentren, más el médico psiquiatra de turno.-----

Se nos informó que por lo regular, se tienen dos tipos de ingreso: voluntarios e involuntarios, en estos últimos se encuentran aquellas personas que son llevadas por sus familiares o aquellas que son trasladadas por la Unidad Policial de Atención en Crisis (UPAC) de la Fiscalía General del Estado, o la Unidad Psicológica de Intervención Primaria (UPIP) de la Comisaría de la Policía Preventiva Municipal de Guadalajara, dichas instituciones se encargan de atender las crisis o intentos de suicidio mediante protocolo de atención en riesgo suicida y trasladan a las personas a este CAISAME, en donde son atendidos en el área de Urgencias, donde se encuentra un equipo interdisciplinario compuesto por psiquiatras (los cuales realizan guardias de 24/48 horas), médicos generales (tres por cada turno: matutino, vespertino y nocturno), trabajadoras sociales y psicólogos con conocimiento en atención en crisis, una vez estabilizados y en caso de que permanezcan hospitalizados, se notifica al Ministerio Público.-----

En caso de necesitar una terapia electrocompulsiva, se solicita un médico anesthesiólogo (por lo regular se busca un adscrito al Hospital regional de Zoquipan) para que apoye al equipo interdisciplinario, situación que se corrobora en el momento de la visita en donde presenciamos las gestiones previas de una paciente femenina de aproximadamente 48 años de edad que acude a terapia electrocompulsiva. Se nos hace saber que este tipo de terapia debe ser requerida dentro del tratamiento autorizado por el médico psiquiatra y en ocasiones se solicita el servicio de otra institución o del propio CAISAME estancia prolongada, en virtud de que en el ámbito público solo este Centro y el San Juan de Dios (para trabajadores del IMSS y del ISSTE) llevan a cabo dicha terapia, en el caso de las mujeres embarazadas se requiere la autorización del tutor o familiar de la mujer, se nos indica que esta terapia suele ser más recomendada para mujeres embarazadas que la utilización de fármacos.-----

Se nos informa que dicha Unidad de Cuidados Intensivos Psiquiátricos, es el primer contacto que se tienen con los pacientes que llegan en crisis, ya que ahí permanecen aproximadamente uno o tres días hasta que son estabilizados y trasladados a la aérea de hospitalización.-----

Acto seguido, ingresamos a la sala de visitas compuesta por una veintena de sillas, una caminadora eléctrica y una televisión, ahí se llevan a cabo las visitas de pacientes con familiares de lunes a viernes en el turno vespertino y los domingos por las mañanas, las visitas tienen una duración máxima de dos horas y se pueden llevar a cabo únicamente con autorización del médico psiquiátrico).-----

El área de hospitalización se encuentra compuesta por cuatro dormitorios, dos para hombre y dos para mujeres, y a la vez éstos se dividen en pacientes psicóticos y afectivos. Cada dormitorio cuenta con 10 camas y son atendidos en todo momento por



un enfermero o enferma de base y varios pasantes así mismo se encuentran bajo supervisión del médico psiquiatra en turno y de la atención interdisciplinaria que se brinda por parte de psicólogos, médicos generales, nutriólogos, trabajadoras sociales. En el área de los dormitorios se cuenta con un patio central que es utilizado como área común para los hospitalizados en donde llevan a cabo terapia física o terapia ocupacional, ahí mismo se encuentra el comedor, en donde se nos informa que los tres alimentos que se les brindan a los pacientes (8:00, 14:00 y 19:30 horas) son suministrados por una empresa que contrata el SALME es decir es un comedor subrogado, esto en virtud de que no se cuenta con una cocina en el edificio que lleve a cabo esta acción, tomando en cuenta las recomendaciones de la nutrióloga, ya que en ocasiones hay dietas especiales (diabéticos). De igual forma el vestido, calzado, productos higiénicos son otorgados por el SALME.-

Acto seguido, ingresamos al área de consulta externa, en donde nos acompaña la directora del CAISAME, y nos indica que se cuenta con 18 consultorios, en donde de manera interdisciplinaria atienden psicólogos, psiquiatras, paido psiquiatras y trabajadoras sociales, todos ellos en turno matutino y vespertino, cabe señalar que el área de intervención en crisis trabaja también en guardia de fin de semana y urgencias.

En cuanto al personal con el que labora cotidianamente el CAISAME, la titular nos expresa que cuenta con:

- Consulta externa

- Clínica de ansiedad: 3 psiquiatras, 2 matutino y 1 vespertino

- Clínica de depresión: 3 psiquiatras, 2 matutino y 1 vespertino

- Clínica de psiquiatría infantil: 3 paido psiquiatras, 2 matutino y 1 vespertino

- Hospitalización

- 5 médicos generales: 2 matutino, 2 vespertino y 1 fines de semana/guardias

- 2 psiquiatras: 1 matutino, 1 vespertino y 1 fines de semana/guardias

Y atendiendo diversos horarios:

- 37 psicólogos

- 14 trabajadoras sociales

- 2 voluntarios (los cuales realizan actividades específicas y deben firmar una carta compromiso con la institución.-----

Finalmente acudimos al área de trabajo social, donde se nos da a conocer el trámite que realizan cuando una persona es hospitalizada, ya que el médico psiquiatra es el que debe llenar el formato de solicitud de ingreso al CAISAME en donde deberá asentar si el ingreso es voluntario, involuntario u obligatorio, y en caso de los dos últimos, se da vista al Ministerio Público, por lo regular todos esos oficios se notifican a la Agencia ubicada en La Curva, en el municipio de Zapopan y debe ir firmado por la titular del CAISAME y la jefa de departamento de Trabajo Social del Centro. Nos informa que a cada paciente se le lleva a cabo una Guía Diagnóstica de situación familiar, en donde se propone un Plan de Acción a ejercer durante la estancia en hospitalización. Señala que en este tipo de estancia breve la mayoría de los familiares están al pendiente de sus familiares, pero que cuando éstos son reincidentes, agresivos o que han causado mucho daño a la familia, se han presentado casos en donde los familiares se niegan a recibir o a convivir con el

paciente, por lo que se llevan a un proceso de conciliación en donde se atiende a ambas partes, en la búsqueda de la estabilidad familiar.-----

Una vez finalizado el recorrido por el CAISAME, se les realizan las siguientes interrogantes:

¿Protocolo que implementan cuando uno de los hospitalizados tiene una enfermedad infecto-contagiosa? cuando eso sucede si el enfermo necesita de cuidados más especiales se realiza la gestión para su traslado al Hospital Regional de Zoquipan y hasta ahí acuden los médicos psiquiatras a consultarlo, revisarlo y evaluar su evolución, aunado a que se manejan cuidados especiales y un protocolo para personas con ese tipo de enfermedades.

¿Han recibido pacientes que sean remitidos por parte de Reclusorios? Sí, pero cuando acuden siempre van custodiados y únicamente acuden a urgencias o a consulta externa.-

¿Patologías mentales que cubre el Seguro Popular? Todas aquellas que se encuentran inscritas dentro del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES).-

¿Reciben hospitalizaciones de menores de edad? No, todos los menores son atendidos en urgencias y/o consulta externa, sin embargo en caso de requerir hospitalización se canalizan vía nosocomio público, al hospital Civil Viejo de Guadalajara o en ámbito privado al San Juan de Dios.-----

¿Es accesible el CAISAME para personas con discapacidad? Sí, en todos los aspectos, empezando por el edificio que no cuenta con barreras o impedimentos físicos para su acceso, al contrario se cuenta con rampa que faciliten su acceso aunado a que todo el edificio se encuentra en el mismo nivel (salvo el segundo piso de consulta externa, que no altera la atención hacia los pacientes).-----

¿Se cuentan con certificaciones en torno al funcionamiento del CAISAME? Si, del 2012 al 2015 se obtuvo la Certificación de Establecimientos de Atención Médica otorgada por el Consejo de Salubridad General, al haber cumplido con los estándares necesarios para brindar servicios con calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes, requisitos establecidos en la Cédula para la Certificación de Hospitales. Actualmente se encuentra certificado por el Seguro Popular dentro del Movimiento por la Seguridad del Paciente. Destaco que cuentan también con cinco buzones para recibir quejas, sugerencias o felicitaciones por parte de los usuarios, los cuales son abiertos cada quince días en presencia del aval ciudadano.-----

¿Han recibido cursos, platicas, seminarios o actualizaciones en materia de derechos humanos, tratos crueles e inhumanos? Sí, tuvieron un curso en línea sobre derechos humanos y salud, organizado por la Secretaría de Salud Jalisco.-----

¿Se cuentan con recientes remodelaciones en el CAISAME? Sí, actualmente se encuentra en construcción la ampliación del Centro en donde se llevaran a cabo terapias psicoeducacionales, en donde se busca empoderar a personas que vivan situaciones de violencia familiar en la pesquisa de encontrar soluciones que ayuden a romper el ciclo de violencia y mejorar la calidad de vida.-----

Según la página electrónica de Gobierno del Estado, se señala que el CAISAME presta los siguientes servicios en Consulta Externa. 1. Clínica de Trastornos Afectivos, 2. Clínica de Trastornos de Ansiedad, 3. Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, 4. Clínica de Niños y Adolescentes, 5. Clínica para la Prevención del Fenómeno Suicida

y 6. Clínica de Psicogeriatría ¿Actualmente se otorgan todos estos servicios? No, Trastornos de la Conducta Alimentaria desde hace años no se otorga, sin embargo se puede atender de primera instancia pero se remite a diversas instituciones encargadas de ese tipo de trastornos, de igual forma la Clínica de Psicogeriatría, desde hace aproximadamente nueve meses ya no se otorga en virtud de que ya no se cuenta con especialista que la atienda.-----

47. El 13 de diciembre de 2016 se recibió el oficio [...], signado por el director de la región sanitaria V Sureste Tamazula, mediante el cual informó que en dicha región hay 10 cabeceras municipales y un módulo de salud mental ubicado en el Hospital Comunitario de Tamazula, atendido por personal capacitado por el Salme en el modelo de atención, políticas, procedimientos y guías técnicas, atendiendo a la población en general de lunes a viernes de 8:00 a 15:30 horas. Indicó también que los servicios que presta son: atención psicológica individual y grupal, intervención en crisis, consulta médica psiquiátrica, referencia y contrarreferencia a unidades de la red estatal.

48. El 16 de diciembre de 2016, personal jurídico de la oficina regional Costa Sur-Sierra de Amula, en el municipio de Autlán de Navarro, informó que se comunicó con los municipios que integran la región, y obtuvo los siguientes resultados:

- El Limón, Tula, Tuxcacuesco y Tonaya no cuentan con psiquiatra o psicólogo en el respectivo Centro de Salud, por lo que cuando se necesita el servicio, derivan al paciente al CISAME de El Grullo.

- Casimiro Castillo Ejutla, Purificación y Ayutla no cuentan con psiquiatra o psicólogo en el respectivo Centro de Salud, por lo que cuando se necesita el servicio, derivan al paciente al CISAME de Autlán de Navarro.

- La Hurta si cuenta el Centro de Salud con un psicólogo, pero si necesitan atención psiquiátrica se deriva al CISAME de Autlán de Navarro.

- Cihuatlán no cuenta con psiquiatra o psicólogo en el respectivo Centro de Salud, por lo que cuando se necesita el servicio, derivan al Hospital psiquiátrico de Ixtlahuacán en Colima.

- El centro de Salud municipal de Atengo no cuenta con psicólogo o psiquiatra, pero si necesitan atención psiquiátrica se deriva al Centro de Salud de Juchitlán.

- El Centro de Salud de Juchitlán si cuenta un psicólogo y un psiquiatra que brindan el servicio, sin embargo, cuando el paciente se encuentra en estado crítico se traslada o al CISAME de Autlán de Navarro o al CAISAME de la Zona Metropolitana.

49. El 19 de diciembre se recibieron los cuestionarios que personal jurídico de las regiones de Sierra Occidental, Valles, Sierra de Amula-Costa Sur, Costa Norte, Sur, Sureste, Ciénega, Altos Sur, Altos Norte y Norte aplicó a pacientes que requieren servicios de salud mental, en donde se resguardaron sus datos y se les hicieron preguntas en torno al conocimiento de su diagnóstico, enfermedad, tratamiento, la atención que reciben por parte del servicio público, el costo de su tratamiento y si han recibido curso o psicoeducación para entender su enfermedad. Los resultados fueron coincidentes. Los usuarios indicaron que la carencia de medicamento es una de las prioridades, aunado a escasez de cursos o psicoeducación. Se evidenció la necesidad de incrementar la atención psicológica y se acreditó que la gran mayoría de los usuarios son atendidos por medio del Seguro Popular.

50. El 21 de diciembre de 2016, personal jurídico de la oficina regional Costa Sur-Sierra de Amula, en el municipio de Autlán de Navarro, informó que se comunicó con los municipios de Tecolotlán y Tenamaxtlán, en donde de manera coincidente se les informó que en los centros de salud de ambos municipios no contaban con atención psiquiátrica o psicológica, y que en caso de ser necesaria la atención para una persona con enfermedad mental, se canalizaban al Centro de Salud de Juchitlán.

51. El 22 de diciembre de 2016, personal jurídico de la oficina regional Costa Sur-Sierra de Amula, en el municipio de Autlán de Navarro, informó que se comunicó con los municipios de Chiquilistlán y Cuautitlán de García Barragán con los siguientes resultados:

- Centro de Salud de Chiquilistlán: cuenta con tres médicos y tres enfermeras así como una unidad móvil con otra enfermera, para atención de pacientes con enfermedades mentales, éstos los derivan al Centro de Salud de Juchitlán.

- Centro de Salud de Cuautitlán de García Barragán: Se cuenta con cuatro médicos generales, seis enfermeras, una psicóloga y un dentista y se tiene unidades médicas en las comunidades indígenas de Cuzalapa, Ayotitlán, Telcruz y Chacala, así como con un consultorio popular en Lagunillas, para atención de pacientes con enfermedades mentales, éstos los derivan al CISAME de Autlán de Navarro.

52. El 2 de enero de 2017, personal jurídico de esta Comisión entabló comunicación con personal del DIF de Cuquío para cuestionarlo sobre el protocolo que atiende la institución cuando se presenta un servicio de salud mental. Indicaron que primeramente se entrevista a la persona y en caso de necesitar atención psiquiátrica o médica, se deriva al Centro de Salud del municipio.

53. En esa misma fecha se entabló comunicación con personal del Centro de Salud del municipio de Cuquío, para cuestionar sobre el protocolo de atención que se les brinda a los pacientes que requieren atención mental. Señalaron que dicho centro pertenece a la Región Sanitaria XI, por lo que cuando llega un paciente que necesita ese tipo de atención, se le remite al centro de atención mental que se ubica en el municipio de Tonalá; sin embargo, ese centro evidentemente, se encuentra muy retirado de Cuquío, por lo que muchas veces los pacientes ni siquiera hacen el intento de acudir, a menos que sea una emergencia, pero cuando esto sucede es mejor hacer las gestiones para que el paciente sea evaluado directamente en el Caisame ya sea estancia breve o prolongada, ya que en Tonalá únicamente es consulta externa.

54. Ese mismo día se entabló comunicación telefónica con personal perteneciente al Centro de Salud del municipio de Juanacatlán, para cuestionar sobre el protocolo que atiende la institución cuando se presenta un servicio de salud mental. Señalaron que por ser un centro de atención de primera instancia y al no contar con especialistas en problemas mentales y pertenecer a la Región Sanitaria XI, los pacientes que llegan con esos problemas son canalizados al Centro de Atención Mental que se ubica en el municipio de Tonalá, pero ahí es únicamente para cuestiones de consulta externa, por lo que en caso de requerir internamiento se remite directamente al Caisame estancia breve y ahí es donde lo valoran para saber si se ingresa ahí o en El Zapote (estancia prolongada).

55. El 3 de enero de 2017, se recibió el oficio [...], signado por la directora del Instituto Jalisciense de Salud Mental, mediante el cual informó lo siguiente:

- [...] camas funcionando en los Caisames estancia breve y prolongada:

|            |                                       |
|------------|---------------------------------------|
| CAISAME    | 313 camas                             |
| ESTANCIA   | 3 no censables                        |
| PROLONGADA | Se encuentran al 100% de su capacidad |

|                              |                                                                                                                                                          |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                              | Se anexa copia del oficio[...] (ANEXO)                                                                                                                   |
| CAISAME<br>ESTANCIA<br>BREVE | Esta institución cuenta con un total de 50 camas censables<br>El día de hoy se encuentran hospitalizados 23 pacientes<br>Se anexa copia del oficio [...] |

- Informe si dentro de los pacientes internos en los centros antes mencionados, se encuentran personas que hayan sido remitidas por autoridades judiciales (o con declaratoria de inimputabilidad) y señale los cuidados o medidas de seguridad que se les brinda a dichas personas

CAISAME ESTANCIA BREVE: no se ingresan pacientes con declaratoria de inimputabilidad.

CAISAME ESTANCIA PROLONGADA: me permito relacionar a continuación el número de pacientes que se encuentran internos remitidos por autoridades judiciales y de fiscalía:

#### CONDICION JURIDICA

|                     |    |
|---------------------|----|
| INIMPUTABLES        | 11 |
| PROCESO             | 04 |
| MEDIDA DE SEGURIDAD | 01 |

#### DERIVADOS POR:

|                   |    |
|-------------------|----|
| JUZGADOS          | 06 |
| FISCALIA CENTRAL  | 06 |
| FISCALIA REGIONAL | 04 |

Se les brindan los cuidados señalados en la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014. Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, norma que puede ser revisada por la H. Comisión Estatal de Derechos Humanos en el sitio web que a continuación se señala:

[...]

- Informe cuantos pacientes se encuentra dentro de los Caisame con enfermedades infectas contagiosas y el cuidado o medios de seguridad que se les brinda dichas personas.

En vía de respuesta a la solicitud realizada en el punto que antecede me permito informarle que el MANEJO, CONTROL Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS DEL CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

El Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales (CODECIN) de Caisame Estancia Prologada es el encargado de coordinar, verificar así como aplicar y tener el seguimiento de las acciones seguras para la prevención, reducción de las infecciones intrahospitalarias.

Dentro de las funciones específicas del comité es la detección, búsqueda intencionada de casos, registro, notificación, manejo y control de las infecciones nosocomiales, uso racional de antimicrobianos, así como el análisis, difusión de la información, capacitación y gestión de riesgos en los diferentes niveles operativos de la institución con la finalidad de promover la funcionalidad y eficacia del mismo e incidir en la reducción de las infecciones nosocomiales, mejorando la calidad de la atención médica y la seguridad de nuestros pacientes.

Además, como se establece en el procedimiento de atención en cada uno de los ingresos o reingresos se realiza la búsqueda intencionada de algún padecimiento infectocontagioso con la realización de pruebas de laboratorio como son VDRL Y HIV, además de que si alguno de ellos ya fuera portador de algún padecimiento de la misma índole se le continúa su control y supervisión, así como se realiza la gestión necesaria a las diferentes instituciones o programas para otorgarle su tratamiento y evitar alguna complicación al mismo usuario, así como prevenir algún brote o contaminación a terceros.

Se cuenta en el área de unidad médica con dos espacios aislados para algún caso confirmado o caso probable infectocontagioso para así prevenir y reducir la propagación del mismo, tomando las medidas de seguridad a todo el personal tanto médico y no médico capacitándolos y dándoles a conocer la importancia de la vigilancia epidemiológica y los avances en cuanto al control de infecciones, haciendo especial énfasis en la higiene de las manos, además de otorgar los insumos necesarios (batas, cubre bocas, lentes, guantes etc.) para la protección del mismo paciente así como de cada uno del personal operativo que tiene contacto con el mismo.

El personal de enfermería tiene un gran porcentaje de participación dentro de la prevención, ya que son los encargados en parte de notificar al cuerpo médico cualquier caso sospechoso de algún procedimiento infeccioso o cuadro febril, así como la realización en los recorridos de los diferentes servicios hospitalarios para la verificación y cumplimiento de las acciones seguras de manejo de RPBI, Manejo de ropa hospitalaria en caso de que esta fuera de algún paciente en estudio de caso

sospechoso para a su vez dar a conocer las medidas preventivas dentro del área específica.

Actualmente dentro de CAISAME se cuenta con dos usuarios con diagnóstico de enfermedad infectocontagiosa de los cuales una de ella es una femenina de 65 años de edad cursando con diagnóstico de VIH desde el 2008 valorada por parte de la unidad de HIV del Hospital Fray Antonio Alcalde realizando sus estudios serológicos de rutina los cuales hasta el día de hoy se han encontrado con un resultado indetectable, la usuaria continua acudiendo a sus citas subsecuentes por los diferentes servicios de dicha institución según sea necesario y las medidas de seguridad para la prevención de algún contagio, son que todo procedimiento que se realice en el cual se incluya algún corte o punción (pinchazo, toma de muestras) debe ser realizado con material desechable o esterilizado, así como el manejo de las secreciones para evitar derrames u otros y orientación a la paciente sobre las medidas a seguir y los cuidados de las mismas para su seguridad como las de los demás usuarios.

Otro paciente el cual cursa con un diagnóstico de VIH agregado a su padecimiento psiquiátrico desde el 2014, ingresó a la Institución el pasado agosto del presente en el cual a su interconsulta a las Unidad de VIH para que se le otorgara su tratamiento se quedó hospitalizado en la misma institución para valoración en el cual se le diagnosticó probable tuberculosis pulmonar a su egreso de la misma, reingresa al CAISAME en el cual es colocado de primera instancia en área de aislado de la unidad médica y se establecen las medidas preventivas para la seguridad del usuario así como del personal operativo en las cuales se abasteció de los insumos necesarios como lo son batas desechables, guantes, gel antibacterial, cubrebocas, lentes además se capacitó al personal de servicios generales en las medidas de seguridad que deberían de tomar para así evitar algún contagio, haciendo hincapié en la importancia del lavado de manos y el manejo adecuado de los desechos y ropa del paciente, así como orientación al paciente sobre la importancia de su padecimiento para tener más conciencia respecto a su enfermedad.

Además se realizó la gestión a la región sanitaria XII y al Programa Estatal de Tuberculosis para que se le otorgará su tratamiento, el rastreo de los estudios realizados y llevados al laboratorio estatal para su procesamiento, así como se notificó a epidemiología de la misma región sanitaria para su supervisión además de ser uno de las áreas correspondientes y con acceso a la Plataforma del Programa Estatal de Tuberculosis para evitar algún error en el sistema o un registro doble del mismo.

En la unidad hospitalaria de Caisame Estancia Breve por medio de oficio [...] (ANEXO 2) se informa que dicha unidad no cuenta con ningún paciente con enfermedades infectocontagiosas.

- Remita copia certificada de los reglamentos internos, manuales de procedimiento y



manual de organización Caisame Estancia Breve y Estancia Prolongada.

En relación a este punto, me permito acompañar al presente escrito, copia del acuse de recibo del oficio numero [...] en el que se le solicita al Director General de Administración del OPD Servicios de Salud Jalisco la certificación de los documentos solicitados mismos que serán remitidos a esta H. Comisión Estatal de Derechos Humanos, mismos que me permito relacionar a continuación:

### **CARPETA DE MANUAL DE PROCEDIMIENTOS 1**

- Reglas Internas del Centro de Atención Integral en Salud Mental del Estancia Prolongada.
- Procedimiento para el Servicio de Limpieza.
- Procedimiento para el Resguardo de Objetos personales del Paciente.
- Procedimiento para la Atención en Rayos X.
- Procedimiento para la Distribución y Entrega de Insumos.
- Procedimiento para el Servicio de Hospitalización,
- Oficio dirigido al Ing/Arq. Rubén Contreras Cabrera, Jefe de Organización y Métodos, Servicios de Salud Jalisco.
- Procedimiento del Servicio de Hospitalización.
- Procedimiento de la Jefatura de Servicios Generales.
- Procedimiento de Supervisión del Servicio de Limpieza.
- Procedimiento de Costura.
- Procedimiento para el Levantamiento de Inventario Físico en Almacenes de Centros de Responsabilidad.
- Procedimiento para la Administración de Recursos Humanos de Hospitales Regionales.
- Procedimiento para el Servicio de Nutrición,
- Procedimiento para Recepción, Almacenaje, Entrega de Medicamento y Material de Curación

### **CARPETA DE MANUAL DE PROCEDIMIENTOS 2**

- Manual de Organización Especifico.
- Procedimiento de Consulta Externa.
- Procedimiento del Servicio de Consulta Externa.
- Procedimiento para atender quejas, Sugerencias y Felicitaciones.
- Procedimiento para Control y Seguimiento de las Solicitudes de Mantenimiento.
- Procedimiento para el Manejo de Residuos Peligrosos Biológicos-Infeciosos RPI.
- Procedimiento para el Correcto Almacenamiento y Recolección de Residuos Peligrosos Biológico-Infecioso.
- Procedimiento para el Servicio de Alimentación.
- Procedimiento para el Servicio de Conmutador, Fotocopiado y Voceo.
- Procedimiento para el Servicio de Hospitalización.

- Anexo Procedimiento para el Servicio de Hospitalización.
- Procedimiento para el Servicio de Limpieza.
- Procedimiento para la Inducción Laboral a la Unidad de Rehabilitación Integral.
- Procedimiento para la depuración de Expedientes Clínicos en Hospitalización 2013
- Reglas Internas del Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Prolongada.
- Procedimiento para Manejo de los Servicio Subrogados.
- Procedimiento para Solicitud d Nominas, Calculo y Pago.
- Procedimientos para el Manejo de Residuos Peligrosos Biológicos-Infeciosos RPI 2003
- Procedimiento para la Solicitud, Resguardo de Recibos y Corte de Caja.

#### CAISAME ESTANCIA BREVE

- Se remite copia del reglamento interno del Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Breve para su certificación
- Se remite copia del Manual de Organización del Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Breve para su Certificación.
- Se remite copia del Manual de Organización Especifico del Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Breve para su certificación.

Anexó al escrito antes señalado, una copia simple del oficio [...] firmado por el doctor (funcionario público<sup>4</sup>), director del Caisame Estancia Prolongada; oficio [...] signado por la doctora (funcionaria pública<sup>5</sup>), directora del Caisame Estancia Breve; y oficio [...] signado por la titular del Caisame en donde solicitó al director general de administración del OPD de la SSJ que se llevara a cabo la certificación de los manuales de procedimientos que fueron solicitados por esta Comisión.

56. El 4 de enero de 2017 se recibió el oficio [...] firmado por la directora del Instituto Jalisciense de Salud Mental, mediante el cual remitió copias certificadas de los Reglamentos Internos, Manual de Procedimientos y Manual de Organizaciones del Caisame Estancia Prolongada y Estancia Breve.

57. En esa misma fecha, personal jurídico de esta Comisión entabló comunicación con la trabajadora social del DIF del municipio de Ixtlahuacán del Río, a quien se le cuestionó sobre el protocolo que realiza la institución para atender a personas con enfermedades mentales. Ella informó que en dicha

institución entre la psicóloga y ella atienden a pacientes remitidos por el juzgado, el Ministerio Público, por el Instituto de Psicopedagogía de la Secretaría de Educación Jalisco y al público en general. Respecto a los niños que son remitidos por parte de la SEJ, indicó que debe ser la escuela la que solicite el servicio previa autorización de los padres de familia; sin embargo, cuando se detecta que el menor tiene problemas graves de agresividad o ingesta de drogas, se solicita el apoyo directo del Salme y se canaliza a consulta externa en el Caisame estancia breve, para que ahí se defina el tratamiento y rehabilitación que necesita. Respecto a los adultos, informó no recordar haber recibido pacientes en crisis; sin embargo, indicó que en caso de que lleguen pacientes que requieran atención psicológica o psiquiátrica, se les ofrecen las opciones que existen, ya sea acudir al centro de atención en salud mental en Tonalá (pertenecen a la región sanitaria XI) o directamente a consulta al Caisame estancia breve; o cuando es muy evidente que el paciente requiere hospitalización, se realizan gestiones directamente al Caisame estancia prolongada. Puntualizó que si la persona no cuenta con recursos económicos para viajar, se realizan gestiones para su traslado ya sea en una ambulancia o en una unidad de policía.

58. Ese mismo día, personal jurídico de esta Comisión se comunicó con personal del Centro de Salud del municipio de Ixtlahuacán del Río para cuestionarle sobre la atención mental que reciben los pacientes en dicho municipio. La administradora de dicho centro informó que cuentan con dos médicos generales, uno de ellos pasante, así como tres enfermeras de base y una más pasante, quienes a pesar de que no cuentan con capacitación en cuanto a atención mental, son los encargados de atender en primera instancia a los pacientes. Indicó que generalmente tienen entre cinco y seis pacientes que requieren atención mental, los cuales ya han sido diagnosticados, por lo que únicamente acuden por medicamento, el problema radica cuando no surten el medicamento y por ende no es posible otorgárselo al paciente, quien obviamente puede sufrir una crisis. Informó que en los aproximadamente veinte años que tiene el Centro de Salud funcionando, nunca se ha contado con un psiquiatra o un psicólogo, por lo que evidentemente deben de canalizar a alguno de los Caisames o en caso de requerir terapias psicológicas se solicita el apoyo de personal del DIF municipal.

59. El 5 de enero de 2017, personal jurídico de esta Comisión se comunicó al DIF del municipio de Acatlán de Juárez, en donde la trabajadora social informó que entre la psicóloga y ella atienden a los pacientes derivados por el juzgado de

Zacoalco de Torres, por el Ministerio Público, por el Instituto de Psicopedagogía de la Secretaría de Educación Jalisco, y al público en general. Indicó que ella labora en la dependencia desde 1998; sin embargo, desde la pasada administración municipal 2012-2015 se llevó a cabo un convenio con el Instituto de Psicopedagogía, para que todo menor que requiera apoyo en el seguimiento de su tratamiento, fuera remitido al DIF, situación que evidentemente incrementó la carga laboral no sólo de la psicóloga, sino también de ella, ya que al ser la única trabajadora social debe llevar a cabo las visitas domiciliarias y darle seguimiento a los casos de pacientes de la SEJ, situación que debería conocer y llevar a cabo el Instituto de Psicopedagogía, que cuenta en cada delegación de la SEJ con un médico, un psicólogo, un trabajador social y un pedagogo. Señaló que no ha habido casos recientes en los que el DIF haya tenido que canalizar a una institución de salud mental, sino que los pacientes que acuden regularmente por dichos padecimientos ya son conocidos y se sabe la institución que los trata, por lo que lo único en lo que apoya el DIF es cuando la persona es de escasos recursos, pues se les brinda el traslado a la clínica, Hospital Civil Viejo o Caisame en el vehículo incluyente, acompañados por personal del DIF.

60. El 6 de enero de 2017, personal jurídico de esta Comisión se comunicó el Centro de Salud del municipio de Villa Corona, en donde uno de sus enfermeros indicó qué protocolo sigue dicho centro cuando se presenta un servicio de salud mental. Especificó que ese es el relacionado con la atención de primera instancia, en donde el paciente es atendido por el médico de base (se cuenta con un médico pasante, pero no atiende este tipo de problemáticas) y en caso de ser necesaria la atención especializada, se hace hoja de contrarreferencia a alguno de los Caisames o al Civil Viejo, y se deja la nota en el expediente clínico del paciente. Indicó que cuando el paciente ya es diagnosticado, se le pide una copia de su diagnóstico y de la receta que se le otorga en los centros de atención mental para poder estar en posibilidades de surtir la receta en la farmacia del Seguro Popular; sin embargo, ésta no cuenta siempre con todos los medicamentos.

61. En la misma fecha se entabló comunicación con personal del DIF municipal de Villa Corona, en donde la trabajadora social indicó que el protocolo de atención que se les brinda a los pacientes que requieren cuidado en cuestiones de salud mental es complicado y en general depende directamente del Centro de Salud, más aún cuando son situaciones de crisis. Cuando la familia no cuenta con recursos económicos, el DIF municipal realiza gestiones de traslados en

vehículos municipales, unidades de policía o ambulancias a pacientes que requieren ir a consulta a los Caisames (breve y prolongada). El DIF municipal en algunos casos ha recibido a menores de edad que necesitan ser valorados en atención especial, ya que el psicólogo del DIF no maneja todas las pruebas o test de evaluación, por lo que regularmente son canalizados a la Clínica de la Conducta que se ubica en el DIF Jalisco en el municipio de Guadalajara, donde se les da seguimiento. Destacó que el municipio de Villa Corona se compone de siete delegaciones, de las cuales cuatro de ellas no cuentan con servicio de transporte público, lo que hace que las personas que requieren este tipo de atención sean aún más vulnerables, ya que en ocasiones carecen de recursos económicos para salir a la cabecera municipal, mucho menos se encuentran en posibilidades de trasladarse hasta la zona metropolitana de Guadalajara, donde están las instituciones y centros de hospitalización en materia de salud mental.

62. En esa misma fecha, personal jurídico se comunicó al Centro de Salud de San Cristóbal de la Barranca, en donde se solicitó información sobre el protocolo a seguir en caso de que se presente un paciente con enfermedad mental. Señalaron que en caso de que acuda el paciente en estado de crisis, se le brindan las atenciones de primera instancia y se le estabiliza, para después realizar las gestiones necesarias para que sea canalizado a alguno de los dos Caisames. Indicó que el médico general que labora en el centro es servidor público municipal, esto por encontrarse adscrito a los Servicios Médicos Municipales, y que desde hace ocho meses trabaja en calidad de “préstamo” en el Centro de Salud.

63. El 7 de enero de 2017 se recibió el oficio [...], suscrito por el licenciado (funcionario público), director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud Jalisco, mediante el cual remitió copia simple del oficio [...], firmado por el doctor (funcionario público<sup>7</sup>), comisionado para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado, en el que señaló lo siguiente:

1. En relación al primer punto de su solicitud, que refiere a que “informe el listado de centros privados de Salud Mental que se encuentren autorizados para operar en el Estado de Jalisco, así como los requisitos que deben cubrir” se manifiesta a usted que:

- a) Acorde al numeral 3, fracción VI, de la Ley General de Salud, es materia de salubridad general, la salud mental.
- b) Complementariamente el numeral 27, fracción VI, de la propia Ley General de Salud establece que la Salud Mental es un servicio Básico de Salud.

c) Por otro lado, la amplitud de los servicios de Salud Mental es definida en el artículo 74 de la propia Ley General de Salud, que define:

Artículo 74.- la atención de los trastornos mentales y del comportamiento comprende:

I. La atención de personas con trastornos mentales y del comportamiento, la evaluación diagnóstica integral y tratamientos integrales y la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

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

III. La reintegración de la persona con trastornos mentales y del comportamiento a su familia y comunidad, mediante la creación de programas sociales y asistenciales como residencias y talleres protegidos en coordinación con otros sectores, para la debida atención de estos pacientes.

En este sentido, los servicios de salud mental incluirán de forma enunciativa, los consultorios de psicología, los consultorios médicos de especialidad y los hospitales psiquiátricos (hospital sin actos quirúrgicos), entre otros.

Por tal virtud dado que la expresión “centros privados de atención mental” pudiera presentarse a confusión, respecto a la información que realmente requiere es H. Comisión, se solicita de la manera más atenta e aclare qué tipo de establecimiento de los antes enunciados es el que se requiere de establecer como padrón; para posteriormente definir si existe o no dicho padrón y cuáles son los requisitos específicos el tipo de giro de que se trata.

Por lo que corresponde al segundo punto de la solicitud, en donde se requiere que “informe si los centros privados señalados (Salud mental) son susceptibles de supervisión por parte de la SSJ o por el Instituto Jalisciense de Salud Mental; se manifiesta a usted que, para emitir esta respuesta, quedamos supeditados a la definición precisa del tipo o tipos de giros de que se trata, dentro del amplio catálogo de servicios relacionados con la salud mental que se prestan en el Estado.

## II. EVIDENCIAS

1. Instrumental de actuaciones, consistente en el acuerdo de admisión de la queja 3686/16/III que esta Comisión inició con motivo de la posible omisión en la protección de la salud de personas con padecimientos mentales, descrito en el punto 2 del capítulo de antecedentes y hechos.

2. Documental consistente en el oficio [...], suscrito por la doctora (funcionaria pública<sup>2</sup>), directora del Instituto Jalisciense de Salud Mental del Estado, en

donde rindió su informe de ley en los términos descritos en el punto 4 del capítulo de antecedentes y hechos.

3. Documental consistente en el oficio [...], suscrito por la doctora (funcionaria pública<sup>2</sup>), directora del Salme, mediante el cual informó que durante la presente administración no se ha realizado diagnóstico de la Salud Mental en el Estado, en virtud de que éste se realiza cada diez años y el último data del 2010, tal y como se describió en el punto 7 del capítulo de antecedentes y hechos.

4. Documental consistente en el oficio [...], suscrito por la entonces fiscal de Reinserción del Estado de Jalisco, quien en auxilio y colaboración informó el estado que guarda la atención médica psiquiátrica de las personas privadas de su libertad, descrito en el punto 9 del capítulo de antecedentes y hechos.

5. Documental consistente en el oficio [...], suscrito por la fiscal de Reinserción Social del Estado de Jalisco, en donde indicó la cantidad del personal con el que cuenta la dependencia a su cargo, que atiende a las personas privadas de su libertad y que tienen con problemas mentales, descrito en el punto 11 del capítulo de antecedentes y hechos.

6. Documental consistente en el oficio [...], signado por la directora del Instituto Jalisciense de Salud Mental, en el que rindió su informe complementario descrito en el punto 16 del capítulo de antecedentes y hechos.

7. Documental consistente en el oficio [...] firmado por el director general de las regiones sanitarias y hospitales del OPD de la SSJ, en el que dijo la función de la Red Estatal de Servicios de Salud Mental, e informó que el estado se encuentra dividido en 13 regiones en donde se ubica ya sea un Cisame o módulos comunitarios de atención mental al igual que los Caisame estancia breve y prolongada, organismos que brindan la atención para personas con enfermedades mentales en el estado de Jalisco, descrito en el punto 17 del capítulo de antecedentes y hechos.

8. Documental consistente en el oficio [...], signado por el director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud Jalisco, mediante el cual informó sobre el avance en la construcción del Hospital Regional de Lagos de Moreno y el presupuesto que se le otorga a la SSJ, donde se advirtió que al menos los últimos

tres años no ha recibido aportaciones por parte del Seguro Popular, descrito en el punto 17 del capítulo de antecedentes y hechos.

9. Instrumental de actuaciones consistente en el memorándum 351/2016 emitido por la Tercera Visitaduría General, en el cual le solicitó a los visitadores y visitadoras regionales realizaran entrevistas y visitas a los Módulos Comunitarios de Atención Mental, Cisames descrito en el punto 18 del capítulo de antecedentes y hechos.

10. Documental consistente en el oficio [...] signado por el director de asuntos jurídicos de la Secretaría de Salud Jalisco, mediante el cual informó que no se aportaría más elementos de prueba dentro del expediente de queja, punto 22 del capítulo de antecedentes y hechos.

11. Instrumental de actuaciones consistente en el acta circunstanciada que personal jurídico de esta comisión elaboró el 6 de octubre de 2016 con motivo de la asistencia al Simposio Integral de Salud Mental (Sisam) 2016 organizado por la Asociación Civil Voz Pro Salud Mental HumanaMente, en los términos descritos en el punto 23 del capítulo de antecedentes y hechos.

12. Documental consistente en el oficio [...], suscrito por la directora de Psicopedagogía de la Secretaría de Educación Jalisco, en el cual informó las acciones que realiza dicha dependencia para la identificación, diagnóstico y canalización de trastornos psiquiátricos en la infancia, descrito en el punto 25 del capítulo de antecedentes y hechos.

13. Instrumental de actuaciones consistente en las constancias telefónicas que personal jurídico de oficinas regionales y oficina central adscritas a la Tercera Visitaduría General, realizó en: Ocotlán, Jamay, Poncitlán, Atotonilco el Alto, Tototlán, Ayotlán, La Barca, Chapala, Degollado, Tuxcueca, Tizapán el Alto, Zapotlán del Rey, Concepción de Buenos Aires, Jilotlán de los Dolores, La Manzanilla de la Paz, Mazamitla, Pihuamo, Quitupán, Santa María del Oro, Tecalitlán, Tamazula de Gordiano, Valle de Juárez, Chimaltitan, Huejucar, Huejuquilla el Alto, Mezquitic, Santa María de los Ángeles, San Martín de Bolaños, Totatiche, Villa Guerrero, San Juan de los Lagos, Lagos de Moreno, Ojuelos, Encarnación de Díaz, Teocaltiche, San Diego de Alejandría, Unión de San Antonio, Villa Hidalgo, Valle de Guadalupe, Acatic, Arandas, Yahualica de



González Gallo, Mexxicacan, Acatic, San Ignacio Cerro Gordo, Jesús María, San Julián, Jalostotitlán, San Miguel el Alto, Cañadas de Obregón, Cabo Corrientes, Tomatlán, Mascota, Talpa de Allende, San Sebastián del Oeste, Mixtlan, Atenguillo, Ayutla, Cuautla, Guachinango, Amacueca, Atemajac de Brizuela, Atoyac, Gómez Farías, San Gabriel, Sayula, Tapalpa, Techaluta de Montenegro, Teocuitatlán de Corona, Toliman, Tonila, Tuxpan, Zapotitlán de Vadillo, Zapotiltic, Zacoalco de Torres, Amatitan, Cocula, Etzatlán, Hostotipaquillo, Magdalena, San Martín de Hidalgo, San Marcos, Teuchitlán, Tala, Tequila, Atengo, Chiquilistlán, Ejutla, El Grullo, El Limón, Juchitlan, Tecolotlán, Tenamaxtlán, Tonaya, Tuxcacuesco, Unión de Tula, Casimiro Castillo, Cihuatlán, Cuautitlán de García Barragán, La Huerta, Villa Purificación, Cuquio, Juanacatlán, Ixtlahuacán del Río, Acatlán de Juárez, Villa Corona y San Cristóbal de la Barranca, en los términos descritos en los puntos 26, 27, 28, 31, 32, 35, 37, 38, 52, 53, 54, 57, 58, 59, 60, 61 y 62 del capítulo de antecedentes y hechos.

14. Instrumental de actuaciones consistente en las constancias que personal jurídico de la oficina regional de Autlán de Navarro, recabara al momento de entrevistarse con el coordinador del Cisame ubicado en dicho municipio y quien le explicó el problema que enfrentaba dicho centro, en los términos descritos en el punto 44 del capítulo de antecedentes y hechos.

15. Instrumental de actuaciones consistente en las constancias que personal jurídico de la oficina regional de Autlán de Navarro elaboró de la entrevista que se mantuvo con el director de la región sanitaria VII, quien explicó que el Cisame ubicado en Autlán de Navarro, atiende a usuarios de Atengo, Autlán de Navarro Ayutla, Casimiro Castillo, Cihuatlán, Cuautitlán, Ejutla, La Huerta, Juchitlán, El Limón, Villa Purificación, Tecolotlán, Tenamaxtlán, Tonaya, Tuxcacuesco y Unión de Tula, en los términos descritos en el punto 32.1 del capítulo de antecedentes y hechos.

16. Instrumental de actuaciones consistente en las constancias que personal jurídico de la Comisión llevara a cabo en el Caisame estancia prolongada, ubicado en el municipio de Tlajomulco de Zúñiga, en los términos descritos en el punto 45 del capítulo de antecedentes y hechos.

17. Instrumental de actuaciones consistente en las actas circunstanciadas que elaboró personal de la oficina regional en Valles, en donde se asentó que los municipios de El Arenal y San Juanito de Escobedo cuentan con convenio para el traslado de pacientes al Caisame ubicado en el municipio de Tlajomulco de Zúñiga, mientras que Ahualulco de Mercado sí cuenta con módulo municipal de salud mental, tal y como se describió en el punto 32 del capítulo de antecedentes y hechos.

18. Instrumental de actuaciones consistente en las actas circunstanciadas que elaboró personal de la oficina regional de Costa Norte, en donde se asentó que el municipio de Cabo Corrientes atiende a este tipo de usuarios mediante el Hospital de Primer Contacto, que cuenta con una médica que tomó un curso en Salme, pero únicamente para canalizarlos a otras instituciones, tal y como se describió en el punto 28.5 del capítulo de antecedentes y hechos.

19. Instrumental de actuaciones consistente en las actas circunstanciadas que elaboró personal de la oficina regional de Costa Norte, en donde asentó que el DIF municipal de Tomatlán indicó que únicamente se cuenta con el apoyo de un neurólogo que brinda consulta una vez cada quince días, pero que no cuentan con personal que atienda problemáticas relacionadas con enfermedades mentales, mientras que el Hospital de Primer Contacto de ese municipio informó que no cuentan con especialistas en la materia y que únicamente cuentan con un módulo de asesoría para la violencia intrafamiliar, así como se describió en el punto 28 del capítulo de antecedentes y hechos.

20. Instrumental de actuaciones consistente las actas circunstanciadas que elaboró personal de la oficina regional de Ciénega, en donde se asentó que el municipio de Jocotepec cuenta con un convenio por parte de la Secretaría de Salud Jalisco para poner en funcionamiento un Módulo Comunitario de Salud Mental en su municipio.

21. Instrumental de actuaciones consistente en las actas circunstanciadas que elaboró personal de la oficina regional de Lagos de Moreno, en donde se asentó que el Módulo Comunitario de Salud Mental del municipio de Lagos de Moreno, o a los Caisames de zona metropolitana, o en el caso del municipio de Teocaltiche se solicita el apoyo del DIF del municipio de Aguascalientes, en los términos descritos en el punto 28 del capítulo de antecedentes y hechos.

22. Instrumental de actuaciones consistente en las actas circunstanciadas que elaboró personal de la oficina regional de Tamazula, en donde se asentó que el director de la Región Sanitaria número V informó que el servicio de salud mental se otorga para toda la región en las instalaciones que ocupa el módulo de salud mental ubicado en el Hospital de Primer Contacto de Tamazula de Gordiano, el cual es coordinado por una psicóloga, apoyada por una trabajadora social y un médico psiquiatra, tal y como se describió en el punto 34 del capítulo de antecedentes y hechos.

23. Instrumental de actuaciones consistente en las actas circunstanciadas que elaboró personal de la oficina regional de Altos Sur, en donde se asentó que muchos de los usuarios del municipio de Acatic deben trasladarse antes de las 4:00 horas al centro de salud de Arandas o al módulo de la región sanitaria, porque las fichas de atención se otorgan a las 4:00 horas, situación que impide que algunas veces se acuda a continuar el tratamiento, tal y como se describió en el punto 28 del capítulo de antecedentes y hechos.

24. Instrumental de actuaciones consistente en las actas circunstanciadas que elaboró personal de la oficina regional de Altos Sur, en donde se asentó que el municipio de San Julián indicó que el servicio es brindado por un médico psiquiatra particular que da consulta en el DIF municipal, tal y como se describió en el punto 28 del capítulo de antecedentes y hechos.

25. Instrumental de actuaciones consistente en las actas circunstanciadas que elaboró personal de la oficina regional en donde se asentó que el municipio de Jalostotitlán indicó que canalizan a los usuarios al Centro de Salud de Tepatitlán de Morelos o a una clínica religiosa privada que atiende enfermedades mentales, ya que su respuesta es más rápida que la del propio Centro de Salud o del Seguro Popular, tal y como se describió en el punto 28 del capítulo de antecedentes y hechos.

26. Instrumental de actuaciones consistente en las actas circunstanciadas que elaboró personal de la oficina regional de Altos Sur, en donde se asentó que el Centro de Salud del municipio de San Miguel el Alto informó que se encuentra realizando gestiones para contar con un área especial para atender enfermedades

mentales, tal y como se describió en el punto 28 del capítulo de antecedentes y hechos.

27. Instrumental de actuaciones consistente en las actas circunstanciadas que elaboró personal de la oficina regional de Altos Sur, en donde se asentó que la Región Sanitaria III, con sede en Tepatitlán de Morelos, sólo cuenta con dos centros de atención a pacientes con problemas de salud mental, un módulo se encuentra adscrito al centro de salud con sede en esa ciudad, y otro ubicado en Arandas, tal y como se describió en el punto 28 del capítulo de antecedentes y hechos.

28. Instrumental de actuaciones consistente en las actas circunstanciadas que elaboró personal de la oficina regional Ciénega, en donde se asentó que personal jurídico acudió a las instalaciones que ocupaba el Módulo de Atención de Salud Mental en el municipio de Atotonilco el Alto, en donde se les informó que desde el jueves 2 de diciembre del presente año están realizando la mudanza a las instalaciones del Hospital Comunitario del municipio, tal y como se describió en el punto 26 del capítulo de antecedentes y hechos.

29. Instrumental de actuaciones consistente en las actas circunstanciadas que elaboró personal jurídico de esta Comisión, en donde se asentó que el Salme cuenta con dos unidades hospitalarias, a saber: el Caisame estancia breve, ubicado en el municipio de Zapopan; y el Caisame estancia prolongada, en el municipio de Tlajomulco de Zúñiga, así como nueve Cisame ubicados en los siguientes municipios: Colotlán, Zapotlán el Grande (Ciudad Guzmán), Autlán de Navarro, El Grullo, Puerto Vallarta, Tonalá, Tlaquepaque y Guadalajara en los términos descritos en los puntos 32 y 33 del capítulo de antecedentes y hechos.

30. Instrumental de actuaciones consistente en las constancias que personal jurídico de la Comisión llevó a cabo en el Caisame estancia breve, ubicado en el municipio de Zapopan, en los términos descritos en el punto 42 del capítulo de antecedentes y hechos.

31. Documental consistente en el oficio [...], signado por el director de la región sanitaria V Sureste Tamazula, mediante el cual informó que dicha región cuenta con diez cabeceras municipales y un módulo de salud mental ubicado en el

hospital comunitario de Tamazula, que da servicio a toda la región, tal como se describió en el punto 43 del capítulo de antecedentes y hechos.

32. Instrumental de actuaciones consistente en las documentales que elaboró personal jurídico de las regiones Sierra Occidental, Valles, Sierra de Amula-Costa Sur, Costa Norte, Sur, Sureste, Ciénega, Altos Sur, Altos Norte y Norte, al momento de entrevistar a usuarios del Caisame, en los términos descritos en los puntos 27, 28, 32 y 33 del capítulo de antecedentes y hechos.

33. Instrumental de actuaciones consistente en la documental que elaboró personal jurídico de Comisión, en donde se asentó que el Centro de Salud de San Cristóbal de la Barranca no cuenta con médico adscrito, y que el funcionario que presta sus servicios en dicho centro es un servidor público municipal, en los términos descritos en el punto 62 del capítulo de antecedentes y hechos.

34. Documental consistente en el oficio [...] signado por la directora del Instituto Jalisciense de Salud Mental, en donde informó el número de camas censables con las que cuentan los Caisames estancia breve y prolongada, en los términos descritos en el punto 55 del capítulo de antecedentes y hechos.

35. Documental consistente en el oficio [...], firmado por el doctor (funcionario público<sup>7</sup>), comisionado para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado, en el que solicitó que esta Comisión, aclarara su solicitud sobre los centros privados de atención mental, en los términos descritos en el punto 63 del capítulo de antecedentes y hechos.

### III. FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN

Basada en el análisis de los hechos, así como de las pruebas y observaciones que integran el expediente, esta defensoría pública determina que fue violado, en perjuicio de la parte quejosa y de los habitantes del Estado de Jalisco, el derecho humano a la legalidad en relación con el debido cumplimiento de la función pública, y el derecho a la protección de la salud de personas con enfermedades mentales. Esta conclusión tiene sustento jurídico en una interpretación basada en los principios constitucionales, así como en una interpretación sistemática interna y externa, integral, literal, histórica, principalista y comparatista, que se

llevará a cabo con las normas mínimas de argumentación y basada en un método deductivo para el análisis de los postulados jurídicos que surgen de la legislación aplicable, complementada con el método inductivo de análisis de pruebas y aplicación de los conceptos, en este caso concreto.

### *Derecho a la legalidad y seguridad jurídica*

Este derecho implica que todos los actos de la administración pública se realicen con apego al orden jurídico, a fin de evitar que se produzcan perjuicios indebidos en contra de las personas.

Dentro de las vertientes del derecho humano a la legalidad se encuentra el derecho al debido funcionamiento de la administración pública, y algunas modalidades de la violación de este derecho las constituyen el ejercicio indebido de la función pública, falsa acusación, falta de fundamentación o motivación legal y la prestación indebida del servicio.

El bien jurídico protegido por el derecho a la legalidad es la observancia adecuada del orden jurídico por parte del Estado, entendiéndose por éste la permanencia en un estado de disfrute de los derechos concebidos en el ordenamiento jurídico, sin que se causen perjuicios indebidos como resultado de una deficiente aplicación.

En lo referente a las condiciones de vulneración del bien jurídico protegido por el derecho a la legalidad, encontramos una aplicación incorrecta de la ley, o en su caso, la no aplicación de ella, a pesar de la satisfacción del supuesto normativo y, además, un perjuicio contra el derechohabiente que tenga como causa precisamente la inadecuada u omisa aplicación del derecho.

La estructura jurídica del derecho a la legalidad implica un derecho subjetivo consistente en la satisfacción de la expectativa de no ser víctima de una inadecuada u omisa aplicación de la ley que traiga como consecuencia un perjuicio; como contrapartida, supone cumplir comportamientos obligatorios para la autoridad, sean éstos conductas de acción u omisión, y prohibir que se lleven a cabo.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, este derecho se encuentra garantizado de forma integral en el contenido de sus 136 artículos, los cuales son el marco jurídico general a cumplir por parte de los elementos del Estado mexicano; de forma específica, son los artículos 14 y 16 los que históricamente se han considerado como el punto de referencia para sustentar el principio de legalidad en nuestro sistema jurídico, ya que éstos refieren la protección legal de las personas en los siguientes términos:

Artículo 14. A ninguna ley se dará efecto retroactivo en perjuicio de persona alguna.

Nadie podrá ser privado de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las Leyes expedidas con anterioridad al hecho.

Artículo 16. Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento.

Derivado del principio de legalidad, se encuentra la regulación del desempeño de las y los servidores públicos en los siguientes términos:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 108. Para los efectos de las responsabilidades a que alude este Título se reputarán como servidores públicos a los representantes de elección popular, a los miembros del Poder Judicial Federal y del Poder Judicial del Distrito Federal, los funcionarios y empleados y, en general, a toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en el Congreso de la Unión, en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal o en la Administración Pública Federal o en el Distrito Federal, así como a los servidores públicos de los organismos a los que esta Constitución otorgue autonomía, quienes serán responsables por los actos u omisiones en que incurran en el desempeño de sus respectivas funciones.

[...]

Las Constituciones de los Estados de la República precisarán, en los mismos términos del primer párrafo de este artículo y para los efectos de sus responsabilidades, el carácter de servidores públicos de quienes desempeñen empleo, cargo o comisión en los Estados y en los Municipios.

## Constitución Política del Estado de Jalisco:

Artículo 116. Las relaciones laborales del Estado, de los municipios y de los organismos descentralizados de ambos con sus servidores, se regirán por la Ley para los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y sus Municipios, la que deberá establecer el servicio civil de carrera, respetando las disposiciones del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y sus leyes reglamentarias.

## Ley para los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y sus Municipios:

Artículo 2. Servidor público es toda persona que preste un trabajo subordinado físico o intelectual, con las condiciones establecidas como mínimas por esta ley, a las Entidades Públicas a que se refiere el artículo anterior, en virtud del nombramiento que corresponda a alguna plaza legalmente autorizada.

Se presume la existencia de la relación de servicio público entre el particular que presta un trabajo personal y la Entidad Pública que lo recibe, salvo los casos de asesoría, consultoría y aquellos que presten servicios al Gobierno, los cuales no se regirán por la presente ley, ni se considerarán como servidores públicos.

## Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco:

Artículo 2º. Para los efectos de esta ley, se considera servidores públicos a los representantes de elección popular; a los miembros del Poder Judicial del Estado e integrantes del Tribunal de Arbitraje y Escalafón previstos en la Constitución Política del Estado de Jalisco; a los miembros del Instituto Electoral y de Participación Ciudadana del Estado; a los integrantes de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, los integrantes del Instituto de Transparencia e Información Pública del Estado y en general, a toda persona que desempeñe un cargo o comisión de cualquiera naturaleza en la administración pública del Estado o de los municipios, así como a quienes presten servicios en los organismos públicos descentralizados, fideicomisos públicos y empresas de participación estatal o municipal mayoritaria, quienes serán responsables por los actos u omisiones en que incurran por el desempeño de sus respectivas funciones.

A su vez, las y los funcionarios y servidores públicos deben actuar conforme a la legalidad, con honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben observar en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones. Estas responsabilidades se derivan de una interpretación integral, y *a contrario sensu* de lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en los siguientes términos:



Artículo 109. Los servidores públicos y particulares que incurran en responsabilidad frente al Estado, serán sancionados conforme a lo siguiente:

III. Se aplicarán sanciones administrativas a los servidores públicos por los actos u omisiones que afecten la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deban observar en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones. Dichas sanciones consistirán en amonestación, suspensión, destitución e inhabilitación, así como en sanciones económicas, y deberán establecerse de acuerdo con los beneficios económicos que, en su caso, haya obtenido el responsable y con los daños y perjuicios patrimoniales causados por los actos u omisiones. La ley establecerá los procedimientos para la investigación y sanción de dichos actos u omisiones.

[...]

En términos similares, se refiere la Constitución Política del Estado de Jalisco: “Artículo 106. Se aplicarán sanciones administrativas a los servidores públicos por los actos u omisiones que afecten la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión.”

En este sentido, destaca la obligación que de manera formal impone el artículo 108 del mismo cuerpo de leyes:

Artículo 108. Todos los servidores públicos del Estado y de los municipios, antes de asumir el desempeño de sus cargos, rendirán protesta formal de cumplir y vigilar el cumplimiento de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, esta Constitución y todas las leyes que de ellas emanen.

[...]

La identificación de los deberes y obligaciones de las y los servidores públicos se complementa en la siguiente legislación federal y estatal:

La Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos puntualiza:

Artículo 47.

Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observadas en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y cuyo incumplimiento dará lugar al procedimiento y a

las sanciones que correspondan, sin perjuicio de sus derechos laborales, así como de las normas específicas que al respecto rijan en el servicio de las fuerzas armadas:

I. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión;

II. Formular y ejecutar legalmente, en su caso, los planes, programas y presupuestos correspondientes a su competencia, y cumplir las leyes y otras normas que determinen el manejo de recursos económicos públicos;

[...]

XX. Supervisar que los servidores públicos sujetos a su dirección, cumplan con las disposiciones de este artículo; y denunciar por escrito, ante el superior jerárquico o la contraloría interna, los actos u omisiones que en ejercicio de sus funciones llegare a advertir respecto de cualquier servidor público que pueda ser causa de responsabilidad administrativa en los términos de esta ley, y de las normas que al efecto se expidan;

[...]

XXII. Abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de cualquier disposición jurídica relacionada con el servicio público,

[...]

XXIV. Las demás que le impongan las leyes y reglamentos.

## La Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos:

Artículo 7. Será responsabilidad de los sujetos de la Ley ajustarse, en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones, a las obligaciones previstas en ésta, a fin de salvaguardar los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen en el servicio público.

Artículo 8. Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones:

I. Cumplir el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión;

[...]

XXIV. Abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

El incumplimiento a lo dispuesto en el presente artículo dará lugar al procedimiento y a las sanciones que correspondan, sin perjuicio de las normas específicas que al respecto rijan en el servicio de las fuerzas armadas.

### Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco:

Artículo 61. Todo servidor público, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que debe observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y sin perjuicio de sus derechos y obligaciones laborales, tendrá las siguientes obligaciones:

I. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado, y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de su empleo, cargo o comisión.

[...]

XVIII. Abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de las disposiciones jurídicas relacionadas con el servicio público;

[...]

Artículo 62. Incurren en responsabilidad administrativa los servidores públicos que cometan actos u omisiones en contravención a lo dispuesto por el artículo 61 y de cualquier disposición legal relacionada con el cumplimiento de sus obligaciones.

El derecho humano a la legalidad se relaciona con la protección a la salud en los siguientes términos:

#### *Derecho a la protección de la salud*

Es el derecho que tiene todo ser humano a disfrutar de un funcionamiento fisiológico óptimo. El bien jurídico protegido es el funcionamiento fisiológico óptimo de las personas. El sujeto titular de este derecho es todo ser humano.

La estructura jurídica de este derecho implica una permisión para el titular, quien tiene la libertad de obtener los servicios de asistencia médica, siguiendo los requerimientos establecidos en la ley. Con respecto a los servidores públicos, impone las obligaciones de no interferir o impedir el acceso a dichos servicios en los términos legales, de realizar la adecuada prestación y supervisión de éstos y la creación de infraestructura normativa e institucional que se requiera.

Las condiciones de vulneración del bien jurídico protegido son:

*En cuanto al acto*

1. La realización de una conducta por parte de un servidor público que niegue, impida o interfiera en la posibilidad del individuo de obtener los servicios de salud.
2. La acción u omisión por parte de un servidor público del sector salud que pueda causar, o que efectivamente cause, de manera actual o inminente, una alteración en la salud del individuo.
3. La conducta de acción u omisión que implique la no prestación de los servicios de salud a que tiene derecho el titular o que se le dé una prestación deficiente.
4. La conducta por parte de la autoridad que implique el incumplimiento de la obligación a cargo del Estado de proveer de la infraestructura de servicios de salud más adecuada a las necesidades de la población.
5. La conducta por parte de un servidor público que implique el incumplimiento de la obligación a cargo del Estado de proveer de la infraestructura normativa acorde a la protección, preservación y promoción de la salud.

*En cuanto al sujeto*

1. Cualquier servidor público en posibilidades de impedir, negar o interferir el acceso a los servicios de salud, pertenezca o no al sector salud.

2. El servidor público perteneciente al sector salud relacionado con la atención médica que se le preste al individuo.

*En cuanto al resultado*

1. El no funcionamiento fisiológico óptimo de un ciudadano.

En el sistema jurídico mexicano desde el principio de legalidad, el derecho a la protección de la salud se encuentran tutelados en las disposiciones que integran la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en las leyes y reglamentos que de ella se desprenden. De tal forma que la legalidad en nuestro país parte de los conceptos generales que expone nuestro máximo cuerpo de leyes y se complementa por materias específicas en la legislación secundaria, teniendo en el presente caso aplicación concreta y lo que al efecto señala el artículo 4° en materia del derecho a la protección de la salud:

Artículo 4.

[...]

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.

[...]

Los derechos humanos a la protección de la salud y su relación con la legalidad también se encuentran garantizados en la Ley General de Salud, que establece lo siguiente:

Artículo 1°. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Artículo 72.- La prevención y atención de los trastornos mentales y del comportamiento es de carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control multidisciplinario de dichos trastornos, así como otros aspectos relacionados con el diagnóstico, conservación y mejoramiento de la salud mental.

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.

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.

Artículo 73.- Para la promoción de la salud mental y la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

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

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

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

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

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

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

VI. La investigación multidisciplinaria en materia de salud mental;

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

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

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

Artículo 74.- La atención de los trastornos mentales y del comportamiento comprende:

I. La atención de personas con trastornos mentales y del comportamiento, la evaluación diagnóstica integral y tratamientos integrales, y la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas;

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

III. La reintegración de la persona con trastornos mentales y del comportamiento a su familia y comunidad, mediante la creación de programas sociales y asistenciales como residencias y talleres protegidos, en coordinación con otros sectores, para la debida atención de estos pacientes.

Artículo 74 Bis.- La persona con trastornos mentales y del comportamiento tendrá los siguientes derechos:

I. Derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental y acorde con sus antecedentes culturales, lo que incluye el trato sin discriminación y con respeto a la dignidad de la persona, en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud;

II. Derecho a contar con un representante que cuide en todo momento sus intereses. Para esto, la autoridad judicial deberá cuidar que no exista conflicto de intereses por parte del representante;

III. Derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación al tratamiento a recibir. Esto sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente;

IV. Derecho a que le sean impuestas únicamente las restricciones necesarias para garantizar su protección y la de terceros. En todo caso, se deberá procurar que el internamiento sea lo menos restrictivo posible y a que el tratamiento a recibir sea lo menos alterador posible;

V. Derecho a que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente y modificado llegado el caso;

VI. Derecho a no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona;

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

VIII. Derecho a la confidencialidad de la información psiquiátrica sobre su persona.

Artículo 75.- El internamiento de personas con trastornos mentales y del comportamiento, como último recurso terapéutico, se ajustará a principios éticos, sociales, de respeto a los derechos humanos y a los requisitos que determine la Secretaría de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Será involuntario el internamiento, cuando por encontrarse la persona impedida para solicitarlo por sí misma, por incapacidad transitoria o permanente, sea solicitado por un familiar, tutor, representante legal o, a falta de los anteriores, otra persona interesada, que en caso de urgencia solicite el servicio y siempre que exista la intervención de un médico calificado, que determine la existencia de un trastorno mental y del comportamiento y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros.

La decisión de internar a una persona deberá ser notificada a su representante, así como a la autoridad judicial.

El internamiento involuntario será revisado por la autoridad judicial a petición de la persona internada o de su representante. La resolución de la autoridad judicial deberá estar fundada en dictamen pericial y, en caso de que se resuelva la terminación del internamiento, deberá establecer un plazo para que se ejecute la misma. En todo caso,



durante dicho procedimiento deberá garantizarse la defensa de los intereses de la persona internada.

Las autoridades sanitarias deberán coordinarse con los organismos públicos de protección a los derechos humanos para que los establecimientos dedicados a la atención y tratamiento de las personas con trastornos mentales y del comportamiento sean supervisados continuamente, a fin de garantizar el respeto a los derechos de las personas internadas.

Artículo 76.- La Secretaría de Salud establecerá las normas oficiales mexicanas para los establecimientos que prestan atención a las personas con trastornos mentales y del comportamiento, de la red del Sistema Nacional de Salud.

A estos efectos, se establecerá la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas y otras, según corresponda.

Artículo 77.- Los padres, tutores, quienes ejercen la patria potestad o quienes ostenten la representación legal de personas con trastornos mentales y del comportamiento, serán responsables de la guardia o custodia. Las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con las personas con trastornos mentales y del comportamiento, procurarán la oportuna y debida atención de los mismos.

A estos efectos, podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, con énfasis en niñas, niños, adolescentes y personas adultas mayores.

En caso de que el diagnóstico confirme la existencia de un trastorno mental y del comportamiento, y que se requiera el internamiento del menor, deberá respetarse lo dispuesto por el artículo 75 de esta Ley y dicho internamiento deberá efectuarse en un establecimiento o área específicamente destinada a la atención de menores. De igual manera, se deberán tomar las medidas necesarias a fin de proteger los derechos que consigna la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

**Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de mayo de 1986, que menciona:**

Artículo 80.- Las actividades de atención médica son:

I. PREVENTIVAS: Que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II.-CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos; y

III. DE REHABILITACIÓN: Que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental, y

IV. PALIATIVAS: Que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del usuario, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales, por parte de un equipo multidisciplinario.

Artículo 9o. La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Artículo 10. Serán considerados establecimientos para la atención médica:

I. Aquellos en los que se desarrollan actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y de cuidados paliativos dirigidas a mantener y reintegrar el estado de salud de las personas, así como a paliar los síntomas del padecimiento;

II. Aquellos en los que se presta atención odontológica;

III. Aquellos en los que se presta atención a la salud mental de las personas;

[...].

Artículo 48. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

[...]

Artículo 121. Para los efectos de este Reglamento, se entiende por prestación de servicios de salud mental, toda acción destinada a la prevención de enfermedades mentales, así como el tratamiento y la rehabilitación de personas que las padezcan.

Artículo 123.- Para la promoción de la salud mental, la Secretaría, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

I.- El desarrollo de actividades educativas, socio-culturales y recreativas que contribuyan a la salud mental;

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

III.- Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

Artículo 124.- Las acciones mencionadas en los artículos anteriores, serán dirigidas a la población en general con especial énfasis en la infantil y juvenil

[...]

Artículo 126.- Todo aquel establecimiento que albergue pacientes con padecimientos mentales, deberá contar con los recursos físicos y humanos necesarios para la adecuada protección, seguridad y atención de los usuarios, acorde a las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría.

Artículo 127.- Las unidades psiquiátricas que se encuentren ubicadas en reclusorios o centros de readaptación social, además de la reglamentación interna, se ajustarán a la norma oficial mexicana de prestación de servicios que en materia de salud mental emita la Secretaría.

[...]

Artículo 129.- Todo el personal que preste sus servicios en cualquier establecimiento de salud mental, deberá estar capacitado para prestarlos adecuadamente en los términos de las disposiciones legales y reglamentarias correspondientes.

Artículo 130.- El responsable de cualquier establecimiento de esta naturaleza, estará obligado a desarrollar cursos de actualización para el personal de la unidad, de conformidad con lo que señalen las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría.

Artículo 131.- Durante el internamiento, el usuario recibirá estímulos por medio de actividades recreativas y socio-culturales.

Artículo 132.- La Secretaría asesorará a las instituciones públicas, sociales y privadas que se dediquen al cuidado y rehabilitación del enfermo mental.

Artículo 133.- La información personal que el enfermo mental proporcione al médico psiquiatra o al personal especializado en salud mental, durante su tratamiento, será manejada con discreción, confidencialidad y será utilizada únicamente con fines científicos o terapéuticos. Sólo podrá ser dada a conocer a terceros, mediante orden de la autoridad judicial o sanitaria.

Al respecto, la NOM-025-SSA2-2014 señala los esquemas de atención médica para el tratamiento de personas que padecen enfermedad mental, cuyo objeto es uniformar criterios de operación, actividades, actitudes del personal de las unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual se proporcionará en forma continua e integral, con calidad y calidez, destacando lo siguiente:

4.1.1. Acompañante terapéutico: al personal capacitado que se inserta en la cotidianeidad de la persona usuaria, trabaja dentro de un equipo interdisciplinario para facilitar la operación y funcionamiento de los servicios de atención en salud mental. Su función es la de compañero/a, guía y sostén en la construcción de la subjetividad singular de cada persona, con el fin de facilitar la construcción y/o continuidad del lazo social, la instauración de actitudes positivas respecto de su condición y habilidades disminuidas, el máximo grado posible de integración y competencias sociales, el máximo grado posible de autonomía, así como el fortalecimiento de sus capacidades y rasgos positivos de su personalidad.

4.1.2 Asambleas de usuarios y usuarias de Servicios de Salud Mental: a las reuniones grupales que sostienen las personas usuarias de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, para emitir opiniones libremente sobre la atención recibida, así como las necesidades de grupo y personales coordinadas, en su caso, por el Comité Ciudadano de Apoyo.

4.1.3 Atención en unidades de primer nivel especializada: a la que se proporciona en unidades médicas que brindan servicios ambulatorios en salud mental comunitaria a pacientes, familiares y a la población en general de forma integral que canalizan por medio del sistema de referencia y contra referencia de acuerdo a las necesidades del paciente.

4.1.4 Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica: al conjunto de servicios que se proporcionan a las personas usuarias, con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener la salud mental en forma continua con calidad, calidez, seguridad y con enfoque comunitario, sensibles a las diferencias de género. Comprende las actividades de promoción de la salud, las preventivas, las diagnósticas, las terapéuticas que incluyen la prescripción farmacológica y psicoterapéutica y las de rehabilitación psicosocial, las cuales, se ejercerán con pleno respeto a los derechos humanos de las personas usuarias.

4.1.5 Atención Psicológica: a la que es brindada por personal de psicología clínica entrenado, que forma parte del equipo multidisciplinario de salud mental, quien trata diferentes trastornos mentales y del comportamiento, así como, problemáticas de salud mental utilizando psicoterapia y otros recursos terapéuticos entre los que se pueden mencionar, enunciativamente mas no limitativamente, psicoeducación, terapia grupal,

entre otros, dependiendo de la gravedad de la patología. La atención psicológica difiere de acuerdo al tipo de unidad de atención de salud mental, en las unidades de primer nivel, se realizan detecciones de casos, psicoeducación y actividades preventivas; en las unidades de segundo nivel se atienden casos de forma ambulatoria y en internamiento y en las unidades del tercer nivel se atiende a personas que están en hospitalización o en alguna unidad comunitaria de rehabilitación psicosocial.

4.1.6 Banco de Reforzadores: a la herramienta de rehabilitación psicosocial que promueve el desarrollo de habilidades tales como la autonomía y la toma de decisiones.

4.1.7 Casas de Medio Camino o Residencias Comunitarias: a los espacios ubicados dentro de la comunidad de puertas abiertas en cualquier unidad de servicios de salud pública, en las que las personas usuarias tienen libre acceso. No pertenecen ni forman parte de la estructura de atención médica y cuentan con la figura de acompañante terapéutico. El tiempo de estancia de las personas usuarias en estos espacios se acuerda con las mismas, tomando en cuenta su evolución. A través de las casas de medio camino se favorece la continuidad del tratamiento médico-psiquiátrico, apoyando a las personas usuarias con consulta psiquiátrica o general, estudios de diagnóstico, tratamiento y medicamentos.

4.1.8 Centro de Día: al espacio donde las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento pueden asistir voluntariamente para continuar con su rehabilitación psicosocial. Integrado por personal de enfermería psiquiátrica, acompañante terapéutico y ocasionalmente, terapeutas ocupacionales. El objetivo es proveer un ambiente amigable y de apoyo con actividades adaptadas a las necesidades de cada persona usuaria. Los periodos de permanencia de las personas usuarias pueden variar dependiendo de cada caso.

4.1.9 Centros Integrales de Salud Mental: a los Centros de atención primaria ambulatoria que cuentan con los elementos y equipo necesario para la detección oportuna y la atención inmediata de cualquier trastorno mental, o en su caso, para referencia de las personas usuarias, así como para realizar actividades de prevención y promoción de la salud mental.

[...]

4.1.11 Consentimiento Informado: a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, de conformidad con las disposiciones aplicables, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

4.1.12 Departamentos Independientes: a los espacios dentro de la comunidad para ser habitados por las personas usuarias de manera voluntaria e independiente, sin que

existan esquemas de supervisión. Estos espacios favorecen la continuidad del tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico. El ingreso a los Departamentos Independientes se puede realizar a través de referencia ya sea del servicio de psiquiatría, del hospital, de la villa de transición hospitalaria o de las casas de medio camino, siendo éste de carácter voluntario.

4.1.13 Detección y manejo oportuno de casos en la comunidad: al proceso que consiste en efectuar evaluaciones en la comunidad, con el fin de identificar y atender oportunamente trastornos mentales y del comportamiento en el primer nivel de atención, por los equipos de salud mental y canalización al segundo y tercer nivel de atención a los pacientes que lo requieran.

4.1.14 Educación para la Salud Mental: al proceso organizado y sistemático, mediante el cual se busca orientar a las personas usuarias y familiares mediante la psicoeducación, a fin de modificar o sustituir determinadas conductas que alteren la salud mental, por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar, lo colectivo y en su relación con el medio ambiente.

4.1.15 Enfoque o perspectiva de género en la atención a la salud mental: a la consideración de que mujeres y hombres presentan diferencias biológicas, poder y control desigual sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas y su salud mental, su posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental.

4.1.16 Evaluación Clínica Psicológica: a la valoración para la persona usuaria y sus familiares, a efecto de coadyuvar al equipo de profesionales de salud mental en el diagnóstico y plan terapéutico o de tratamiento, de apoyo y de rehabilitación como parte de un abordaje integral.

[...]

4.1.19 Hogares protegidos: a la instancia residencial alternativa, para personas con discapacidad de causa psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no pueden ser atendidos por sus familias.

4.1.20 Hospital de Día: a una de las modalidades del Hospital Parcial que consiste en diferentes tratamientos articulados como: atención psiquiátrica, control de medicación, atención psicológica individual, espacios psicoterapéuticos y actividades de talleres grupales, bajo la forma de jornada completa o media jornada, que posibilita la elaboración de estrategias de tratamiento, para el seguimiento intensivo de pacientes, acorde a la complejidad de su patología.

4.1.21 Hospitalización Parcial: a la instancia intermedia de tratamiento entre la hospitalización psiquiátrica y la atención ambulatoria. Proporciona servicios terapéuticos

médico-psiquiátricos e interdisciplinarios, a los cuales las personas usuarias acuden de forma ambulatoria de acuerdo con el plan terapéutico, existen diferentes modalidades: día, tarde y noche, y entre semana o fin de semana.

4.1.22 Hospital Psiquiátrico: a la unidad de atención integral médico psiquiátrica que puede ofrecer atención de consulta externa, urgencias, hospitalización breve, de mediano y largo plazo, a personas usuarias de nuevo ingreso o subsecuente con trastornos mentales y del comportamiento.

4.1.23 Interconsulta: al procedimiento mediante el cual a petición del personal médico tratante, otro médico revisa la historia clínica e información disponible; consigna un tratamiento a corto plazo; establece contacto con el médico tratante; informa a la persona usuaria, y hace un seguimiento en los casos de hospitalización o control ambulatorio respectivamente, así como evaluación por un servicio de subespecialidad psiquiátrica o cualquier otra especialidad médica, según la condición clínica de la persona usuaria.

4.1.24 Paseos Terapéuticos: a las actividades de rehabilitación psicosocial que implican un paso trascendental para la reinserción del usuario/a hospitalizado a la comunidad. Le permite prestar una mirada al entorno, mezclarse en la comunidad y hacer actividades que parecieran ser cotidianas para la mayoría de la gente, pero que para la persona usuaria que ha perdido contacto con el exterior resultan extraordinarias.

Las personas usuarias pueden aprender, reaprender o recordar diversas cosas que utilizarán cuando habiten nuevamente en la comunidad y se conviertan en miembros activos y participantes.

En este sentido, los paseos terapéuticos son una experiencia en la cual las personas usuarias pueden vivir al interior de la comunidad y visualizar su egreso del hospital. Son salidas del hospital en distintas modalidades, por ejemplo: visitas cortas a su domicilio, salir de compras a lugares cercanos, paseos a centros recreativos, incluso viajes. Las mismas pueden llevarse a cabo en grupo o de manera individual, aunado a que las personas usuarias llevan un apoyo para sus compras.

4.1.25 Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018: al que establece lineamientos y principios rectores en materia de salud mental; promueve la creación de nuevas estructuras de servicios de atención, prevención, hospitalización, rehabilitación, así como de reintegración social para todas las personas que padecen algún trastorno mental y del comportamiento a fin de brindar un servicio de atención integral, digno, oportuno, sin discriminación, de calidad, calidez, equidad y de respeto a los derechos humanos.

4.1.26 Promoción de la Salud Mental: a la estrategia concreta, concebida como la suma de las acciones de los distintos sectores de la población, principalmente las autoridades

sanitarias, sociales y de prestación de servicios de salud; el objetivo principal es el de sensibilizar a la población en general, respecto de los trastornos mentales y del comportamiento, su tratamiento y las instituciones que ofrecen estos servicios.

4.1.27 Psicoterapia: a la intervención que realiza un o una profesional de la salud mental especializado en esta estrategia (psicólogo o psiquiatra). El uso de esta técnica ayuda a la persona con enfermedad mental para entender su trastorno, ofreciéndole estrategias y herramientas que coadyuven en el manejo eficaz de los síntomas; sean éstos conductuales, emocionales o cognitivos. Dependiendo de la gravedad y de las necesidades de la persona usuaria, la psicoterapia puede ser individual, familiar, de pareja o grupal y combinarse con farmacoterapia según sea el caso.

4.1.28 Reforzador: al comportamiento que aumenta su probabilidad de ocurrencia a raíz de un suceso que le sigue y que es valorado positivamente por la persona.

4.1.29 Rehabilitación Psicosocial: al conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de mujeres y hombres que les permitan superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de un trastorno mental y del comportamiento en los principales aspectos de su vida diaria; tiene como objetivo promover en las personas usuarias, el aprendizaje o el re-aprendizaje de habilidades para la vida cotidiana que favorezcan la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas en la vida socio-cultural. Para la rehabilitación psicosocial de las personas usuarias, las unidades podrán apoyarse en estructuras extra-hospitalarias con enfoque comunitario como: los talleres protegidos, las casas de medio camino, las residencias comunitarias, o cualesquiera otras que sean útiles para estos propósitos y que, para lograrlo, no recurran a la aplicación de tratamientos que vayan en contra de los derechos humanos.

4.1.30 Servicios de Psiquiatría: a los que se encuentran insertos dentro de los Hospitales Generales, o en hospitales de tercer nivel no especializados en psiquiatría, mediante los cuales se proporciona atención a casos que cursan o no con otra patología médica. Brindan atención multidisciplinaria y por medio del sistema de referencia y contrarreferencia canalizan a las personas usuarias que así lo requieren, a otros niveles de atención.

4.1.31 Talleres Protegidos: a los espacios en donde las personas con algún trastorno mental y del comportamiento, adquieren y utilizan aquellas habilidades y competencias necesarias para vivir, relacionarse con otros e integrarse en la comunidad, conociendo sus derechos, para lograr el mayor grado de autonomía. Estos establecimientos tienen como característica que el ingreso a estos espacios es a petición de la persona que padece un trastorno mental y del comportamiento, no se hará a través de intermediarios/as, familiares, autoridades de las instituciones de salud, etc., solamente a petición de la persona interesada.



4.1.32 Terapia Ocupacional: al conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple las deficiencias incapacitantes y valora los supuestos del comportamiento y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

4.1.33 Trastorno Mental y del comportamiento: Conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociados la mayoría de los casos con el malestar y la interferencia con el funcionamiento personal. Sus manifestaciones suelen ser comportamentales, psicológicas o biológicas.

4.1.34 Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica: a los establecimientos públicos, sociales y privados que prestan servicios de atención médica especializada a personas que padecen un trastorno mental.

4.1.35 Unidad de Psiquiatría en Hospital General: al servicio de atención médica ubicada en Hospitales Generales, la cual otorga servicios de hospitalización psiquiátrica de corta estancia y consulta externa.

4.1.36 Urgencia Psiquiátrica: al paciente que presenta síntomas consistentes en una alteración del estado mental que pone en riesgo su vida y/o la de otros. Estos síntomas pueden abarcar ideación o intento suicida, ideación homicida, incremento de síntomas depresivos o de ansiedad, psicosis, manía, trastornos cognitivos agudos, agitación psicomotora, confusión y alucinaciones o cambios súbitos en el comportamiento.

4.1.37 Usuario/a: a toda persona que padece un trastorno mental y del comportamiento, que emplea los servicios de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

4.1.38 Villas de Transición Hospitalaria: a las áreas de estancia hospitalaria con la estructura de una casa común, donde las usuarias/os reciben atención integral médico-psiquiátrica las veinticuatro horas del día. Cuentan con área de talleres de rehabilitación, banco de reforzadores, salón de usos múltiples para las personas usuarias, unidades de atención médica de cuidados especiales, oficinas administrativas, áreas de urgencias y consulta externa.

La norma oficial mexicana NOM-015-SSA3-2012, relativa a la atención integral que se les debe otorgar a personas con discapacidad, así como la importancia de mencionar también la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, que todo organismo de salud debe atender.

La Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes, presentada en el mensaje central del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, decálogo jurídico que propone mejorar la calidad de los servicios de salud, puntualiza:

1. Recibir atención médica adecuada: el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando sea necesario enviarlo a otro médico.

2. Recibir trato digno y respetuoso: el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brindan atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y este trato se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz. La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4. Decidir libremente sobre su atención. La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen el derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico y terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado. La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

6. Ser tratado con confidencialidad. La paciente o el paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive en un

estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. La paciente o el paciente tienen derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8. Recibir atención médica en caso de urgencia. Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, la paciente o el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9. Contar con un expediente clínico. La paciente o el paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida. La paciente o el paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

La Ley de Salud Mental para el Estado de Jalisco, que entró en vigor el 3 de febrero de 2014, establece lo siguiente:

Artículo 3.- La salud mental se define como el bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, le permite afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Artículo 4.- El núcleo familiar desempeña una función esencial en el desarrollo de las potencialidades de las personas con trastornos mentales, corresponde a la Secretaría de Salud, al Consejo Estatal de Salud Mental del Estado de Jalisco y al Instituto Jalisciense de Salud Mental proporcionar a las personas que integren el núcleo familiar, debida asistencia, asesoría, orientación, capacitación y adiestramiento necesario para tal fin.

Artículo 5.- Para efectos de la presente Ley, se entenderá por:

I. Acciones para la atención de la salud mental: estrategias necesarias para proporcionar a la persona usuaria una atención integral en salud mental, a través de la promoción,

prevención de riesgos, la evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, en los términos previstos en la presente Ley;

II. Consejo: el Consejo Estatal de Salud Mental del Estado de Jalisco;

III. Derecho a la salud mental: derecho de toda persona al bienestar psíquico, identidad, dignidad, respeto y un tratamiento integral con el propósito de una óptima integración social, para lo cual el Poder Ejecutivo tiene la obligación de planear, organizar, operar y supervisar el funcionamiento de los servicios a los que se refiere la presente Ley;

IV. Diagnóstico psicológico: informe que resulta del análisis e interpretación de los datos obtenidos en las distintas medidas de evaluación que se aplican a una persona o grupo, con el objetivo de detectar los síntomas que interfieren en su adaptación o que podrían desencadenar algún tipo de alteración, detectar disfunciones mentales;

V. Instituto: el Instituto Jalisciense de Salud Mental;

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

VII. Prevención de riesgos en salud mental: conjunto de acciones contenidas en los planes, programas, campañas y proyectos gubernamentales, nacionales e internacionales, con la finalidad de informar y educar a la población en relación a cualquier aspecto vinculado a la salud mental, e intervenir en las comunidades para evitar situaciones de riesgo y dar a conocer procedimientos con el propósito principal de preservar la calidad de vida;

VIII. Reglamento: el Reglamento de la Ley de Salud Mental para el Estado de Jalisco;

IX. Secretaría: Secretaría de Salud del Estado de Jalisco; y

X. Trastorno Mental: afectación de la salud mental de una persona debido a la presencia de un comportamiento derivado de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompaña de malestar e interfieren en la actividad cotidiana del individuo y su entorno.

Artículo 6.- Las personas usuarias de los servicios de salud mental, tienen derecho:

I. Al acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud mental;

II. A la atención médica;

III. A la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento;

IV. A ser informado sobre las campañas, planes, programas y servicios que proporcione las instituciones públicas sociales y privadas en materia de salud mental;

V. A conservar la confidencialidad de información personal, a una historia clínica de conformidad con lo establecido en las normas oficiales y al anonimato de los participantes en estudios;

VI. A que se informe al padre, madre, tutor o representante legal con veracidad de la condición y el posible efecto del programa, campaña o tratamiento que reciba la persona usuaria, en caso de que sea menor de edad o incapaz. Lo anterior es aplicable a toda la población, incluida aquella que se encuentra en unidades médicas de reclusorios y centros de atención integral juvenil, así como a grupos vulnerables;

VII. A que se le apliquen exámenes de valoración, confiables y actualizados que consideren su entorno social o característica a estudiar y a conocer los alcances y las limitaciones de las evaluaciones realizadas;

VIII. A solicitar su diagnóstico, a recibir atención especializada, a contar con un plan o programa integral de tratamiento para la recuperación de sus funciones cerebrales, habilidades cognitivas, proceso de aprendizaje, así como a la reinserción al ámbito social y productivo, conservando su integridad psicológica, incluyendo a pacientes que hayan estado reclusos en un hospital o pabellón penitenciario psiquiátrico o establecimiento especializado en adicciones;

IX. A ser ingresado a algún centro de internamiento mental por prescripción médica, incluyendo conductas o acciones que puedan causarle daño físico inmediato o inminente así mismo, a terceros o la propiedad, cuando la severidad de los síntomas y signos así lo indiquen, conforme a las mejores prácticas de la psicología, la psiquiatría y medicina;

X. A ser egresado del centro de internamiento mental, cuando el médico tratante considere que puede continuar su tratamiento en forma ambulatoria y que ya no exista el riesgo que su conducta o acciones puedan causarle daño físico inmediato o inminente a sí mismo, a terceros o la propiedad;

XI. A la rehabilitación que le permita la reinserción familiar, laboral y comunitaria;

XII. A la accesibilidad de familiares u otras personas, en el acompañamiento de las personas usuarias de los servicios de salud mental, salvo que medie contraindicación profesional médica;

XIII. A recibir un trato digno y con respeto a sus derechos humanos, por parte de sus familiares y a que éstos le proporcionen alimentos y cuidados necesarios para su rehabilitación integral, y

XIV. A que no se divulgue a terceros por alguno de los medios de comunicación existentes, la atención brindada por el personal de salud mental en las diversas instituciones que presten el servicio, cuando no medie su autorización expresa, salvo disposición contraria en esta y demás ordenamientos aplicables.

Artículo 7.- El profesional de salud mental tiene la obligación de estar debidamente acreditado para ejercer sus funciones, lo que incluye al menos, tener a la vista Título Profesional, Cédula Profesional y en su caso, certificados de especialización expedidos y registrados por las autoridades educativas y de profesiones competentes, con la finalidad de que el usuario y la autoridad corrobore que es un especialista en la materia de salud mental.

Artículo 8.- Corresponden a la Secretaría, en el ámbito de su competencia, sin menoscabo de las demás que se encuentren estipuladas en esta Ley y demás ordenamientos legales, las siguientes acciones:

Elaborar el Programa de Salud Mental para el Estado de Jalisco, conforme a los lineamientos establecidos en la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas, en la Ley Estatal de Salud y el presente ordenamiento, fomentando la participación de los sectores social y privado;

Implementar programas en materia de salud mental;

Fijar los lineamientos de coordinación para que los municipios, en el ámbito de su competencia, intervengan en la promoción de la salud mental, e incentiven la participación social;

Suscribir convenios, acuerdos o cualquier instrumento jurídico de coordinación con los Municipios del Estado a efecto de mejorar la atención en materia de salud mental;

Llevar a cabo los convenios de coordinación necesarios con los Municipios del Estado y el Instituto, para que en cada uno de los municipios del Estado, se cuente, mínimamente con un Módulo Comunitario de Atención en Salud Mental;

Implementar estrategias de coordinación de índole institucional con los prestadores de servicios de salud mental del sector público, social y privado, con la finalidad de generar convenios y acciones de coordinación para la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación en prestación de los servicios de salud mental, y

Las demás acciones que contribuyan a la promoción y fomento de la salud mental de la población.

Artículo 9.- La Secretaría buscará dar prioridad a la niñez, adolescencia, juventud, mujeres en condiciones de embarazo y puerperio, menopausia, adultos mayores, hombres con afecciones mentales y personas que se encuentran en situación de calle, de emergencia o desastre.

[...]

Artículo 11.- Para la atención de la salud mental, la Secretaría, en coordinación con la Fiscalía de Reinserción Social de la Fiscalía General del Estado, implementará acciones en materia de salud mental, a través de las áreas competentes.

Artículo 12.-. En las Unidades Médicas de los Centros de Atención Integral Juvenil, se realizará una valoración psiquiátrica para la detección oportuna de alguna patología psiquiátrica, el tratamiento farmacológico o psicoterapéutico que el menor requiera, dando seguimiento en Centro de Atención Integral Juvenil.

Artículo 13.- Se implementarán programas para aprovechar los recursos disponibles en los reclusorios preventivos, como son el centro escolar y los diferentes talleres donde la persona usuaria de los servicios de salud mental se encuentre bajo custodia, con la finalidad de que pueda realizar actividades encaminadas a su rehabilitación.

Ahora bien, las personas con enfermedad mental no sólo reciben una precaria atención por la Secretaría de Salud Jalisco, sino que también son víctimas de discriminación, en virtud de que la protección de la salud mental en el estado no ha llevado a cabo una reestructura y actualización en el servicio. De igual manera, los municipios no han atendido lo señalado en la Ley de Salud Mental para el Estado de Jalisco tal y como se evidenciará más adelante por lo que la infraestructura y los servicios que otorga la SSJ son inequitativos y discriminatorios, ya que las personas con enfermedades mentales no pueden acceder de manera directa y total a los servicios de salud que debe proporcionarles. Dichas personas no gozan ni ejercen sus derechos en igualdad de condiciones con las demás, como lo dispone la siguiente normativa:

La La ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, que entró en vigor en marzo de 2014, señala:

Artículo 1.- Las disposiciones de esta Ley son de orden público y de interés social. El objeto de la misma es prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se

ejerzan contra cualquier persona en los términos del Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato.

Para los efectos de esta ley se entenderá por:

I. Ajustes razonables: Las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas en la infraestructura y los servicios, que al realizarlas no impongan una carga desproporcionada o afecten derechos de terceros, que se aplican cuando se requieran en un caso particular, para garantizar que las personas gocen o ejerzan sus derechos en igualdad de condiciones con las demás;

[...]

III. Discriminación: Para los efectos de esta ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo;

[...]

IV. Diseño universal: Se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado;

Artículo 9.- Con base en lo establecido en el artículo primero constitucional y el artículo 1, párrafo segundo, fracción III de esta Ley se consideran como discriminación, entre otras:

I.[...]

XVII. Negar asistencia religiosa a personas privadas de la libertad, que presten servicio en las fuerzas armadas o que estén internadas en instituciones de salud o asistencia;

[...]



XXIX. Estigmatizar o negar derechos a personas con adicciones; que han estado o se encuentren en centros de reclusión, o en instituciones de atención a personas con discapacidad mental o psicosocial;

La Ley Estatal para Promover la Igualdad, Prevenir y Eliminar la Discriminación en el Estado de Jalisco señala lo siguiente:

Artículo 3. Para los efectos de la presente ley, se entenderá por:

[...]

VI. Discapacidad: Impedimento que presentan algunas personas para lograr una participación en sociedad de manera plena, efectiva y en igualdad de condiciones con las demás y que puede estar provocado por una deficiencia física o motora, sensorial, psíquica o mental;

Artículo 7. Se consideran conductas discriminatorias para toda persona, de manera enunciativa más no limitativa, aquellas que por motivos de discriminación produzcan el efecto de:

[...]

XXXII. Estigmatizar o negar derechos a personas con adicciones, que tengan alguna discapacidad, que han estado o se encuentran en centros de reclusión o en instituciones de atención a personas con discapacidad mental o psicosocial, que asuman públicamente su preferencia sexual, o que sean portadores del virus de inmunodeficiencia humana;

Los derechos humanos expuestos se encuentran fundamentados en los siguientes instrumentos internacionales:

Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada el 10 de diciembre de 1948 por la ONU, que en el artículo 25 establece:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA), el 2 de mayo de 1948, dispone: “Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su

salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.”

La Convención Americana de los Derechos Humanos, también llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada el 22 de noviembre de 1969 en Costa Rica y ratificada por México el 18 de diciembre de 1998, señala:

#### Artículo 1. Obligación de Respetar los Derechos

1. Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.
2. Para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano.

#### Artículo 5. Derecho a la Integridad Personal

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.
2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.

[...]

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado por la Asamblea General de la ONU mediante resolución 2200 A (XXI), el 16 de diciembre de 1966, aprobado por el Senado de nuestro país el 18 de diciembre de 1980, ratificado por México el 23 de marzo de 1981, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de mayo de ese mismo año, que entró en vigor en México el 23 de junio de 1981, determina:

#### Artículo 12.

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños [...] c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales

y de otra índole y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador, adoptado el 17 de noviembre de 1988, ratificado por México el 16 de abril de 1996, dispone:

Artículo 10. Derecho a la salud. 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 en la sede de las Naciones Unidas, que entró en vigor el 3 de mayo de 2008, dispone:

#### Artículo 1° Propósito

El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

#### Artículo 2° Definiciones

[...]

Por “discriminación por motivos de discapacidad” se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar 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;

Por “ajustes razonables” se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o

ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;

Por “diseño universal” se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El “diseño universal” no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten.

### Artículo 3° Principios generales

Los principios de la presente Convención serán:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

### Artículo 17° Protección de la integridad personal

Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás.

### Artículo 19°

Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad

Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

- a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;
- b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;
- c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

#### Artículo 25° Salud

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

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;

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

#### Artículo 26. Habilitación y rehabilitación

1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:

- a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;
- b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

2. Los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.

3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

#### Artículo 28. Nivel de vida adecuado y protección social

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.

2. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas:

- a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole

adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad;

b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza;

c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados;

d) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública;

e) Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.

La Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, adoptada por la Asamblea General de la ONU mediante resolución 39/46 el 10 de diciembre de 1984 y ratificada por México el 23 de enero de 1986 y entró en vigor el 26 de junio de 1987, señala lo siguiente:

#### Artículo 1

1. A los efectos de la presente Convención, se entenderá por el término "tortura" todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas.

2. El presente artículo se entenderá sin perjuicio de cualquier instrumento internacional o legislación nacional que contenga o pueda contener disposiciones de mayor alcance.

#### Artículo 2

1. Todo Estado Parte tomará medidas legislativas, administrativas, judiciales o de otra índole eficaces para impedir los actos de tortura en todo territorio que esté bajo su jurisdicción.

2. En ningún caso podrán invocarse circunstancias excepcionales tales como estado de guerra o amenaza de guerra, inestabilidad política interna o cualquier otra emergencia pública como justificación de la tortura.

3. No podrá invocarse una orden de un funcionario superior o de una autoridad pública como justificación de la tortura.

[...]

#### Artículo 16

1. Todo Estado Parte se comprometerá a prohibir en cualquier territorio bajo su jurisdicción otros actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y que no lleguen a ser tortura tal como se define en el artículo 1, cuando esos actos sean cometidos por un funcionario público u otra persona que actúe en el ejercicio de funciones oficiales, o por instigación o con el consentimiento o la aquiescencia de tal funcionario o persona. Se aplicarán, en particular, las obligaciones enunciadas en los artículos 10, 11, 12 y 13, sustituyendo las referencias a la tortura por referencias a otras formas de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

### La Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad señala lo siguiente:

#### Artículo I

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por:

##### 1. Discapacidad

El término discapacidad significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

##### 2. Discriminación contra las personas con discapacidad

a) El término "discriminación contra las personas con discapacidad" significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el



reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

b) No constituye discriminación la distinción o preferencia adoptada por un Estado parte a fin de promover la integración social o el desarrollo personal de las personas con discapacidad, siempre que la distinción o preferencia no limite en sí misma el derecho a la igualdad de las personas con discapacidad y que los individuos con discapacidad no se vean obligados a aceptar tal distinción o preferencia. En los casos en que la legislación interna prevea la figura de la declaratoria de interdicción, cuando sea necesaria y apropiada para su bienestar, ésta no constituirá discriminación.

## Artículo II

Los objetivos de la presente Convención son la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.

## Artículo III

Para lograr los objetivos de esta Convención, los Estados parte se comprometen a:

1. Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad, incluidas las que se enumeran a continuación, sin que la lista sea taxativa:

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;

b) Medidas para que los edificios, vehículos e instalaciones que se construyan o fabriquen en sus territorios respectivos faciliten el transporte, la comunicación y el acceso para las personas con discapacidad;

c) Medidas para eliminar, en la medida de lo posible, los obstáculos arquitectónicos, de transporte y comunicaciones que existan, con la finalidad de facilitar el acceso y uso para las personas con discapacidad; y

d) Medidas para asegurar que las personas encargadas de aplicar la presente Convención y la legislación interna sobre esta materia, estén capacitados para hacerlo.

2. Trabajar prioritariamente en las siguientes áreas:

- a) La prevención de todas las formas de discapacidad prevenibles;
- b) La detección temprana e intervención, tratamiento, rehabilitación, educación, formación ocupacional y el suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad; y
- c) La sensibilización de la población, a través de campañas de educación encaminadas a eliminar prejuicios, estereotipos y otras actitudes que atentan contra el derecho de las personas a ser iguales, propiciando de esta forma el respeto y la convivencia con las personas con discapacidad.

#### Artículo IV

Para lograr los objetivos de esta Convención, los Estados parte se comprometen a:

- 1. Cooperar entre sí para contribuir a prevenir y eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad.
- 2. Colaborar de manera efectiva en:
  - a) la investigación científica y tecnológica relacionada con la prevención de las discapacidades, el tratamiento, la rehabilitación e integración a la sociedad de las personas con discapacidad; y
  - b) el desarrollo de medios y recursos diseñados para facilitar o promover la vida independiente, autosuficiencia e integración total, en condiciones de igualdad, a la sociedad de las personas con discapacidad.

#### Artículo V

- 1. Los Estados parte promoverán, en la medida en que sea compatible con sus respectivas legislaciones nacionales, la participación de representantes de organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones no gubernamentales que trabajan en este campo o, si no existieren dichas organizaciones, personas con discapacidad, en la elaboración, ejecución y evaluación de medidas y políticas para aplicar la presente Convención.
- 2. Los Estados parte crearán canales de comunicación eficaces que permitan difundir entre las organizaciones públicas y privadas que trabajan con las personas con discapacidad los avances normativos y jurídicos que se logren para la eliminación de la discriminación contra las personas con discapacidad.

#### Artículo VI

[...]

#### Artículo VII

No se interpretará que disposición alguna de la presente Convención restrinja o permita que los Estados parte limiten el disfrute de los derechos de las personas con discapacidad reconocidos por el derecho internacional consuetudinario o los instrumentos internacionales por los cuales un Estado parte está obligado.

#### Artículo VIII

[...]

#### Artículo XIII

La presente Convención permanecerá en vigor indefinidamente, pero cualquiera de los Estados parte podrá denunciarla. El instrumento de denuncia será depositado en la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. Transcurrido un año, contado a partir de la fecha de depósito del instrumento de denuncia, la Convención cesará en sus efectos para el Estado denunciante, y permanecerá en vigor para los demás Estados parte. Dicha denuncia no eximirá al Estado parte de las obligaciones que le impone la presente Convención con respecto a toda acción u omisión ocurrida antes de la fecha en que haya surtido efecto la denuncia.

#### Artículo XIV

[...]

La Declaración de Kobe, patrocinada conjuntamente por Asociación Mundial de Psiquiatría Social, la Asociación Mundial de Psiquiatría, la Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial, la Federación Mundial de Salud Mental y la Asociación Japonesa de Psiquiatría Social, resolvió, tomando en consideración la Declaración de Roma, hecha pública el 5 de septiembre de 1995 en el 15° Congreso Mundial de Psiquiatría, en Roma, Italia, y la Declaración de Yokohama, adoptada el 29 de agosto de 2002 en el 12° Congreso de Psiquiatría de Yokohama, Japón, adoptaron conjuntamente la siguiente Declaración de Kobe en el 18° Congreso de Psiquiatría Social del 24 al 27 de octubre de 2002 en Kobe, Japón, con la siguiente conclusión:

1. Educar al público, a los responsables de las políticas, a los profesionales de la Salud y de los medios de comunicación acerca de la salud mental y las enfermedades mentales

2. Apoyar a las personas con enfermedad mental ya sus familias y promover la Equidad, no discriminación en las políticas de salud, con atención especial en el cuidado de la salud, educación, empleo y alojamiento;
3. Promover la aceptación de las enfermedades mentales como parte de la condición humana y de este modo combatir el estigma demasiado a menudo asociado a estas enfermedades;
4. Promover y compartir desarrollos innovadores en prevención, tratamiento y rehabilitación, investigación y formación; y
5. Enfatizar la dignidad de todos los seres humanos y los derechos de las personas con enfermedad mental y sus familias una participación en plena igualdad en la Organización y prestación de los servicios de salud mental

Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, adoptadas por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su resolución 46/119, el 17 de diciembre de 1991:

**PRINCIPIO 1. Libertades fundamentales y derechos básicos**

1. Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.
2. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.
3. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.
4. No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por "discriminación" se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con las disposiciones de los presentes Principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas.

5. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.

6. Toda decisión de que, debido a su enfermedad mental, una persona carece de capacidad jurídica y toda decisión de que, a consecuencia de dicha incapacidad, se designe a un representante personal se tomará sólo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate tendrá derecho a estar representada por un defensor. Si la persona de cuya capacidad se trata no obtiene por sí misma dicha representación, se le pondrá ésta a su disposición sin cargo alguno en la medida de que no disponga de medios suficientes para pagar dichos servicios. El defensor no podrá representar en las mismas actuaciones a una institución psiquiátrica ni a su personal, ni tampoco podrá representar a un familiar de la persona de cuya capacidad se trate, a menos que el tribunal compruebe que no existe ningún conflicto de intereses. Las decisiones sobre la capacidad y la necesidad de un representante personal se revisarán en los intervalos razonables previstos en la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate, su representante personal, si lo hubiere, y cualquier otro interesado tendrán derecho a apelar esa decisión ante un tribunal superior.

7. Cuando una corte u otro tribunal competente determine que una persona que padece una enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptarán medidas, hasta donde sea necesario y apropiado a la condición de esa persona, para asegurar la protección de sus intereses.

#### PRINCIPIO 2. Protección de menores

Se tendrá especial cuidado, conforme a los propósitos de los presentes Principios y en el marco de la ley nacional de protección de menores, en proteger los derechos de los menores, disponiéndose, de ser necesario, el nombramiento de un representante legal que no sea un miembro de la familia.

#### PRINCIPIO 3. La vida en la comunidad

Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

#### PRINCIPIO 4. Determinación de una enfermedad mental

1. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente.
2. La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.
3. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.
4. El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.
5. Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de ésta.

#### PRINCIPIO 5. Examen médico

Ninguna persona será forzada a someterse a examen médico con objeto de determinar si padece o no una enfermedad mental, a no ser que el examen se practique con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional.

#### PRINCIPIO 6. Confidencialidad

Se respetará el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes Principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne.

#### PRINCIPIO 7. Importancia de la comunidad y de la cultura

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.
2. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.
3. Todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales.

#### PRINCIPIO 8. Normas de la atención

1. Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.

2. Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.

#### PRINCIPIO 9. Tratamiento

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.

2. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado.

3. La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricos.

4. El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

#### PRINCIPIO 10. Medicación

1. La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros. Con sujeción a las disposiciones del párrafo 15 del principio 11 infra, los profesionales de salud mental sólo administrarán medicamentos de eficacia conocida o demostrada.

2. Toda la medicación deberá ser prescrita por un profesional de salud mental autorizado por la ley y se registrará en el historial del paciente.

#### PRINCIPIO 11. Consentimiento para el tratamiento

1. No se administrará ningún tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio.
2. Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda, acerca de: a) El diagnóstico y su evaluación; b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto; c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles; d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.
3. El paciente podrá solicitar que durante el procedimiento seguido para que dé su consentimiento estén presentes una o más personas de su elección.
4. El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio. Se deberán explicar al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir un tratamiento.
5. No se deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado. En caso de que el paciente así desee hacerlo, se le explicará que el tratamiento no se puede administrar sin su consentimiento informado.
6. Con excepción de lo dispuesto en los párrafos 7, 8, 12, 13, 14 y 15 del presente principio, podrá aplicarse un plan de tratamiento propuesto sin el consentimiento informado del paciente cuando concurren las siguientes circunstancias: a) Que el paciente, en la época de que se trate, sea un paciente involuntario; b) Que una autoridad independiente que disponga de toda la información pertinente, incluida la información especificada en el párrafo 2 del presente principio, compruebe que, en la época de que se trate, el paciente está incapacitado para dar o negar su consentimiento informado al plan de tratamiento propuesto o, si así lo prevé la legislación nacional, teniendo presente la seguridad del paciente y la de terceros, que el paciente se niega irracionalmente a dar su consentimiento; c) Que la autoridad independiente compruebe que el plan de tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud del paciente.
7. La disposición del párrafo 6 supra no se aplicará cuando el paciente tenga un representante personal facultado por ley para dar su consentimiento respecto del tratamiento del paciente; no obstante, salvo en los casos previstos en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, se podrá aplicar un tratamiento a este paciente sin su consentimiento informado cuando, después que se le haya proporcionado la información mencionada en el párrafo 2 del presente principio, el representante personal dé su consentimiento en nombre del paciente.



8. Salvo lo dispuesto en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, también se podrá aplicar un tratamiento a cualquier paciente sin su consentimiento informado si un profesional de salud mental calificado y autorizado por ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas. Ese tratamiento no se aplicará más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito.

9. Cuando se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, se hará no obstante todo lo posible por informar a éste acerca de la naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento posible y por lograr que el paciente participe en cuanto sea posible en la aplicación del plan de tratamiento.

10. Todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico del paciente y se señalará si es voluntario o involuntario.

11. No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.

12. Nunca podrá aplicarse la esterilización como tratamiento de la enfermedad mental.

13. La persona que padece una enfermedad mental podrá ser sometida a un procedimiento médico u operación quirúrgica importantes únicamente cuando lo autorice la legislación nacional, cuando se considere que ello es lo que más conviene a las necesidades de salud del paciente y cuando el paciente dé su consentimiento informado, salvo que, cuando no esté en condiciones de dar ese consentimiento, sólo se autorizará el procedimiento o la operación después de practicarse un examen independiente.

14. No se someterá nunca a tratamientos psicoquirúrgicos u otros tratamientos irreversibles o que modifican la integridad de la persona a pacientes involuntarios de una institución psiquiátrica y esos tratamientos sólo podrán, en la medida en que la legislación nacional lo permita, aplicarse a cualquier otro paciente cuando éste haya dado su consentimiento informado y cuando un órgano externo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente.

15. No se someterá a ensayos clínicos ni a tratamientos experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, excepto cuando el paciente esté incapacitado para dar su consentimiento informado, en cuyo caso sólo podrá ser sometido a un ensayo clínico o a un tratamiento experimental con la aprobación de un órgano de revisión competente e independiente que haya sido establecido específicamente con este propósito. 16. En los casos especificados en los párrafos 6, 7, 8, 13, 14 y 15 del presente principio, el paciente o su representante personal, o cualquier persona interesada, tendrán derecho a apelar ante un órgano judicial u otro órgano independiente en relación con cualquier tratamiento que haya recibido.

#### PRINCIPIO 12. Información sobre los derechos

1. Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de conformidad con los presentes Principios y en virtud de la legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos.

2. Mientras el paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos del paciente se comunicarán a su representante personal, si lo tiene y si procede, y a la persona o las personas que sean más capaces de representar los intereses del paciente y que deseen hacerlo.

3. El paciente que tenga la capacidad necesaria tiene el derecho de designar a una persona a la que se debe informar en su nombre y a una persona que represente sus intereses ante las autoridades de la institución.

#### PRINCIPIO 13. Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas

1. Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su: a) Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley; b) Vida privada; c) Libertad de comunicación, que incluye la libertad de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución; libertad de enviar y de recibir comunicaciones privadas sin censura; libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal y, en todo momento apropiado, de otros visitantes; y libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos y a la prensa, la radio y la televisión; d) Libertad de religión o creencia.

2. El medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular: a) Instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento; b) Instalaciones educativas; c) Instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación; d)

Instalaciones, y el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad. Tales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación vocacional y colocación laboral que permitan a los pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad.

3. En ninguna circunstancia podrá el paciente ser sometido a trabajos forzados. Dentro de los límites compatibles con las necesidades del paciente y las de la administración de la institución, el paciente deberá poder elegir la clase de trabajo que desee realizar.

4. EL trabajo de un paciente en una institución psiquiátrica no será objeto de explotación. Todo paciente tendrá derecho a recibir por un trabajo la misma remuneración que por un trabajo igual, de conformidad con las leyes o las costumbres nacionales, se pagaría a una persona que no sea un paciente. Todo paciente tendrá derecho, en cualquier caso, a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución psiquiátrica perciba por su trabajo.

#### PRINCIPIO 14. Recursos de que deben disponer las instituciones psiquiátricas

1. Las instituciones psiquiátricas dispondrán de los mismos recursos que cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, de: a) Personal médico y otros profesionales calificados en número suficiente y locales suficientes, para proporcionar al paciente la intimidad necesaria y un programa de terapia apropiada y activa; b) Equipo de diagnóstico y terapéutico para los pacientes; c) Atención profesional adecuada; d) Tratamiento adecuado, regular y completo, incluido el suministro de medicamentos.

2. Todas las instituciones psiquiátricas serán inspeccionadas por las autoridades competentes con frecuencia suficiente para garantizar que las condiciones, el tratamiento y la atención de los pacientes se conformen a los presentes Principios.

#### PRINCIPIO 15. Principios de admisión

1. Cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible por evitar una admisión involuntaria.

2. El acceso a una institución psiquiátrica se administrará de la misma forma que el acceso a cualquier institución por cualquier otra enfermedad.

3. Todo paciente que no haya sido admitido involuntariamente tendrá derecho a abandonar la institución psiquiátrica en cualquier momento a menos que se cumplan los recaudos para su mantenimiento como paciente involuntario, en la forma prevista en el principio 16 infra; el paciente será informado de ese derecho.

#### PRINCIPIO 16. Admisión involuntaria

1. Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que ya hubiera sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, de conformidad con el principio 4 supra, que esa persona padece una enfermedad mental y considere: a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; o b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva. En el caso a que se refiere el apartado b) del presente párrafo, se debe consultar en lo posible a un segundo profesional de salud mental, independiente del primero. De realizarse esa consulta, la admisión o la retención involuntaria no tendrán lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello.

2. Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención. Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares.

3. Una institución psiquiátrica sólo podrá admitir pacientes involuntarios cuando haya sido facultada a ese efecto por la autoridad competente prescrita por la legislación nacional.

#### PRINCIPIO 17. El órgano de revisión

1. El órgano de revisión será un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional que actuará de conformidad con los procedimientos establecidos por la legislación nacional. Al formular sus decisiones contará con la asistencia de uno o más profesionales de salud mental calificados e independientes y tendrá presente su asesoramiento.

2. El examen inicial por parte del órgano de revisión, conforme a lo estipulado en el párrafo 2 del principio 16 supra, de la decisión de admitir o retener a una persona como paciente involuntario se llevará a cabo lo antes posible después de adoptarse dicha decisión y se efectuará de conformidad con los procedimientos sencillos y expeditos establecidos por la legislación nacional.

3. El órgano de revisión examinará periódicamente los casos de pacientes involuntarios a intervalos razonables especificados por la legislación nacional.
4. Todo paciente involuntario tendrá derecho a solicitar al órgano de revisión que se le dé de alta o que se le considere como paciente voluntario, a intervalos razonables prescritos por la legislación nacional.
5. En cada examen, el órgano de revisión determinará si se siguen cumpliendo los requisitos para la admisión involuntaria enunciados en el párrafo 1 del principio 16 supra y, en caso contrario, el paciente será dado de alta como paciente involuntario.
6. Si en cualquier momento el profesional de salud mental responsable del caso determina que ya no se cumplen las condiciones para retener a una persona como paciente involuntario, ordenará que se dé de alta a esa persona como paciente involuntario.
7. El paciente o su representante personal o cualquier persona interesada tendrá derecho a apelar ante un tribunal superior de la decisión de admitir al paciente o de retenerlo en una institución psiquiátrica.

#### PRINCIPIO 18. Garantías procesales

1. El paciente tendrá derecho a designar a un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación. Si el paciente no obtiene esos servicios, se pondrá a su disposición un defensor sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.
2. Si es necesario, el paciente tendrá derecho a la asistencia de un intérprete. Cuando tales servicios sean necesarios y el paciente no los obtenga, se le facilitarán sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.
3. El paciente y su defensor podrán solicitar y presentar en cualquier audiencia un dictamen independiente sobre su salud mental y cualesquiera otros informes y pruebas orales, escritas y de otra índole que sean pertinentes y admisibles.
4. Se proporcionarán al paciente y a su defensor copias del expediente del paciente y de todo informe o documento que deba presentarse, salvo en casos especiales en que se considere que la revelación de determinadas informaciones perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo prescriba la legislación nacional, todo documento que no se proporcione al paciente deberá proporcionarse al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se comunique al paciente cualquier parte

de un documento, se informará de ello al paciente o a su defensor, así como de las razones de esa decisión, que estará sujeta a revisión judicial.

5. El paciente y su representante personal y defensor tendrán derecho a asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oídos en ella.

6. Si el paciente o su representante personal o defensor solicitan la presencia de una determinada persona en la audiencia, se admitirá a esa persona a menos que se considere que su presencia perjudicará gravemente la salud del paciente o pondrá en peligro la seguridad de terceros.

7. En toda decisión relativa a si la audiencia o cualquier parte de ella será pública o privada y si podrá informarse públicamente de ella, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o de no poner en peligro la seguridad de terceros.

8. La decisión adoptada en una audiencia y las razones de ella se expresarán por escrito. Se proporcionarán copias al paciente y a su representante personal y defensor. Al determinar si la decisión se publicará en todo o en parte, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas, el interés público en la administración abierta de la justicia y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente y de no poner en peligro la seguridad de terceros.

#### PRINCIPIO 19. Acceso a la información

1. El paciente (término que en el presente principio comprende al ex paciente) tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica. Este derecho podrá estar 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. Conforme lo disponga la legislación nacional, 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. 2. Toda observación por escrito del paciente o de su representante personal o defensor deberá, a petición de cualquiera de ellos, incorporarse al expediente del paciente.

#### PRINCIPIO 20. Delincuentes

1. El presente principio se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o

investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental. 2. Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental, según lo estipulado en el principio 1 supra. Los presentes Principios se aplicarán en su caso en la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepciones que vengan impuestas por las circunstancias. Ninguna modificación o excepción podrá menoscabar los derechos de las personas reconocidos en los instrumentos señalados en el párrafo 5 del principio 1 supra. 3. La legislación nacional podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, basándose en un dictamen médico competente e independiente, disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica. 4. El tratamiento de las personas de las que se determine que padecen una enfermedad mental será en toda circunstancia compatible con el principio 11 supra.

#### PRINCIPIO 21. Quejas

Todo paciente o ex paciente tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la legislación nacional.

#### PRINCIPIO 22. Vigilancia y recursos

Los Estados velarán por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes Principios, inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes.

#### PRINCIPIO 23. Aplicación

1. Los Estados deberán aplicar los presentes Principios adoptando las medidas pertinentes de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole, que revisarán periódicamente. 2. Los Estados deberán dar amplia difusión a los presentes Principios por medios apropiados y dinámicos.

#### PRINCIPIO 24. Alcance de los principios relativos a las instituciones psiquiátricas

Los presentes Principios se aplican a todas las personas que ingresan en una institución psiquiátrica.

#### PRINCIPIO 25. Mantenimiento de los derechos reconocidos

No se impondrá ninguna restricción ni se admitirá ninguna derogación de los derechos de los pacientes, entre ellos los derechos reconocidos en el derecho internacional o nacional aplicable, so pretexto de que los presentes Principios no reconocen tales derechos o de que sólo los reconocen parcialmente.

Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (Principios de Brasilia), los cuales surgieron de la convocatoria del Ministerio de Salud de la República Federativa de Brasil, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que convocaron al personal gubernamental de salud mental, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares a la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas, del 7 al 9 de noviembre de 2005, a fin de evaluar los desarrollos producidos desde 1990, a partir de lo cual concluyó:

#### REITERAN

La validez de los principios rectores señalados en la Declaración de Caracas con relación a:

El papel central que corresponde a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales;

La necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos y aseguren:

1. La provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de crisis, incluyendo, cuando sea necesario, la admisión en hospitales generales;
2. La formulación de respuestas que prevengan el surgimiento de nuevas generaciones de personas enfermas afectadas por trastornos psiquiátricos de larga evolución y discapacidad psicosocial;
3. El establecimiento de vínculos sólidos con los servicios de Atención Primaria de Salud con alta capacidad resolutive;
4. La participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental; y
5. La concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población

[...]

#### ADVIERTEN



Que los servicios de salud mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales que se han hecho más evidentes en estos últimos quince años, tales como:

1. La vulnerabilidad psicosocial, que incluye la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis, que se ha incrementado notablemente;
2. El aumento de la morbilidad y de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia;
3. El aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso del alcohol; y
4. El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia a la atención de las víctimas.

LOS AUSPICIADORES DE LA CONFERENCIA RESUELVEN AUNAR ESFUERZOS A FIN DE:

1. Gestionar la realización de una Reunión Regional de Ministros de Salud que tenga como objetivo la formulación de un Plan de Acción Regional con metas definidas;
2. Continuar sensibilizando a las autoridades nacionales respecto a la necesidad imperiosa de aumentar la inversión en salud mental para afrontar la dramática carga de morbilidad y discapacidad generada por los trastornos mentales;
3. Recopilar, documentar y diseminar las experiencias de atención en salud mental que hayan incorporado indicadores y estándares promovidos por la OPS y la OMS; y
4. Promover los programas de colaboración ni y multilateral entre países para el desarrollo de servicios, capacitación e investigación.

## Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas

### Principio I

#### Trato humano

Toda persona privada de libertad que esté sujeta a la jurisdicción de cualquiera de los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos será tratada

humanamente, con irrestricto respeto a su dignidad inherente, a sus derechos y garantías fundamentales, y con estricto apego a los instrumentos internacionales sobre derechos humanos.

En particular, y tomando en cuenta la posición especial de garante de los Estados frente a las personas privadas de libertad, se les respetará y garantizará su vida e integridad personal, y se asegurarán condiciones mínimas que sean compatibles con su dignidad.

Se les protegerá contra todo tipo de amenazas y actos de tortura, ejecución, desaparición forzada, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, violencia sexual, castigos corporales, castigos colectivos, intervención forzada o tratamiento coercitivo, métodos que tengan como finalidad anular la personalidad o disminuir la capacidad física o mental de la persona.

No se podrá invocar circunstancias, tales como, estados de guerra, estados de excepción, situaciones de emergencia, inestabilidad política interna, u otra emergencia nacional o internacional, para evadir el cumplimiento de las obligaciones de respeto y garantía de trato humano a todas las personas privadas de libertad.

## Principio II

### Igualdad y no-discriminación

Toda persona privada de libertad será igual ante la ley, y tendrá derecho a igual protección de la ley y de los tribunales de justicia. Tendrá derecho, además, a conservar sus garantías fundamentales y ejercer sus derechos, a excepción de aquéllos cuyo ejercicio esté limitado o restringido temporalmente, por disposición de la ley, y por razones inherentes a su condición de personas privadas de libertad.

Bajo ninguna circunstancia se discriminará a las personas privadas de libertad por motivos de su raza, origen étnico, nacionalidad, color, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, discapacidad física, mental o sensorial, género, orientación sexual, o cualquiera otra condición social. En consecuencia, se prohibirá cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga por objeto o por resultado, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos internacionalmente reconocidos a las personas privadas de libertad.

No serán consideradas discriminatorias las medidas que se destinen a proteger exclusivamente los derechos de las mujeres, en particular de las mujeres embarazadas y de las madres lactantes; de los niños y niñas; de las personas adultas mayores; de las personas enfermas o con infecciones, como el VIH-SIDA; de las personas con discapacidad física, mental o sensorial; así como de los pueblos indígenas, afrodescendientes, y de minorías. Estas medidas se aplicarán dentro del marco de la ley

y del derecho internacional de los derechos humanos, y estarán siempre sujetas a revisión de un juez u otra autoridad competente, independiente e imparcial.

Las personas privadas de libertad en el marco de los conflictos armados deberán ser objeto de protección y atención conforme al régimen jurídico especial establecido por las normas del derecho internacional humanitario, complementado por las normas del derecho internacional de los derechos humanos.

Las medidas y sanciones que se impongan a las personas privadas de libertad se aplicarán con imparcialidad, basándose en criterios objetivos.

### Principio III

#### Libertad personal

1. [...]

#### 3. Medidas especiales para las personas con discapacidades mentales

Los sistemas de salud de los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos deberán incorporar, por disposición de la ley, una serie de medidas en favor de las personas con discapacidades mentales, a fin de garantizar la gradual desinstitucionalización de dichas personas y la organización de servicios alternativos, que permitan alcanzar objetivos compatibles con un sistema de salud y una atención psiquiátrica integral, continua, preventiva, participativa y comunitaria, y evitar así, la privación innecesaria de la libertad en los establecimientos hospitalarios o de otra índole. La privación de libertad de una persona en un hospital psiquiátrico u otra institución similar deberá emplearse como último recurso, y únicamente cuando exista una seria posibilidad de daño inmediato o inminente para la persona o terceros. La mera discapacidad no deberá en ningún caso justificar la privación de libertad.

[...]

Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad, aprobada en el 48° Periodo de Sesiones de la Organización de las Naciones Unidas, mediante resolución AG.48/96, del 20 de diciembre de 1993, las cuales evidentemente no son vinculantes, pero sí constituyen las directrices que se deben marcar para garantizar los derechos y libertades fundamentales previstos en los organismos internacionales que versan sobre personas con discapacidad, anteponiendo en todo momento la necesidad de que las personas con discapacidad y sus familias participen en la elaboración, seguimiento, supervisión y ejecución de planes, programas, políticas, servicios, leyes, etcétera.

De igual forma, debe citarse la resolución CD47.RL de la Organización Panamericana de la Salud, sobre 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”, en donde dirigen recomendaciones a los Estados parte de la OEA sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Resaltan aquellos programas comunitarios de rehabilitación y la incorporación de diversas organizaciones representativas de las personas con discapacidad mental en la elaboración de estrategias, planes y programas

Ahora bien, han quedado señalados los instrumentos internacionales que se pronuncian al respecto, los cuales constituyen herramientas importantes en el reconocimiento, respeto y acceso efectivo del goce y ejercicio de los derechos de personas con discapacidad mental o psicosocial, y de todos los usuarios de los servicios de salud mental. No obstante, es importante señalar que el máximo órgano jurisdiccional en materia de derechos humanos en la región, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Coidh) ha emitido jurisprudencia respecto a la salud mental, tal como se señaló en la sentencia del caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, que considera que todo tratamiento de salud dirigido a personas con discapacidad mental debe tener como finalidad principal el bienestar del paciente y el respeto a su dignidad como ser humano.<sup>1</sup>

Dicho pronunciamiento es de observancia obligatoria para nuestro país, de conformidad con el artículo 62 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en sus artículos 1° y 2°, así como el reconocimiento de su competencia contenciosa obligatoria por parte del Estado mexicano, de acuerdo con el decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 24 de febrero de 1999.

Los anteriores instrumentos internacionales son válidos como fuentes del derecho de nuestro país, en tanto éste es integrante de la ONU y de la OEA, respectivamente. Además, los tratados internacionales son ley suprema de la Unión, tal como se establece en el artículo 1° y en el 133 de nuestra Carta Magna, que al efecto señalan:

---

<sup>1</sup>Véase sentencia de la CoIDH del caso *XimenesLopes Vs. Brasil*, del 4 de julio de 2006, En línea [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec\\_149\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf) consultado el 20 de diciembre de 2016.

#### Artículo 1.

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

[...]

#### Artículo 133.

Esta constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán Ley Suprema en toda la Unión. Los jueces de cada estado se arreglarán a dicha Constitución, las leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las constituciones o leyes de los Estados...

Por su parte, en el artículo 4° de la Constitución Política del Estado de Jalisco se complementa y clarifica la recepción y aplicación del derecho internacional de los derechos humanos en el ámbito interno, ya que de manera literal reconoce como parte del catálogo de derechos los contenidos en los diversos instrumentos internacionales que el gobierno federal haya suscrito y ratificado, tal como se desprende de la siguiente cita:

#### Artículo 4. [...]

Se reconocen como derechos de los individuos que se encuentren en el territorio del Estado de Jalisco, los que se enuncian en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y los tratados,

convenciones o acuerdos internacionales que el Gobierno Federal haya firmado o de los que celebre o forme parte.

Una vez establecido el marco teórico de los derechos relacionados en el presente caso, esta defensoría pública de los derechos humanos procede a exponer las razones y fundamentos que acreditan fehacientemente violaciones de derechos humanos por parte de la Secretaría de Salud Jalisco, en perjuicio de habitantes del estado de Jalisco que padecen enfermedades mentales, bajo los siguientes argumentos:

La queja se interpuso inicialmente por el abandono que sufren las comunidades wixaritari de la región norte del estado de Jalisco, a saber: San Sebastián Teponahuaxtlán, Santa Catarina, Cuexcomatlán, San Andrés Cohamiata, municipio de Mezquitic; y Tuxpan, del municipio de Bolaños, ya que no existe ninguna organización, institución o dependencia de Estado que atienda a las personas con enfermedades mentales o psicosociales. El quejoso hizo extensiva su inconformidad a todos los municipios del estado, ya que la Ley de Salud Mental para el Estado de Jalisco, que entró en vigor en febrero de 2014, indica que cada municipio debe tener un módulo comunitario de salud mental; sin embargo, la mayoría no cuenta con ese tipo de centros y, en consecuencia, sus derechos son vulnerados.

Resulta importante recalcar que el quejoso pertenece a la comunidad indígena wixaritari que habita en la zona norte del estado, en donde esta Comisión con anterioridad acreditó la carencia de servicios de salud, tal y como quedó evidenciado en las Recomendaciones 2/2004, 18/2009, 33/2009 y 33/2016, en donde se ha solicitado en múltiples ocasiones a las autoridades en turno, que mejoren y doten de mayor eficiencia las políticas públicas para garantizar de manera plena el derecho humano a la salud de los habitantes de ese pueblo originario. Sin embargo, persiste la falta de garantías a los derechos humanos de la población indígena, lo cual profundiza su situación de vulnerabilidad.

Como se señalará más adelante, los municipios fuera de la zona metropolitana sufren de un constante abandono en materia de salud mental no obstante, en el presente caso la comunidad indígena wixaritari se encuentra aún más vulnerable, lo cual resulta alarmante si valoramos que el pueblo wixárika es originario, integrado por personas en un alto grado de vulnerabilidad, ya que por sus circunstancias económicas, la ubicación geográfica y los antecedentes de abusos

de poder en su contra lo colocan en un riesgo mayor de afectación de sus derechos humanos fundamentales.

Ahora bien, para adentrarnos en la atención en salud mental debemos señalar primeramente qué es un trastorno mental. La quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- V)*, que se traduce como *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA) contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales. Sin embargo, desde 1952, cuando se publicó por primera ocasión este catálogo, ha sido revisado y actualizado de forma periódica. Actualmente se encuentra en su quinta edición; sin embargo, aun cuando el *DSM V* es el sistema más reconocido de clasificación de trastornos mentales, tanto para diagnosticar como para la investigación y la docencia, no existe como tal una definición de lo que es una enfermedad mental. A la fecha, ningún organismo internacional, ni el propio gobierno mexicano, han emitido una definición oficial de la discapacidad mental o psicosocial. Las definiciones que atiende el *DSM*, al igual que las existentes, provienen más de una situación estigmatizante o de atención hacia la rehabilitación del paciente.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud indica que los trastornos mentales son muy diversos, y cada uno se acompaña de diferentes síntomas. No obstante, suelen caracterizarse por una combinación de pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones sociales anormales. Estos trastornos se describen en el capítulo V (Trastornos mentales y del comportamiento, F00 a F99) de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10.a revisión (CDI-10). Allí se clasifican del siguiente modo: F00 a F09, Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos; F10 a F19, Trastornos mentales y del comportamiento causados por consumo de sustancias psicoactivas; F20 a F29, Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes; F30 a F39, Trastornos del humor (afectivos); F40 a F48, Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos; F50 a F59, Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos; F60 a F69, Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos; F70 a F79, Retraso mental; F80 a F89, Trastornos del desarrollo psicológico; F90 a F98, Trastornos

emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia; y F99, Trastorno mental no especificado.<sup>2</sup>

La National Alliance for Mental Illness (NAMI) es una de las organizaciones que a escala mundial ha proporcionado una definición más acorde al nuevo paradigma planteado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). La NAMI ha establecido que la discapacidad psicosocial es aquella que se refiere a la inhabilidad de interactuar con la sociedad de forma culturalmente aceptable, pudiendo ser ésta de carácter temporal o permanente, convirtiéndose así en una condición de vida.<sup>3</sup>

Ahora bien, cabe recalcar que actualmente existe un instrumento internacional que rige los lineamientos en materia de discapacidad, a saber: la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual entró en vigor el 3 de mayo de 2008 con su respectivo protocolo facultativo. La Convención no impone un concepto rígido de “discapacidad”, sino que adopta un enfoque dinámico que permite adaptaciones a lo largo del tiempo y en diversos entornos socioeconómicos. La define como un “concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.<sup>4</sup>

La nueva metodología para entender y medir la discapacidad, según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF), no proporciona una definición específica de discapacidad, sino que señala que es un término que engloba deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación, y se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y los factores contextuales de ese mismo individuo (factores personales y ambientales).<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10.a revisión. Organización Panamericana de la Salud, 2010. En línea <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V> consultado el 5 de diciembre de 2016.

<sup>3</sup> Méndez López Adalberto/Suarez Mendoza Aldo, *Paseo por el Limbo*, Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y Oficina del Alto Comisionado en México para la ONU, 2015, p. 10

<sup>4</sup> Glosario de Términos sobre discapacidad. Comisión de Política Gubernamental e materia de Derechos Humanos. Gobierno Federal. En línea [http://portal.salud.gob.mx/codigos/carrusel/pdf/glosario\\_de\\_terminos\\_sobre\\_discapacidad.pdf](http://portal.salud.gob.mx/codigos/carrusel/pdf/glosario_de_terminos_sobre_discapacidad.pdf) consultado el 5 de diciembre de 2016.

<sup>5</sup> *Ibidem*.



Por lo anterior, entendemos por discapacidad mental el deterioro de la funcionalidad y el comportamiento de una persona que es portadora de una disfunción mental y que es directamente proporcional a la severidad y cronicidad de dicha disfunción. Las dismentales son alteraciones o deficiencias en el sistema neuronal, que aunado a una sucesión de hechos que la persona no puede manejar, detonan una situación alterada de la realidad.<sup>6</sup>

Derivado del modelo social que incorpora el enfoque de derechos humanos al enfoque médico, recientemente ha surgido el término discapacidad psicosocial, que se define como restricción causada por el entorno social y centrada en una deficiencia temporal o permanente de la psique debida a la falta de diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de las siguientes disfunciones mentales: depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad, trastornos generalizados del desarrollo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de pánico con estrés post-traumático, trastorno fronterizo, esquizofrenia, trastorno esquizo-afectivo, trastornos alimentarios (anorexia y bulimia) y trastorno dual (que es una de estas disfunciones, pero con una o más adicciones).<sup>7</sup>

Por lo anterior, suele relacionarse una enfermedad mental con una discapacidad. Sin embargo, cuando un paciente con una enfermedad no crónica se encuentra estable, es susceptible de llevar a cabo una vida en sociedad. Al respecto, la OMS señala que la discapacidad es un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación; denota los aspectos negativos de la interacción entre una persona (aquejada por un trastorno de salud) y su entorno (factores ambientales y personales).<sup>8</sup>

Cabe señalar que la discapacidad psicosocial puede derivarse de una enfermedad mental. No sólo tiene factores bioquímicos y genéticos, sino psicológicos y sociales también, y sus síntomas se presentan por lo regular en la adolescencia, aunque hay casos en que se presenta también desde la infancia, o en etapas posteriores a la adultez o vejez.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup>*Ibidem*

<sup>7</sup>*Ibidem*

<sup>8</sup> World report on disability 2011. OMS, 2011. En línea [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf) consultado el 5 de diciembre de 2016.

<sup>9</sup>Méndez López Adalberto/Suarez Mendoza Aldo, *Paseo por el Limbo*, Op. Cit. p.10

Ahora bien, una vez identificado lo que es una enfermedad mental y psicosocial, es necesario señalar que esta Comisión admitió y radicó la queja en contra del titular de la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco (SSJ) y de la titular del Instituto Jalisciense de Salud Mental (Salme) por las posibles omisiones en la atención a personas con padecimientos mentales en el estado de Jalisco.

Por parte del secretario de salud, se giraron instrucciones de que la titular del Salme fuera quien diera respuesta a esta Comisión sobre todo lo relacionado con la queja. Lo anterior, por ser el instituto que se encarga de manera específica de atender dichas enfermedades.

La directora del Salme informó que desde marzo de 2001 se encuentra en funciones en la zona norte del estado de Jalisco el Módulo de Salud Mental de Colotlán, que en un principio atendía también asuntos relacionados con violencia y adicciones, los cuales se desligaron a partir de la creación de centros de atención primaria en adicciones (Centro Nueva Vida) y la Unidad de Atención de Violencia (UAVI). Sobre esa base, el 17 de noviembre de 2011 se inauguró el Cisame de Colotlán, que actualmente cuenta con servicios de psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y promoción y prevención en salud mental. Se presta atención a toda la población de la zona norte del estado de Jalisco y del estado de Zacatecas, mediante referencia de pacientes de diversas instituciones tanto estatales como municipales.

Respecto al número de unidades de atención hospitalaria, centros integrales de salud mental y módulos comunitarios de salud mental que se encuentran en funcionamiento en el estado, indicó que el Salme integralmente busca el establecimiento de los tres niveles de atención, destinados sobre todo a prestar servicios de urgencia, consulta externa y de hospitalización a personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad, pero también a la investigación, la información y el desarrollo de personal para la salud (enseñanza y capacitación). Indicó que desde la entrada en vigor de la legislación en salud mental en el estado de Jalisco se han realizado gestiones y reuniones con autoridades de los municipios de Guadalajara, Zapopan, Degollado, Atotonilco, Ahualulco de Mercado, Ocotlán, Tizapán el Alto y La Huerta, para la instalación de módulos comunitarios de salud mental, pero no en todos se ha concluido la tramitología.

En cuanto a infraestructura, el Salme cuenta con dos unidades hospitalarias o aplicativas:

- El Caisame estancia breve, ubicado en el municipio de Zapopan, cuenta con 50 camas censables en hospitalización y diez en la unidad de cuidados inmediatos, que es el área a la que se ingresan de manera inicial, tras ser atendidos en el servicio de urgencias. Los servicios que atiende son en consulta externa:

- Clínica de Trastornos Afectivos.
- Clínica de Trastornos de Ansiedad
- Clínica de Niños y Adolescentes.
- Clínica para la Prevención del Suicidio.
- Intervención en Crisis.
- Intervención en Crisis Línea Telefónica
- Grupos psicoeducativos para mujeres en situaciones de violencia familiar.
- Grupos psicoeducativos para hombres generadores de violencia familiar.
- Grupos psicoeducativos para pacientes y familiares de trastorno de ansiedad, depresión y trastorno bipolar.
- Grupos psicoeducativos para padres de niños y adolescentes con TDAH.
- Grupo psicoeducativo para niños y adolescentes con TDAH.
- Grupo psicoeducativo para familiares de pacientes adultos mayores con diagnóstico de demencia.
- Grupo psicoeducativo para niños y adolescentes con trastorno depresivo.
- Grupo terapéutico para el manejo de duelos.
- Escuela para padres.
- Sesiones informativas para pacientes y familiares que asisten a consulta de primera vez.
- Urgencias.
- Hospitalización
- Grupos psicoeducativos para familiares de pacientes hospitalizados.

- El Caisame estancia prolongada, que se ubica en el municipio de Tlajomulco de Zúñiga, dispone de 265 camas censables para atender a personas con enfermedades mentales severas y persistentes, con base en

modelos de rehabilitación integral. Los servicios que presta son los siguientes:

- Consulta externa
- Hospitalización
- Medicina interna
- Psicología
- Psiquiatría
- Dermatología
- Rehabilitación física
- Nutrición
- Trabajo social
- Enfermería
- Odontología
- Laboratorio
- Rayos X
- Estomatología
- Unidad de Rehabilitación Integral
- Unidad Intermedia de Rehabilitación.

Los anteriores Caisames fueron visitados por personal de esta Comisión, quien acreditó su funcionamiento, así como las carencias que resultaron evidentes, como las encontradas en infraestructura de calidad y de personal. Ejemplo de esto se encuentra el área de rehabilitación del Caisame estancia prolongada, atendida por una sola especialista que, según los datos proporcionados por la propia institución, maneja una carga laboral de 1 965 pacientes; esto, en virtud de que los dos compañeros que le apoyaban han sido jubilados y no se ha repuesto ninguna de dichas plazas. Sin embargo, es evidente el incremento de servicios que ha tenido el Cisame y las carencias de personal y presupuesto cada vez son más notorias.

Por parte del Cisame estancia breve, se advirtieron carencias en cuanto a personal, ya que se evidenció que únicamente se cuenta con tres psiquiatras, los únicos en el estado que atienden a menores con problemas mentales. La situación empeora al no contar en todo el estado con algún geropsiquiatra que apoye a la población de la tercera edad, pues el único que había en el Salme dejó de laborar con la institución en 2016, lo que dejó a este grupo aún

más vulnerable, ya que si bien se les brinda la atención por parte de los psiquiatras del Salme, las personas de la tercera edad con problemas mentales merecen ser atendidas por especialistas capaces de atender también los problemas recurrentes de la edad.

En cuanto a los Centros Integrales de Salud Mental (Cisame), el Salme indicó que se encuentran distribuidos en: Colotlán, Zapotlán el Grande (Ciudad Guzmán), Autlán de Navarro, El Grullo, Puerto Vallarta, Ameca, Tonalá, Tlaquepaque y Guadalajara. Se informó que existe una Red Estatal de Servicios de Salud Mental, en donde participan instituciones públicas dependientes de la Secretaría de Salud y que atienden y derivan a pacientes con enfermedades mentales. Los centros ubicados fuera de la capital del estado fueron también visitados por personal de esta Comisión, y en ellos se advierte que el problema más común es la carencia de medicinas, comprometiéndose la atención y recuperación de los pacientes.

De igual forma, existen módulos comunitarios y centros de salud y en algunas ocasiones personal del DIF municipal, el que atiende a los pacientes con enfermedades mentales, y que se encarga de derivarlos a algún Cisame o a los Caisames. Sin embargo, este personal en la mayoría de las ocasiones no depende del Salme, sino directamente del Secretaría de Salud, tal y como acontece con el personal de los módulos de salud mental de Lagos de Moreno, Tepatitlán de Morelos, La Barca, Atotonilco, Tamazula, Arandas, Juchitlán, Ahualulco de Mercado y Zapopan, por lo que se desconoce la experiencia, capacitación, actualización y adiestramiento que tengan en la materia, y su relación con el respeto y protección de los derechos humanos, tortura, tratos crueles e inhumanos.

Situación similar acontece con el personal del propio Salme, en donde si bien se advierte que los especialistas conocen la materia, se acreditó que hace algunos meses de la SSJ les brindó a personal del Caisame estancia breve un curso en línea sobre derecho a la salud, y únicamente el Cisame de Ciudad Guzmán ha recibido en 2015 capacitación en materia de derechos humanos. Es evidente que ni el personal del Salme ni el que labora en la atención de personas con enfermedades mentales de la SSJ cuentan con una capacitación básica en salud, como son las normas oficiales (NOM-004.SSA3-2012 del expediente clínico, NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de servicios de salud en unidades de

atención integral hospitalaria médico-psiquiatra) ni mucho menos en derechos humanos, tortura y tratos crueles e inhumanos.

Ahora bien, como se ha mencionado, no sólo los Cisames otorgan atención a personas con discapacidad mental, sino también los centros de salud y módulos comunitarios llevan a cabo esa labor. Éstos son visitados por personal del Salme, y se ha acreditado que en la presente administración estatal se han llevado a cabo 32 visitas de apoyo técnico, 17 en 2013, 9 en 2014 y 6 en 2015; para 2016 se señaló que se harían en la segunda mitad del año, por lo que no se remitió ningún resultado respecto a esta anualidad. No obstante lo anterior, de las constancias que integran los resultados de las visitas técnicas, se advierten carencias y peticiones que se han realizado a la Ssa, para poder otorgar un servicio de calidad, las cuales resultan preocupantes para esta Comisión, ya que algunas merman no sólo la atención de los usuarios, sino que se ponen en peligro de recaer o agravar su enfermedad por falta de atención o de medicamento, como se observa a continuación:

- Falta de personal médico –psiquiatras- que atienda guardias, días festivos y fines de semana en todos los Cisames y módulos.
- Las instalaciones no cuentan con aula para trabajar con grupos, por lo que se deben estar gestionando apoyos y auxilio de los municipios para llevar a cabo actividades grupales (Lagos de Moreno). Los que cuentan con el espacio es muy reducido (La Barca).
- Hay Cisames
- Módulos que giran instrucciones sin atender lo establecido en el POA que autoriza el Instituto de Salud Mental, ya que se niegan a brindar atención grupal (Autlán de Navarro, Juchitlan y El Grullo).
- No cuentan con personal de seguridad, por lo que corre riesgo la integridad y seguridad personal no solo de los pacientes, sino también del personal que labora en los Centros.
- El incremento de las consultas y muchas de las recaídas de los pacientes, se debía a que farmacia LOMEDIC no surte las recetas oportunamente, reportando un desabasto hasta de un 90%, datos proporcionados por las autoridades de la Región Sanitaria Lagos Norte, Tepatitlán-Arandas, Autlan de Navarro, Juchitlán, El Grullo, Ameca, Colotlán,

- Necesidad de incrementar el personal operativo y clínico, ya que en algunos Módulos y/o CISAMES se atiende a pacientes no solo del Estado de Jalisco (hay pacientes de Nochistlán, Zacatecas).
- La tarea de atención médico-psiquiatra sobrepasa la capacidad de respuesta de un solo facultativo (psiquiatra) se expresa la necesidad de un médico especialista más en la unidad y/o médico residente.
- Quejas de pacientes por el trato que reciben del personal que atiende los Módulos, específicamente se registra esta situación en el Módulo de Arandas, donde hay reincidencia de quejas en contra del médico psiquiatra.
- Incremento de la exigencia por parte de médicos pasantes y médicos generales del programa de Enfermedades Crónico-Degenerativas de la SSJ,
- Uniformar criterios en todas las regiones sanitarias del Estado en torno al Programa de Salud Mental.
- Capacitación dirigida a los médicos pasantes y generales ubicados en las unidades de primer nivel de atención en toda la Sierra del Norte del Estado (Comunidades wixarika).
- Carencia de trabajadores sociales, que den seguimiento al sistema de referencia-contrareferencia de cada caso clínico
- Las instalaciones donde se ubican los Módulos de Salud Mental deben ser incluyentes es decir no deben contener barreras físicas ni impedimentos para personas con discapacidad, de edad avanzada etc, (Módulo La Barca se ubica en un segundo piso con escaleras en dos secciones).
- Falta de apoyo económico para la edición de material proporcional para la semana de la salud.
- Falta apoyo de personal de limpieza.
- Hay Módulos que no cuentan con línea telefónica para facilitar el trabajo con los usuarios de servicios, para concertación de citas y /o cancelación o rescate de pacientes (La Barca).
- Capacitación a médicos generales de los Centros de Salud y Casas de Salud de las distintas regiones sanitarias.
- Carencias de recursos materias en enfermería, recetarios médicos, materia promocional.

- Carencias en la contratación de personal administrativo, y el ya existente carece de capacitación y equipamiento para desempeñar sus labores.
- Fortalecer las acciones de promoción y prevención del suicidio y de participación comunitaria.
- Se requieren más visitas de atención técnica periódicas para los CISAMES y Módulos Comunitarios de Atención Mental
- En la Región Sanitaria VI Ciudad Guzmán, se expuso un tema delicado, el hecho de que existan personas con enfermedades neurológicas (80%) y un (20%) enfermedades Psiquiátricas hospitalizados de manera privada en la Casa Hogar “Hogares Betania A.C.” y que sean atendidos a domicilio por personal del CISAME, sin asentar la responsabilidad en la que incurren como servidores públicos.
- Del punto anterior se evidenció que el propio departamento de Regulación Sanitaria de la SSJ realizó una verificación de la Casa Hogar “Hogares Betania A.C.” para comprobar que se encontrara funcionando en apego al Reglamento de la SSJ.

Respecto a los diagnósticos integrales de salud mental, la directora del Salme informó que éstos se llevaban a cabo por parte del instituto cada diez años, siendo el último el realizado en 2010 y del cual sobresale lo siguiente:

C) Infraestructura, se inventariaron las instituciones que otorgan servicios de atención en Salud Mental a nivel público, privado y social, siendo las siguientes:

- El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuenta con en dos Hospitales Generales de zona, en 6 Hospitales Generales Regionales y en 2 Hospitales de Especialidad en donde otorgan consulta externa y derivan pacientes al único centro de hospitalización, a saber: Centro Comunitario de Salud número 1, fundado en 1976 y anexo al sanatorio Psiquiátrico San Juan de Dios en Zapopan, al que subroga hasta 160 camas diarias para la atención hospitalaria de derechohabientes con trastorno mental. El Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en Jalisco proporciona consulta externa de Psiquiatría en el Hospital Regional “Dr. Valentín Gómez Farías” en ambos turnos, subrogando la Hospitalización al Sanatorio Psiquiátrico San Juan de Dios.

- Servicios Médicos Municipales de Guadalajara, cuenta con el servicio de atención psicológica que se proporciona en 4 de sus unidades de urgencias: Unidad Dr. Jesús Delgadillo Araujo, Unidad Dr. Ernesto Arias González, Unidad Dr. Leonardo Oliva y la Unidad Dr. Francisco Ruiz Sánchez.



- La unidad hospitalaria psiquiátrica integrada al Hospital CIVIL Fray Antonio Alcalde que cuenta con 20 camas censables.

**En el ámbito privado, se encontraron todos los organismos de atención en la zona Metropolitana de Guadalajara, a saber:**

- Sanatorio Psiquiátrico San Juan de Dios: consulta externa y hospitalización (280 camas).

- Sanatorio San Camilo para la atención a mujeres con trastorno mental, consulta externa y hospitalización (60 camas).

- Unidad de Orientación y Psicodiagnostico consulta externa y hospitalización (14 camas)

- Clínica de Ansiedad, Depresión y Estrés consulta externa y hospitalización (11 camas).

No pasa inadvertido para esta Comisión que el Salme informó que no es facultad del instituto la supervisión y registro de los Centros de Atención Privada de Salud Mental, y que de igual forma desconocía si por parte de la Ssa se lleva a cabo algún registro y supervisión de los centros de atención privada. Por su parte, la Ssa no proporcionó la información relativa a los centros privados de atención en materia de salud mental, argumentando que la petición que realizó esta Comisión estaba mal fundamentada y debía aclararse (evidencia 35); no obstante, se advierte una evidente negativa por parte de la autoridad en cuanto a este tema, ya que personal jurídico de esta Comisión se basó en lo señalado en el Diagnósticos Integral de Salud Mental 2010, en donde se utilizó el término “ámbito privado”, para referirse a aquellas instituciones que evidentemente no son públicas y que requieren que el paciente pague por los servicios de salud mental que ahí se administran, por lo que esta Comisión manifiesta la preocupante situación en la que se pudieran encontrar dichos centros, en donde se desconoce el estado de su infraestructura, la capacitación y profesionalización del personal que ahí labora y más aún las condiciones en las que se están los pacientes.

Lo anterior recobra relevancia al haber sido la propia región sanitaria VI Ciudad Guzmán a que le solicitó al propio Departamento de Regulación Sanitaria de la SSJ una verificación de la casa hogar hogares Betania A C, para comprobar que funcionara con apego al Reglamento de la SSJ, ya que este lugar de ámbito

privado de hospitalización cuenta con atención por parte del personal médico del Cisame, situación que evidentemente debe ser regulada al tratarse de servidores públicos que actúan en el ámbito de una institución privada.

Ahora bien, dentro del Diagnóstico Integral de Salud Mental de 2010 se contabilizaron 164 camas, que son con las que cuenta el sistema penitenciario que tiene una unidad de internamiento para la atención de personas con trastornos mentales sujetas a proceso judicial.

Entretanto, los organismos no gubernamentales que apoyan a pacientes psiquiátricos y que el Estado tiene reconocidos son:

- Humanamente Voz Pro Salud Mental atiende anualmente de manera externa 150 pacientes (enfermedades graves como la esquizofrenia, trastorno bipolar depresión mayor y trastorno obsesivo compulsivo) y 600 familiares;
- Patronato del Instituto Jalisciense de Salud Mental que presta varios apoyos a pacientes, familiares y al propio Instituto.

En cuanto a los recursos humanos que prestan sus servicios en el área de la salud mental en el estado, en 2010 se contabilizaban 1 148, entre ellos 303 psiquiatras; 56 residentes de psiquiatría; 247 psicólogos; 468 enfermeras; 57 trabajadores sociales y 17 terapeutas ocupacionales.

Ahora bien, como se ha señalado, el número de consultas en materia de salud mental va en incremento, tal como se puede advertir en las estadísticas proporcionadas por el Salme, en donde se señaló la atención que se brindó durante 2015 y hasta junio de 2016, mes en que se proporcionó el siguiente material:

**MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA DE SALUD MENTAL  
CAISAME BREVE  
ENERO A DICIEMBRE DE 2015**

| N. | DESCRIPCIÓN                  | CÓDIGO | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | %     |
|----|------------------------------|--------|-----------|----------|-------|-------|
| 1  | Trastornos hipercinéticos    | F90    | 2553      | 465      | 3018  | 12,81 |
| 2  | Otros trastornos de ansiedad | F41    | 936       | 1422     | 2358  | 10,01 |
| 3  | Trastorno depresivo          | F33    | 394       | 1547     | 1941  | 8,24  |

|    |                                                                                           |      |      |       |       |        |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-------|-------|--------|
|    | concurrente                                                                               |      |      |       |       |        |
| 4  | Trastorno de ansiedad generalizada                                                        | F411 | 754  | 1182  | 1936  | 8,21   |
| 5  | Episodio depresivo                                                                        | F32  | 455  | 1178  | 1636  | 6,93   |
| 6  | Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos | F332 | 333  | 1074  | 1407  | 5,97   |
| 7  | Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente                                | F331 | 178  | 1162  | 1340  | 5,69   |
| 8  | Episodio depresivo moderado                                                               | F321 | 272  | 847   | 1119  | 4,75   |
| 9  | Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable                                     | F603 | 122  | 681   | 803   | 3,41   |
| 10 | Trastorno mixto de ansiedad y depresión                                                   | F412 | 240  | 539   | 779   | 3,31   |
|    | LAS DEMÁS                                                                                 |      | 2855 | 4379  | 7234  | 30,69  |
|    | TOTAL                                                                                     |      | 9092 | 14476 | 23568 | 100,00 |

**MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA DE SALUD MENTAL  
CAISAME PROLONGADA  
ENERO A DICIEMBRE DE 2015**

| N. | DESCRIPCIÓN                                                                                                                            | CÓDIGO | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | %    |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|----------|-------|------|
| 1  | Esquizofrenia                                                                                                                          | F20    | 3921      | 1675     | 5596  | 34,2 |
| 2  | Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y al uso de otra sustancia psicoactiva, trastorno psicótico | F195   | 869       | 65       | 934   | 5,7  |
| 3  | Trastornos fóbicos de ansiedad                                                                                                         | F40    | 479       | 375      | 854   | 5,2  |
| 4  | Psicosis de origen no orgánico, no especificada                                                                                        | F29X   | 544       | 219      | 763   | 4,7  |
| 5  | Trastorno depresivo concurrente                                                                                                        | F33    | 225       | 536      | 761   | 4,7  |
| 6  | Trastorno afectivo bipolar                                                                                                             | F31    | 316       | 389      | 705   | 4,3  |
| 7  | Otros trastornos de la personalidad y del                                                                                              | F68    | 413       | 204      | 617   | 3,8  |

|    |                                    |      |      |      |       |       |
|----|------------------------------------|------|------|------|-------|-------|
|    | comportamiento en adultos          |      |      |      |       |       |
| 8  | Episodio depresivo                 | F32  | 161  | 368  | 529   | 3,2   |
| 9  | Trastorno de ansiedad generalizada | F411 | 231  | 214  | 445   | 2,7   |
| 10 | Trastornos afectivos esquizo-8     | F25  | 150  | 282  | 432   | 2,6   |
|    | LAS DEMÁS                          |      | 2532 | 2194 | 4726  | 28,9  |
|    | TOTAL                              |      | 9841 | 6521 | 16362 | 100,0 |

## INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL ESTADÍSTICAS 2015

|                                                   | VARIABLES                         | CAISAME<br>ESTANCIA<br>BREVE | CAISAME<br>ESTANCIA<br>PROLONGADA |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| PSIQUIATRÍA                                       | Primera vez                       | 2,955                        | 1,600                             |
|                                                   | Subsecuente                       | 8,624                        | 14,764                            |
|                                                   | Total                             | 11.579                       | 16.364                            |
| PAIDO<br>PSIQUIATRÍA                              | Primera vez                       | 1.155                        | 0                                 |
|                                                   | Subsecuente                       | 1.736                        | 0                                 |
|                                                   | Total                             | 2.891                        | 0                                 |
| PSICO<br>GERIATRÍA                                | Primera vez                       | 379                          | 0                                 |
|                                                   | Subsecuente                       | 805                          | 0                                 |
|                                                   | Total                             | 1.184                        | 0                                 |
| TOTAL, GENERAL<br>PSIQUIATRÍA                     | Total                             | 15,654                       | 16,364                            |
| TOTAL, PSICOLOGÍA                                 | Total                             | 7,915                        | 2,728                             |
| TOTAL, GENERAL<br>PSICOLOGÍA Y<br>PSIQUIATRÍA     | Total                             | 23,569                       | 19,092                            |
| PROMEDIO DE<br>CONSULTA                           | Consulta por psicólogo            | 466                          | 248                               |
|                                                   | Consulta por psiquiatra           | 921                          | 1.169                             |
|                                                   | Total                             | 569                          | 6.861                             |
| TRABAJO SOCIAL<br>PROMOCIÓN DE LA<br>SALUD MENTAL | Salud Mental asistentes           | 0                            | 3.682                             |
|                                                   | Grupos Psicoeducativos asistentes | 4.656                        | 0                                 |
|                                                   | Salud Mental sesiones             | 0                            | 103                               |
| HOSPITALIZACIÓN                                   | Grupos psicoeducativos sesiones   | 469                          | 0                                 |
|                                                   | Egresos                           | 725                          | 733                               |
|                                                   | Urgencias                         | 7.213                        | 0                                 |
| CONSULTA INTERNA                                  | Psiquiatría                       | 5.769                        | 7.811                             |
|                                                   | Psicología                        | 4.168                        | 7.043                             |
|                                                   | Medicina                          | 4,768                        | 6.124                             |
|                                                   | Salud bucal                       | 0                            | 1602                              |

**MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA DE SALUD MENTAL  
CAISAME PROLONGADA  
ENERO-MAYO DE 2016**

| N. | DESCRIPCIÓN                                                                                                                               | CÓDIGO | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | %     |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|----------|-------|-------|
| 1  | Esquizofrenia                                                                                                                             | F20    | 2205      | 854      | 3059  | 38,0  |
| 2  | Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, trastorno psicótico | F19    | 654       | 73       | 727   | 9,0   |
| 3  | Trastorno depresivo concurrente                                                                                                           | F33    | 170       | 313      | 483   | 6,0   |
| 4  | N/A                                                                                                                                       | F29    | 294       | 96       | 390   | 4,8   |
| 5  | Trastorno afectivo bipolar                                                                                                                | F31    | 152       | 186      | 338   | 4,2   |
| 6  | Episodio depresivo                                                                                                                        | F32    | 103       | 200      | 303   | 3,8   |
| 7  | Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adulto                                                                        | F68    | 178       | 99       | 277   | 3,4   |
| 8  | Trastornos fóbicos de ansiedad                                                                                                            | F40    | 163       | 111      | 274   | 3,4   |
| 9  | Trastornos esquizoafectivos                                                                                                               | F25    | 88        | 144      | 232   | 2,9   |
| 10 | Trastornos de ansiedad generalizada                                                                                                       | F411   | 112       | 81       | 193   | 2,4   |
|    | LAS DEMÁS                                                                                                                                 |        | 943       | 829      | 1772  | 22,0  |
|    | TOTAL                                                                                                                                     |        | 5062      | 2986     | 8048  | 100,0 |

**MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA DE SALUD MENTAL  
CAISAME BREVE  
ENERO-JUNIO DE 2016**

| N. | DESCRIPCIÓN                        | CÓDIGO | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | %     |
|----|------------------------------------|--------|-----------|----------|-------|-------|
| 1  | Trastorno depresivo recurrente     | F33    | 281       | 1255     | 1536  | 12,04 |
| 2  | Trastornos hipercinéticos          | F90    | 1260      | 216      | 1476  | 11,57 |
| 3  | Otros trastornos de ansiedad       | F41    | 523       | 747      | 1270  | 9,95  |
| 4  | Episodio depresivo                 | F32    | 288       | 818      | 1106  | 8,67  |
| 5  | Trastorno de ansiedad generalizada | F411   | 421       | 683      | 1104  | 8,65  |
| 6  | Episodio depresivo moderado        | F321   | 145       | 503      | 648   | 5,08  |

|    |                                                            |      |      |      |       |       |
|----|------------------------------------------------------------|------|------|------|-------|-------|
| 7  | Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente | F321 | 82   | 562  | 644   | 5,05  |
| 8  | Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable      | F321 | 71   | 517  | 588   | 4,61  |
| 9  | Trastorno afectivo bipolar                                 | F603 | 138  | 236  | 374   | 2,93  |
| 10 | Trastorno mixto de ansiedad y depresión                    | F31  | 95   | 254  | 349   | 2,74  |
|    | Las demás                                                  | ---  | 1487 | 2177 | 3664  | 28,72 |
|    | Total                                                      |      | 4791 | 7968 | 12759 |       |

Por su parte, el Caisame estancia prolonga le proporcionó a esta Comisión las estadísticas de 2010 en cuanto a su funcionamiento diario, y las mismas de 2016 (hasta el 12 de diciembre) para acreditar el incremento que aqueja a dicha institución y que se puede observar en las siguientes tablas:

## 2010

| Psiquiatría |      | Psicología |      | Medicina General |      | Salud Bucal |      | Rehabilitación |      | Medicina Interna |      | Ginecología |      |
|-------------|------|------------|------|------------------|------|-------------|------|----------------|------|------------------|------|-------------|------|
| Int.        | Ext. | Int.       | Ext. | Int.             | Ext. | Int.        | Ext. | Int.           | Ext. | Int.             | Ext. | Int.        | Ext. |
| 4668        | 8943 | 4191       | 828  | 6067             | 1524 | 1722        | 395  | 675            | 22   | 228              | 224  | 16          | 0    |
| 13611       |      | 5019       |      | 7591             |      | 2117        |      | 697            |      | 452              |      | 16          |      |

|                              |     |                         |
|------------------------------|-----|-------------------------|
| INGRESOS                     | 276 | TOTAL, DÍAS DE ESTANCIA |
| REINGRESOS                   | 431 | 50339                   |
| EGRESOS                      | 685 |                         |
| PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA |     | 73,5                    |

## 2016\*

| Psiquiatría |      | Psicología |      | Medicina General |      | Salud Bucal |      | Rehabilitación |      | Medicina Interna |      | Ginecología |      |
|-------------|------|------------|------|------------------|------|-------------|------|----------------|------|------------------|------|-------------|------|
| Int.        | Ext. | Int.       | Ext. | Int.             | Ext. | Int.        | Ext. | Int.           | Ext. | Int.             | Ext. | Int.        | Ext. |
| 5773        | 3626 | 14030      | 3389 | 5926             | 2129 | 1661        | 360  | 1965           | 0    | 324              | 448  | 12          | 0    |
| 19399       |      | 17692      |      | 8055             |      | 2021        |      | 1965           |      | 772              |      | 12          |      |

|                              |     |                         |
|------------------------------|-----|-------------------------|
| INGRESOS                     | 335 | TOTAL, DÍAS DE ESTANCIA |
| REINGRESOS                   | 518 | 43626                   |
| EGRESOS                      | 814 |                         |
| PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA |     | 53.6                    |

Como se puede observar, la demanda de servicios de atención mental y psicosocial son de extraurgencia en materia de salud. Jalisco cuenta con una población de 7 844 830 habitantes<sup>10</sup> más los habitantes de poblaciones de estados vecinos, los cuales son susceptibles en cualquier momento de requerir atención de este tipo, y en el entendido de que en el ámbito privado únicamente existen 525 camas para pacientes que requieren hospitalización,<sup>11</sup> más las 20 camas que dispone el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, el cual debe destacarse es la única instancia pública que atiende problemas agudos o graves de paidopsiquiatría. Por parte del Salme se cuentan con 313 camas censables en estancia prolongada y 50 camas en estancia breve, lo que da un total de 363 camas de hospitalización para la población del estado de Jalisco (evidencia 34) – y vecinos de otros estados–, situación alarmante, y más alarmante aún es que Jalisco contara en el servicio público en 2010 con 1 148 especialistas en la materia, entre ellos 303 psiquiatras, 56 residentes de psiquiatría, (algunos actualmente deben de haber egresado), 247 psicólogos, 468 enfermeras, 57 trabajadores sociales y 17 terapeutas ocupacionales.

Las anteriores cifras sin duda resultan alarmantes, más aún cuando la Ssa no ha contribuido, ampliado o reformado el programa de atención mental, ya que desde la década de los noventa, con la adopción de la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, también conocida como la Declaración de Caracas,<sup>12</sup> se fijaron objetivos prioritarios, entre

<sup>10</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Censo poblacional 2015, Jalisco, En línea <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/jal/poblacion/> consultado el 13 de diciembre de 2016

<sup>11</sup> Diagnóstico Integral de Salud Mental para el Estado de Jalisco 2010, siendo las instituciones de asistencia social y privadas, las siguientes: IMSS (160), San Juan de Dios (280), San Camilo (60), Unidad de Orientación y Psico-diagnostico (14 camas), Clínica de Ansiedad (11 camas).

<sup>12</sup> Declaración de Caracas del 14 de noviembre de 1990, convocada por la OPS y la OMS. Dicha Declaración ha sido utilizada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como un estándar para interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos legales en los informes relacionados con los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales, ya que los países que participaron -entre ellos México- declararon lo siguiente: 1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales; 2. 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; 3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben: a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, b) estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados. c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario, 4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que: a) aseguren el respeto de los

los que se encuentran la superación del modelo de atención basado en el hospital psiquiátrico y la erradicación de la discriminación y los abusos de los que las personas con problemas de salud mental son víctimas. Robustece lo anterior las conclusiones que en 2010 emitió la Conferencia Regional de Salud Mental, pronunciamientos también conocidos como Consenso de Panamá, en donde trabajadores de salud mental de América procedentes del sector público, autoridades nacionales de salud y representantes de organizaciones defensoras de los derechos humanos, discutieron la situación que impera en la región, visualizando que para 2020 se avanzará hacia una comunidad sin manicomios.<sup>13</sup>

Los anteriores pronunciamientos resultan preocupantes en nuestro sistema de salud, ya que pese a que los nuevos instrumentos adoptados por la comunidad internacional y suscritos por México se encuentran avanzados en la transformación de los modelos de atención, nuestro país parece estancado, sin adaptarse a los nuevos estándares universales de servicios de salud mental.

Lo anterior motiva a esta Comisión a expresar la preocupación por una mejora en los servicios de salud mental para el estado de Jalisco, que se destinen recursos materiales y humanos para atender esta discapacidad que va en aumento. Según

---

derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento; 5. Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración; 6. Que las Organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración, y al monitoreo y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos. En línea [https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf) consultado el 14 de diciembre de 2016.

<sup>13</sup> Resolución del Consenso de Panamá:

- Impulsar la implementación de la Estrategia y Plan de Acción Regional en Salud Mental mediante un proceso que debe adaptarse a las condiciones particulares de cada país para responder apropiadamente a las necesidades actuales y futuras en materia de salud mental.
- Fortalecer el modelo de salud mental comunitaria en todos los países de la Región, de manera de asegurar la erradicación del sistema manicomial en la próxima década.
- Reconocer como un objetivo esencial la protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, en particular su derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad.
- Identificar en los escenarios nacionales los desafíos actuales y emergentes que demandan una respuesta apropiada por los servicios de salud mental, en especial la problemática psicosocial de la niñez, adolescencia, las mujeres, así como de grupos poblacionales en situaciones especiales y de vulnerabilidad.
- Incrementar la asignación de recursos a los programas y servicios de salud mental y lograr una equitativa y apropiada distribución de los mismos, de manera que exista correspondencia con la carga creciente que representan los trastornos mentales y por el uso de sustancias, entendiendo que la inversión en salud mental significa una contribución a la salud y el bienestar en general, así como al desarrollo social y económico de los países.



la Organización Mundial de la Salud (OMS) para 2020 la depresión sería la causa principal de incapacidad en el mundo, mientras que en México, las estadísticas oficiales reportan alrededor de 18.6 por ciento de la población que vive con un trastorno psiquiátrico.<sup>14</sup>

Ante las cifras expuestas, el Seguro Popular no es indiferente en contar con un Catálogo Universal de Servicios de Salud 2014 (Causes), el cual está actualmente vigente, donde especifica las enfermedades mentales que cubre este tipo de seguro social, siendo éstas las siguientes:

- AMBULATORIO, URGENCIAS Y /O HOSPITALIZACIÓN

128 Diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos (Depresión, Trastornos Afectivo de Tipo Bipolar, Trastornos Afectivos Persistentes).

F31 Trastorno Afectivo Bipolar

F32 Episodio Depresivo

F33 Trastorno Depresivo Recurrente

F34 Trastorno del Humor (afectivos) persistentes.

- AMBULATORIO, URGENCIAS Y/O HOSPITALIZACIÓN

129. diagnóstico y Tratamiento de trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, crisis de angustia y pánico y reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación trastorno de estrés postraumático).

- URGENCIA Y / O HOSPITALIZACIÓN

F41.0 Trastorno de Pánico (ansiedad paroxística episódica)

F41.1 Trastorno Gde Ansiedad Generalizada

F43.1 Trastorno de Estrés Post- traumático

F43.2 Trastorno de Adaptación.

F43.9 Reacción al Estrés grave no especificado

130. Diagnóstico y tratamiento de trastornos psicóticos (esquizofrenia, psicóticos y Esquizotípico).

F20 Esquizofrenia

F21X Trastorno esquizofrénico

F29X Psicosis de Origen no orgánico, no especificada

F05 Delito no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas

205 Diagnóstico y tratamiento hospitalario del Estado epiléptico y crisis consultivas de difícil control.

- URGENCIAS Y/O HOSPITALIZACIÓN

---

<sup>14</sup>Méndez López Adalberto/Suarez Mendoza Aldo, *Paseo por el Limbo*, Op. Cit. p.10

#### G.41 Estado del mal Epiléptico.

No obstante que el Seguro Popular cuenta con el anterior catálogo, es preocupante observar cómo los pacientes de enfermedades mentales han ido en aumento en el estado de Jalisco, y aun cuando muchos se encuentran atendidos por el Seguro Popular, quedó acreditado que la SSJ en la presente administración únicamente ha recibido la cantidad de \$649 698 pesos (concerniente sólo de 2013) por concepto de prestaciones de servicios a personas con alguna de las enfermedades mentales señaladas en el Causes y que se encuentra registrada como usuario del Seguro Popular.

Esta Comisión insta a que el Gobierno del Estado de Jalisco asuma su responsabilidad en torno al derecho a la salud y no discriminación de las personas con padecimientos mentales y psicosociales, con una verdadera intervención en cuanto a infraestructura, tratamiento y rehabilitación.

Cabe recalcar que desde hace décadas, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han alentado a los países miembros a reformar la atención de la salud mental, orientados a la erradicación del modelo asilar y su consecuente sustitución por un nuevo diseño de la atención, caracterizado por “la integralidad de la asistencia, las internaciones breves, el privilegio de estrategias en rehabilitación psicosocial y la implementación de un enfoque comunitario”.<sup>15</sup>

Los servicios de la salud, según la OMS, son los medios por los cuales se ponen en práctica las intervenciones eficaces de salud mental. La forma como se organizan estos servicios tiene una gran repercusión en su eficacia. Por lo común, los servicios de salud mental incluyen dispensarios, establecimientos para el tratamiento de los enfermos mentales durante el día, salas de psiquiatría en hospitales generales, equipos de salud mental comunitarios, alojamiento con apoyo en la comunidad y hospitales para enfermos mentales.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup>OPS. OMS. Marco De Referencia Para La Implementación De La Estrategia Regional En Salud Mental. En línea

<http://www.paho.org/hq/dmdocuments/MARCO%20DE%20REFERENCIA%20Salud%20Mental%20final.pdf?ua=1> consultado el 10 de diciembre de 2016.

<sup>16</sup> Organization of services for mental health. OMS, 2003. [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/essentialpackage1v2/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v2/en/index.html) Mental health Atlas 2011. OMS, 2011. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf) consultado el 10 de diciembre de 2016.

La recuperación y rehabilitación de las personas con enfermedades mentales debe ser abordada desde un punto de vista incluyente y no discriminatorio. Por recuperación se entiende la aparición o reaparición de la esperanza, la aceptación de las capacidades y discapacidades propias, el despliegue de una vida activa, la autonomía personal, la identidad social, la asignación de un significado y una finalidad en la vida, así como un sentido positivo de sí mismo. Recuperación no es sinónimo de curación. Aquella está vinculada con situaciones internas de las personas que se consideran en recuperación —esperanza, mejoría, autonomía y vinculación— y situaciones externas que la facilitan: el respeto de los derechos humanos, la existencia de una cultura que propicia la mejoría y los servicios de apoyo a la recuperación.<sup>17</sup>

La rehabilitación psicosocial (RP) según la OMS, es un proceso que facilita la oportunidad a individuos –que se encuentran deteriorados o afectados por el *handicap*, o están con una discapacidad o trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. LaRP apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad. La RP es compleja y ambiciosa porque abarca diferentes factores y niveles de atención, como los hospitales mentales, los hogares y los lugares de trabajo. De hecho abarca a la sociedad en su conjunto.<sup>18</sup>

Dentro de los objetivos intermedios del proceso de RP se incluyen una serie de pasos que, aunque son separables y valorables en sí mismos, adquieren su plena fuerza cuando se consideran estrechamente coordinados. Los pasos incluyen lo siguiente:

---

<sup>17</sup> WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. OMS, 2012. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548410\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548410_eng.pdf) consultado el 12 de diciembre de 2016.

<sup>18</sup>Rehabilitación psicosocial, una declaración de consenso, Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR) OMS, Rehabilitación Psicosocial, publicado en español en el de la Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial (AMRP) n° 6, marzo de 1997. En línea <http://www.wapr.org/human-right-psycho-social-rehabilitacion/> consultado el 12 de diciembre de 2016.

1. Reducir la sintomatología a través de la farmacología apropiada, tratamientos psicológicos e intervenciones sociales.
2. Reducir la iatrogenia (daño en la salud, causado o provocado por un acto médico involuntario) disminuyendo y eliminando en la medida de lo posible los efectos físicos y conductuales adversos de las intervenciones anteriores, especialmente la institucionalización prolongada.
3. Mejorar la competencia social, optimizando las habilidades sociales individuales, la competencia psicológica y el funcionamiento ocupacional.
4. Reducir la discriminación y el estigma. Apoyo a las familias con un enfermo mental.
5. Apoyo social creando y manteniendo sistemas de apoyo a largo plazo, que incluyan menos las necesidades básicas de alojamiento, empleo, relación social y ocio.
6. Habilitar a los usuarios, mejorando la autonomía de los usuarios y cuidadores, y la posibilidad de autonomía y protección.<sup>19</sup>

Como se puede observar, una RP involucra la participación interdisciplinaria de expertos que atiendan problemáticas especiales y que busquen la reinserción del paciente estable con enfermedad mental en la sociedad.

Como quedó acreditado, esta Comisión evidenció que el Caisame estancia prolongada del municipio de Tlajomulco de Zúñiga lleva a cabo desde 2008, dentro de su Unidad Intermedia de Rehabilitación (Unire), un programa que busca rehabilitar a pacientes mediante una estrategia individual, con tratamiento farmacológico, alojamiento, apoyo psicológico a paciente y familias, rehabilitación vocacional y empleo; redes de apoyo social y ocio; todo esto traducido en una preparación del paciente para una vida autónoma. Hoy el programa Unire cuenta con cuatro villas (dos para hombres y dos para mujeres) con 12 camas cada villa y en este momento se encuentran 26 pacientes en el programa, situación que evidencia la voluntad de los especialistas de ampliar criterios de la OMS en torno a la rehabilitación de pacientes con enfermedades mentales sin embargo, las estadísticas de egresos de dicho programa no reflejan una sólida rehabilitación psicosocial en Jalisco.

---

<sup>19</sup>*Ibidem.*

Lo anterior no deja alcanzar las metas establecidas en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, que robustece el Atlas Regional de Salud Mental de las Américas<sup>20</sup> que año con año proporciona información actualizada sobre la disponibilidad de recursos y servicios de salud mental existentes en todo el mundo y provee datos básicos para alcanzar las metas establecidas en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental, el cual recalca la importancia de que los Estados conciben la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad”.<sup>21</sup> La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todo el gobierno.<sup>22</sup>

Las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura de 40 a 60 por ciento mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (por ejemplo, cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH), y al suicidio. A escala mundial, el suicidio es la segunda forma más frecuente de muerte en los jóvenes.<sup>23</sup>

Con frecuencia, los trastornos mentales hunden a las personas y a las familias en la pobreza. La carencia de hogar y la encarcelación impropia son mucho más frecuentes entre las personas con trastornos mentales que en la población general, y exacerbaban su marginación y vulnerabilidad. Debido a la estigmatización y la discriminación, las personas con trastornos mentales sufren frecuentes violaciones de los derechos humanos, y a muchas se les niegan derechos económicos, sociales y culturales y se les imponen restricciones al

---

<sup>20</sup>Atlas Regional de Salud Mental de las Américas, Diciembre de 2015 OMS-OPS. En línea [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28450/9789275319000\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28450/9789275319000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)consultado el 13 de diciembre de 2016.

<sup>21</sup> Resolución de la 66.A Asamblea Mundial de la Salud, Mayo 2013. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 aprobado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).en línea [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1)consultado el 15 de diciembre de 2016.

<sup>22</sup>*Ibidem*

<sup>23</sup>*Ibidem*

trabajo y a la educación, así como a los derechos reproductivos y al derecho a gozar del grado más alto posible de salud. Pueden sufrir también condiciones de vida inhumanas y poco higiénicas, maltratos físicos y abusos sexuales, falta de atención y prácticas terapéuticas nocivas y degradantes en los centros sanitarios. A menudo se les niegan derechos civiles y políticos, tales como el derecho a contraer matrimonio y fundar una familia, la libertad personal, el derecho de voto y de participación plena y efectiva en la vida pública, y el derecho a ejercer su capacidad jurídica en otros aspectos que les afecten, en particular el tratamiento y la atención. Así, las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad y verse excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual representa un importante impedimento para la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales.<sup>24</sup>

La finalidad del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales. Lo anterior, bajo los siguientes objetivos:

1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental;
2. Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta;
3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;
4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.<sup>25</sup>

El plan de acción se basa en seis principios y enfoques transversales:

1. Cobertura sanitaria universal: independientemente de la edad, sexo, estatus socioeconómico, raza, etnia u orientación sexual, y de acuerdo con el principio de equidad, las personas con trastornos mentales deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.

---

<sup>24</sup>*Ibidem*

<sup>25</sup>*Ibidem*

2. Derechos humanos: las estrategias, acciones e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental deben ajustarse a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y a otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

3. Práctica basada en evidencias: las estrategias e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental tienen que basarse en pruebas científicas y en prácticas óptimas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural.

4. Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital: las políticas, planes y servicios de salud mental han de tener en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en todas las etapas del ciclo vital: lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad.

5. Enfoque multisectorial: la respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental requiere alianzas con múltiples sectores públicos, tales como los de la salud, educación, empleo, justicia, vivienda, social y otros, así como con el sector privado, según proceda en función de la situación del país.

6. Emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales: las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales deben emanciparse y participar en la promoción, las políticas, la planificación, la legislación, la prestación de servicios, el seguimiento, la investigación y la evaluación en materia de salud mental.

Ahora bien, no pasa inadvertido para esta Comisión que la queja inicial comenzó por una inconformidad que presentó una persona perteneciente a un grupo vulnerable, a saber, un integrante de la comunidad wixárika, por lo que resulta trascendental que la Secretaría de Salud Jalisco y el Salme atiendan no únicamente lo señalado en torno a cuestiones de salud mental y rehabilitación, sino tener presente que cuando se brinde este tipo de atención, deberán atender situaciones intersectoriales como la etnicidad, la equidad y los derechos humanos, de conformidad con el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 antes señalado.

Tampoco le son ajenos a esta Comisión tres grandes temas relacionados con la materia, y que merecen mención: la carencia en el servicio público de atención para trastornos de la conducta alimentaria, clínica y hospitalización para niños y adolescentes<sup>26</sup> así como de psicogeriatría, en donde no se cuenta ni con infraestructura para atender dichos casos ni muchos menos con especialistas.

Ahora bien, la atención a personas con enfermedades mentales que se encuentran privadas de su libertad corre a cargo de la Fiscalía de Reinserción Social, que cuenta con módulos especializados que albergan enfermos mentales. Tal es el caso de Pabellón Psiquiátrico, ubicado en la Comisaría de Sentenciados y del Dormitorio de Observación de la Comisaría de Prisión Preventiva, ambas áreas son tratadas por psicólogos especialistas en implementar acciones técnicas para lograr la reinserción social de los internos, esa área también elabora informes periciales enfocados al diagnóstico, clasificación e integración de estudios de personalidad, además de la prevención, atención y seguimiento de la salud psicológica en la población penitenciaria.

Cuenta con un grupo de psiquiatras que brinda la atención a los internos que han sido diagnosticados, tratando de restablecer un estado mental emocional y conductual más acorde con lo esperado dentro de los estándares sociales de salud mental y la norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-2014. Los internos que son atendidos en el Reclusorio son quienes padecen trastornos mentales y del comportamiento, síndromes adictivos, trastornos psicóticos, trastorno afectivos, de ansiedad y somatomorfos, etcétera. Se utiliza medicamento psicofarmacológico y terapéutico, tomando criterios de tratamiento ambulatorio o de internamiento, con evaluación continua de acuerdo a la evolución del trastorno.

Cabe señalar que en el dormitorio de observación, los internos reciben atención médica, los valoran clínicamente mediante consulta general y se les proporciona el tratamiento adecuado. Se vigila su evolución, situación que se atiende también con el área psicológica. Tienen también un área educativa que fomenta la civilidad entre los internos, y personal de trabajo social acude diariamente al dormitorio para verificar las necesidades del día, como enlaces telefónicos con familiares, entrevistas para servicios de administración o jurídicos, comunicación

---

<sup>26</sup>Como se ha mencionado el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde es el único servicio público en todo el Estado que cuenta con 20 camas para atender a toda la población menor de edad con problemas mentales.



con sus familiares para informar de cambios de dormitorios. Asimismo, canaliza a internos y a sus familiares en lo relacionado con la atención psiquiátrica; realiza visitas domiciliarias para contactar a las familias y lograr que les brinden apoyo, en la proyección de películas y mensajes que contengan aprendizaje y realiza talleres de lectura para aumentar la comunicación de los internos.

En el pabellón psiquiátrico cuentan con el equipo técnico permanente, lo que significa que se retienen psiquiatras, psicólogo, trabajo social, medio preceptores técnicos y enfermeros para cualquier contingencia que se pueda presentar.

El número de internos que padecen enfermedades mentales crónicas y ambulatorias y que son atendidos por personal clínico no puede ser determinado, ya que dentro de la población interna se localizan más pacientes que se encuentran estables con su tratamiento, motivo por el cual, según el dicho de la Fiscalía, no pueden ser contabilizados todos los enfermos mentales. Sin embargo, dentro de las estadísticas proporcionadas por dicha institución se advierte lo siguiente:

| CENTRO                          | INTERNO PACIENTE (CRÓNICO) | INTERNO PACIENTE (AMBULATORIO) |
|---------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Comisaría de Prisión Preventiva | 420                        | 69                             |
| Comisaría de Sentenciados       | 325                        | 143                            |
| Reclusorio Femenil              | 4                          | 104                            |
| Reclusorio Metropolitano        | 0                          | 48                             |
| CAIJE                           | 0                          | 9                              |
| COCYDEJ                         | 0                          | 31                             |
| Reclusorio Costa Sur Vallarta   | 0                          | 49                             |
| CEINJURE AMECA                  | 0                          | 15                             |
| Reclusorio Ciudad Guzmán        | 30                         | 36                             |
| CEINJURE TEPATITLÁN             | 0                          | 6                              |
| CEINJURE TEQUILA                | 0                          | 6                              |
| CEINJURE Lagos de Moreno        | 0                          | 6                              |
| CEINJURA AUTLÁN                 | 0                          | 8                              |
| CEINJURE CHAPALA                | 0                          | 19                             |

Ahora bien, el número de personal que atiende los pacientes internos en los diferentes centros de la Fiscalía de Reinserción Social son los siguientes:

| Centro                          | Médicos | Psiquiatras | Trabajadores sociales | Psicólogos | Preceptor técnico |
|---------------------------------|---------|-------------|-----------------------|------------|-------------------|
| Comisaría de Prisión Preventiva | 1       | 4           | 1                     | 1          | 3                 |

|                               |                         |   |   |   |    |
|-------------------------------|-------------------------|---|---|---|----|
| Comisaría de Sentenciados     | 1 médico y 4 enfermeros | 4 | 3 | 4 | 10 |
| Reclusorio Femenil            | 1                       | 1 | 1 | 1 | 0  |
| Reclusorio Metropolitano      | 1                       | 1 | 1 | 1 | 0  |
| CAIJE                         | 1                       | 1 | 1 | 1 | 0  |
| COCYDEJ                       | 1                       | 1 | 1 | 1 | 0  |
| Reclusorio Costa Sur Vallarta | 1                       | 0 | 1 | 1 | 0  |
| CEINJURE AMECA                | 1                       | 0 | 1 | 1 | 0  |
| Reclusorio Cd. Guzmán         | 1                       | 0 | 1 | 1 | 0  |
| CEINJURE TEPATITLÁN           | 1                       | 0 | 1 | 1 | 0  |
| CEINJURE TEQUILA              | 1                       | 0 | 1 | 1 | 0  |
| CEINJURE Lagos de Moreno      | 1                       | 0 | 1 | 1 | 0  |
| CEINJURE AUTLÁN               | 1                       | 0 | 1 | 1 | 0  |
| CEINJURE CHAPALA              | 1                       | 0 | 1 | 1 | 0  |

Como se puede observar, 779 internos crónicos más 549 internos pacientes ambulatorios suman un total de 1 328 internos con necesidades de atención mental. Éstos son atendidos por un equipo interdisciplinario de 12 psiquiatras (ninguno de ellos fuera de la zona metropolitana), 14 médicos generales, cuatro enfermeros, 16 trabajadores sociales, 17 psicólogos y 13 preceptores técnicos (ninguno en los demás municipios), por lo que se advierte que las personas privadas de su libertad también sufren de carencias en cuanto al personal que atiende a este grupo de personas.

Esta Comisión se pronuncia respecto a la constante violación del derecho a la legalidad, a la protección de la salud y a la no discriminación de las personas que padecen enfermedades mentales o psicosociales, derechos que dentro del sistema jurídico mexicano se encuentran tutelados la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en las leyes y reglamentos que de ella se desprenden, tal y como se ha señalado en el cuerpo de la presente Recomendación.

Es un imperativo para el respeto pleno de los derechos humanos que la Secretaría de Salud Jalisco ofrezca servicios efectivos, seguros y eficientes, y responder de manera adecuada a las expectativas de las y los pacientes de

enfermedades mentales. La calidad significa también disponer de servicios dignos, accesibles en los 125 municipios del estado de Jalisco, abastecimiento de medicamentos de última generación y mecanismos de supervisión del trabajo de quienes trabajan en el sistema de salud no sólo público, sino también privado.

### Reparación del daño

El 10 de junio de 2011 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto por el que se modificó la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma de diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, conocida como reforma constitucional en materia de derechos humanos, donde se incorporó el catálogo de derechos humanos protegidos por los instrumentos internacionales de los que México es parte.

Su importancia radica en que se da una nueva jerarquía a los tratados internacionales de derechos humanos en el orden jurídico mexicano, con lo cual se fortalece la obligación de todo órgano del Estado de conocer estos derechos y de respetarlos.

Un aspecto esencial de la reforma constitucional es que se incorpora al párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos un beneficio directo de suma importancia que llenará los vacíos existentes para una debida reparación del daño en casos de violaciones de derechos humanos, pues imponen la obligación a los órganos del Estado de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones de derechos humanos en los términos que establezca la ley.

Esta CEDHJ reitera que la reparación del daño a las víctimas de una violación de derechos humanos es un elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad y enfrentar la impunidad. Es, desde luego, un medio de reparar simbólicamente una injusticia y un acto de reconocimiento del derecho de las víctimas y de la persona humana. La petición de reparación del daño se justifica en la certeza de que las diversas autoridades aquí señaladas han violado los derechos humanos de la parte agraviada y de que en el desempeño de sus funciones han perdido de vista la observancia obligatoria de los derechos humanos.

En ese sentido, es facultad de la CEDHJ reclamar una justa reparación del daño y los daños y perjuicios ocasionados a la parte agraviada conforme a lo que se ordena en el artículo 73 de la ley que la rige, y que refiere:

Art. 73. Una vez agotadas las etapas de integración del expediente de queja, el visitador general deberá elaborar un proyecto de resolución, en el cual se analizarán los hechos, argumentos y pruebas, así como los elementos de convicción y las diligencias practicadas, a fin de determinar si las autoridades o servidores han violado o no los derechos humanos de los afectados.

El proyecto de recomendación [...] deberán señalar las medidas que procedan para la efectiva restitución de los derechos fundamentales de los afectados y, en su caso, la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado...

Si una autoridad incurre en responsabilidad con motivo de la acción u omisión de cualquiera de sus funcionarios, tiene la obligación de reparar las consecuencias de la violación. Las reparaciones serán acordes al caso en concreto que se esté tratando, y que estén establecidas en disposiciones nacionales e internacionales.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 113, último párrafo, establece: “La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.”

Al mismo tenor, la Constitución Política del Estado de Jalisco dispone:

Artículo 90. Los servidores públicos del Estado y de los municipios serán responsables por los actos u omisiones en que incurran en el desempeño de sus respectivas funciones.

[...]

Artículo 107 bis. La responsabilidad del Estado y de los municipios por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, causen en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.

En un Estado democrático de derecho, las instituciones tienen la obligación de responder ante la sociedad y ante los individuos por los actos u omisiones de

quienes en nombre de ella violan con su mala actuación los derechos humanos de terceras personas, como en este caso, independientemente de su posible responsabilidad administrativa, civil o penal.

Toda víctima de violaciones de derechos humanos debe ser atendida con base en diversos principios, que, de acuerdo con la doctrina de los derechos humanos y el derecho consuetudinario internacional, incluyen, entre otros:

I. Los conocidos como Principios de Joinet, presentados en el informe de 1997 del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, que sobre el tema de la impunidad, precisan:

*El derecho a saber.* La prerrogativa inalienable de la víctima a conocer la verdad sobre las violaciones de derechos humanos ocurridas.

*El derecho a la justicia.* Consiste en que un tribunal o instancia competente integre y resuelva sobre los derechos que se han vulnerado, los agentes involucrados y las sanciones que correspondan; y

*El derecho a obtener reparación.* Contiene principios sobre los procedimientos de reparación y el ámbito de aplicación de este derecho y garantías para la no repetición de las violaciones.

En el año 2000, el Relator Especial sobre el Derecho de Restitución, Indemnización y Rehabilitación de las Víctimas de Violaciones de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, M. Cherif Bassiouni, presentó un informe final ante la Comisión de Derechos Humanos de la ONU y adjuntó una propuesta de Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario a Interponer un Recurso y a Recibir Reparación (conocidos como *Principios Van Boven-Bassiouni*). En dichos principios se reconocen como formas de reparación: la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

Existe en el derecho internacional una cultura normativa de reparación del daño a las víctimas de violaciones de derechos humanos, que forma parte del derecho mexicano cuando éstos son adoptados y ratificados, de conformidad con los artículos 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 4º de la Constitución Política del Estado de Jalisco.

Al respecto, los artículos 62.3 y 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ratificada por México el 24 de marzo de 1981 y publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de mayo de 1981, refieren en cuanto a la competencia y funciones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos:

Artículo 62.3 La Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de esta Convención que sea sometido, siempre que los Estados partes en el caso hayan reconocido y reconozcan dicha competencia.

[...]

Artículo 63.1. Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos es el órgano autorizado por la propia Convención para interpretar sus artículos; por ello, su opinión es una referencia importante para México y, por ende, para Jalisco en casos análogos como el analizado. Respecto de la obligación de reparar el daño, resulta conveniente invocar el punto de la obra denominada Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, que a la letra dice: “Es un principio de Derecho Internacional, que la jurisprudencia ha considerado ‘incluso una concepción general de derecho’, que toda violación a una obligación internacional que haya producido un daño comporta el deber de repararlo adecuadamente. La indemnización, por su parte, constituye la forma más usual de hacerlo...”

En su punto 44 se asienta:

La obligación contenida en el artículo 63.1 de la Convención es de derecho internacional y éste rige todos sus aspectos como, por ejemplo, su extensión, sus modalidades, sus beneficiarios, etcétera. Por ello, la presente sentencia impondrá obligaciones de derecho internacional que no pueden ser modificadas ni suspendidas en su cumplimiento por el Estado obligado invocando para ello disposiciones de su derecho interno.

El punto 49 establece sobre los actos humanos:

El Derecho se ha ocupado de tiempo atrás del tema de cómo se presentan los actos humanos en la realidad, de sus efectos y de la responsabilidad que originan [...] La solución que da el Derecho en esta materia consiste en exigir del responsable la reparación de los efectos inmediatos de los actos ilícitos, pero sólo en la medida jurídicamente tutelada. Por otra parte, en cuanto a las diversas formas y modalidades de reparación, la regla de la *restitutio in integrum* se refiere a un modo como puede ser reparado el efecto de un acto ilícito internacional, pero no es la única forma como debe ser reparado, porque puede haber casos en que aquélla no sea posible, suficiente o adecuada. De esta manera, a juicio de la Corte, debe ser interpretado el artículo 63.1 de la Convención Americana.

La restitución plena del derecho violado (*restitutio in integrum*) es abordada en el punto 26:

La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional consiste en la plena restitución, lo que incluye el restablecimiento de la situación anterior y la reparación de las consecuencias que la infracción produjo y el pago de una indemnización como compensación por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales incluyendo el daño moral.

El punto 27 establece:

La indemnización que se debe a las víctimas o a sus familiares en los términos del artículo 63.1 de la Convención, debe estar orientada a procurar la *restitutio in integrum* de los daños causados por el hecho violatorio de los derechos humanos. El *desideratum* es la restitución total de la situación lesionada, lo cual, lamentablemente, es a menudo imposible, dada la naturaleza irreversible de los perjuicios ocasionados, tal como ocurre en el caso presente. En esos supuestos, es procedente acordar el pago de una “justa indemnización” en términos lo suficientemente amplios para compensar, en la medida de lo posible, la pérdida sufrida.

La adecuada reparación del daño debe incluir:

1. *Daño emergente*. Afectación al patrimonio, derivada inmediata y directamente de los hechos. En la legislación mexicana suele equipararse al daño en sentido amplio.
2. *Lucro cesante*. Implica la ganancia o el beneficio que se dejó o dejará de percibir como consecuencia del hecho que causó el daño. En la legislación mexicana equivale al perjuicio, que en el presente caso no aplica.
3. *Daño físico*. Es la lesión que sufre la persona en su cuerpo.

4. *Daño inmaterial*. Es la lesión sufrida en los bienes no materiales que forman parte del patrimonio de las personas. Puede consistir en un daño jurídico, en un daño moral, en un daño al proyecto de vida o en un daño social, por los vínculos afectivos y sociales que sostenía con sus seres queridos.

Dentro de este rubro, podemos identificar los siguientes aspectos:

- *Daño jurídico*. Es la lesión que sufren las personas en sus derechos. Este daño se ve especialmente reflejado por la violación de las garantías individuales y sociales previstas en la Constitución y en los instrumentos internacionales sobre la materia.
- *Daño moral*. Es la lesión sufrida en el aspecto psíquico de la persona, de manera más precisa, en el emocional. Puede tener una dimensión individual o social. Tal afectación se refleja en los sentimientos de impotencia y susceptibilidad de los habitantes frente a las autoridades encargadas de velar por sus derechos.
- *Daño al proyecto de vida*. Es el que afecta la realización de la persona que ha sido víctima de la violación, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones que le permitían fijarse expectativas de posible realización. Implica, por tanto, la pérdida grave o menoscabo de oportunidades de desarrollo personal.
- *Daño social*. Es el que se provoca en quienes pertenecen a la comunidad y entorno en que se perpetró el hecho, en el que alguna autoridad o servidor público tuvo intervención, ya sea por acción o por omisión, trasciende a quien o quienes sufrieron la afectación original, impacta en la sociedad y sienta un precedente que implica la pérdida de confianza y de consolidación de los encargados de velar por la seguridad pública y la aplicación de justicia.

Para garantizar el cumplimiento de cada uno de estos elementos, la propia Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido, entre otras medidas, las siguientes:

*Gastos y costas*. Constituyen los pagos que se originen por los daños que se hayan causado tanto a la víctima como a los ofendidos.



*Medidas de satisfacción y garantía de no repetición.* Acciones que efectúa el Estado para modificar prácticas administrativas o mecanismos de protección inadecuados.

*Medidas preventivas.* Medidas tomadas como respuesta a un incidente para prevenir, minimizar o mitigar pérdidas o daños a los gobernados.

*Determinación y reconocimiento de responsabilidad.* El objetivo es que el Estado acepte la falta que hayan cometido sus autoridades o servidores públicos. Es una medida significativa de satisfacción para las víctimas por los daños morales sufridos.

En cuanto a los elementos constitutivos de la indemnización, el punto 38 refiere: “La expresión ‘justa indemnización’ contenida en el artículo 63.1 de la Convención, por referirse a una parte de la reparación y dirigirse a la ‘parte lesionada’, es compensatoria y no sancionatoria.”

El deber de sancionar a los responsables es tema del punto 61: “Respecto a la continuación del proceso para la investigación de los hechos y la sanción de las personas responsables de una violación de derechos humanos es una obligación del Estado, que debe ser cumplida seriamente y no como una mera formalidad.”

Los criterios de interpretación de la Corte son el resultado del análisis minucioso que especialistas en derechos humanos han hecho de casos similares ocurridos en este continente. Aunque es cierto que en México serían aplicables los criterios pronunciados después de la aceptación de la competencia contenciosa, en cada caso resuelto por la Corte, posteriormente se actualiza la interpretación que esta hace de la Convención y con ello también surge la obligación para nuestro país de acatarla; de ahí que México debe aplicar esos criterios en su ámbito interno.

El deber de indemnizar se basa, además, en la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso del Poder, proclamada por la Asamblea General de la ONU y adoptada por México el 29 de noviembre de 1985, que señala en los siguientes puntos:

4. Las víctimas serán tratadas con compasión y respeto por su dignidad. Tendrán derecho al acceso a los mecanismos de la justicia y una pronta reparación del daño que hayan sufrido, según lo dispuesto en la legislación nacional.

[...]

11. Cuando funcionarios públicos u otros agentes que actúen a título oficial o cuasi oficial hayan violado la legislación penal nacional, las víctimas serán resarcidas por el Estado cuyos funcionarios o agentes hayan sido responsables de los daños causados. En los casos en que ya no exista el gobierno bajo cuya autoridad se produjo la acción u omisión victimizadora, el Estado o gobierno sucesor deberá proveer al resarcimiento de las víctimas.

Es importante aclarar que uno de los pilares del Estado de derecho es la responsabilidad de los servidores públicos y de la administración a la que pertenecen frente a los ciudadanos, pues dicha responsabilidad es el mecanismo de cierre del sistema de protección de garantías de todo ciudadano frente a la acción del poder público administrativo.

Uno de los regímenes de responsabilidad civil extracontractual del Estado es el que acepta que éste puede responder ante la sociedad civil según un sistema de responsabilidad objetiva basado en la causalidad entre la acción u omisión del órgano y el daño ocasionado al derecho de una persona.

Al respecto, cabe precisar que atinadamente la Comisión Permanente del Congreso de la Unión aprobó la adición de un segundo párrafo al artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de junio de 2002, para quedar como sigue: “La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes”, que entró en vigor el 1 de enero de 2004.

El Gobierno del Estado de Jalisco, mediante el decreto 20089, expidió la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado de Jalisco y sus Municipios, aprobada el 20 de agosto de 2003 y publicada el 11 de septiembre del mismo año, con vigencia desde el 1 de enero de 2004.

Dicha ley regula en esencia la responsabilidad objetiva y directa del Estado en los daños que cause por su actividad administrativa irregular en los bienes o derechos de los particulares, quienes podrán exigir una indemnización conforme lo establecen las leyes, y al respecto, en sus artículos 1º, 2º, fracción I, 4º, 5º, 8º, 11, fracción II, 12, 16, 20, 24, fracciones I y III, 31 y 36, dispone:

Art. 1°. La presente ley es reglamentaria del artículo 107 Bis de la Constitución Política del Estado de Jalisco, y sus disposiciones son de orden público y de interés general.

El presente ordenamiento tiene por objeto fijar las base, límites y procedimientos para reconocer el derecho a la indemnización a quienes, sin obligación jurídica de soportarlo, sufran daños en cualquiera de sus bienes o derechos como consecuencia de la actividad administrativa irregular de los Poderes del Estado, sus dependencias y organismos públicos descentralizados, fideicomisos públicos estatales, organismos públicos autónomos, municipios, organismos descentralizados municipales, fideicomisos públicos municipales, y las empresas de participación mayoritaria estatal o municipal.

La indemnización deberá ajustarse a los términos y condiciones señalados en esta ley y en las demás disposiciones aplicables en la materia.

Art. 2°. Para los efectos de esta ley se entenderá por:

I. Actividad administrativa irregular: aquella acción u omisión que cause daño a los bienes o derechos de los particulares que no tengan la obligación jurídica de soportar, en virtud de no existir fundamento legal o causa jurídica de justificación para legitimar el daño de que se trate...

Art. 4°. Los daños y perjuicios que constituyan la lesión patrimonial reclamada, incluidos los personales y morales, habrán de ser ciertos, evaluables en dinero, directamente relacionados con una o varias personas, y desproporcionados a los que pudieran afectar al común de la población.

Art. 5° [...]

Los ayuntamientos y las demás entidades a que se refiere la presente Ley, deberán establecer en sus respectivos presupuestos la partida que deberá destinarse para cubrir las responsabilidades patrimoniales que pudieran desprenderse de este ordenamiento...

Art. 8°. A falta de disposición expresa en esta ley, se aplicarán supletoriamente las contenidas en la Ley de Justicia Administrativa, Código Fiscal y Código Civil vigentes para el Estado.

[...]

Art. 11. Los montos de las indemnizaciones se calcularán de la siguiente forma:

[...]

II. En el caso de daño moral, la autoridad calculará el monto de la indemnización de acuerdo a los criterios establecidos por el Código Civil del Estado de Jalisco, tomando igualmente la magnitud del daño.

La indemnización por daño moral que las entidades estén obligadas a cubrir no excederá del equivalente de tres mil seiscientos cincuenta salarios mínimos vigentes en la zona metropolitana de Guadalajara, por cada reclamante afectado.

Art. 12. La cuantificación de la indemnización se calculará de acuerdo a la fecha en que sucedieron los daños o la fecha en que hayan cesado cuando sean de carácter continuo, sin perjuicio de la actualización de los valores al tiempo de su efectivo pago, de conformidad con lo dispuesto por el Código Fiscal del Estado.

[...]

Art. 16. Los procedimientos de responsabilidad patrimonial del Estado o municipios se iniciarán de oficio o a petición de parte interesada.

[...]

Art. 20. Cuando el procedimiento se inicie a petición de parte, la reclamación deberá ser presentada ante la entidad presuntamente responsable.

[...]

Art. 24. El daño patrimonial que sea consecuencia de la actividad administrativa irregular de la entidad deberá acreditarse ante las instancias competentes, tomando en consideración los siguientes criterios:

I. En los casos en que la causa o causas productoras del daño sean claramente identificables, la relación causa-efecto entre el daño patrimonial y la acción administrativa imputable a la entidad deberá probarse plenamente; y

[...]

En su defecto, la causalidad única o concurrencia de hechos y condiciones causales, así como la participación de otros agentes en la generación del daño reclamado, deberá probarse a través de la identificación precisa de los hechos relevantes para la producción del resultado final, mediante el examen riguroso tanto de las cadenas causales autónomas o dependientes entre sí, como las posibles interferencias originales o sobrevenidas que hayan podido atenuar o gravar el daño patrimonial reclamado.

[...]

Art. 31. En caso de concurrencia acreditada en los términos del artículo 24 de esta Ley, el pago de la indemnización correspondiente deberá distribuirse proporcionalmente entre todos los causantes del daño reclamado, de acuerdo a su respectiva participación.

Art. 36. Las entidades podrán repetir en contra de los servidores públicos el pago de la indemnización cubierta a los particulares en los términos de la presente Ley cuando, previa substanciación del procedimiento administrativo previsto en la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, se determine su responsabilidad, siempre y cuando la falta administrativa haya tenido el carácter de infracción grave.

En la Ley General de Víctimas, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 3 de mayo de 2013, se reconocen como derechos los siguientes:

Artículo 2. El objeto de esta Ley es:

I. Reconocer y garantizar los derechos de las víctimas del delito y de violaciones a derechos humanos, en especial el derecho a la asistencia, protección, atención, verdad, justicia, reparación integral, debida diligencia y todos los demás derechos consagrados en ella, en la Constitución, en los Tratados Internacionales de derechos humanos de los que el Estado Mexicano es Parte y demás instrumentos de derechos humanos;

II. Establecer y coordinar las acciones y medidas necesarias para promover, respetar, proteger, garantizar y permitir el ejercicio efectivo de los derechos de las víctimas; así como implementar los mecanismos para que todas las autoridades en el ámbito de sus respectivas competencias cumplan con sus obligaciones de prevenir, investigar, sancionar y lograr la reparación integral;

III. Garantizar un efectivo ejercicio del derecho de las víctimas a la justicia en estricto cumplimiento de las reglas del debido proceso;

IV. Establecer los deberes y obligaciones específicos a cargo de las autoridades y de todo aquel que intervenga en los procedimientos relacionados con las víctimas;

V. Establecer las sanciones respecto al incumplimiento por acción o por omisión de cualquiera de sus disposiciones.

Artículo 4. Se denominarán víctimas directas aquellas personas físicas que hayan sufrido algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional, o en general cualquiera puesta en peligro o lesión a sus bienes jurídicos o derechos como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea Parte.

[...]

Artículo 7. Los derechos de las víctimas que prevé la presente Ley son de carácter enunciativo y deberán ser interpretados de conformidad con lo dispuesto en la Constitución, los tratados y las leyes aplicables en materia de atención a víctimas, favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia de sus derechos.

Las víctimas tendrán, entre otros, los siguientes derechos:

I. A una investigación pronta y eficaz que lleve, en su caso, a la identificación y enjuiciamiento de los responsables de violaciones al Derecho Internacional de los derechos humanos, y a su reparación integral;

II. A ser reparadas por el Estado de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño o menoscabo que han sufrido en sus derechos como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas violaciones les causaron;

La Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco, que fue promulgada mediante el decreto 24831/LX/14, aprobado el 26 de febrero de 2014, y publicada en el periódico oficial *El Estado de Jalisco* el 27 de ese mismo mes y año, con vigencia desde el 29 de marzo de ese año. En dicha ley se estableció la obligación del Estado de reparar los daños causados a las víctimas:

Artículo 1. La presente Ley es de orden público, de interés social y de estricta observancia en todo el Estado de Jalisco, en términos de lo dispuesto por los artículos 1º, párrafo tercero, 17 y 20 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Tratados Internacionales en los que el Estado Mexicano sea parte, la Constitución Política del Estado de Jalisco y demás ordenamientos aplicables.

La presente Ley obliga, en sus respectivas competencias, a las autoridades de los órdenes de gobierno Estatal y Municipal, así como a las instituciones y organismos que deban de velar por la protección de las víctimas del delito, a proporcionar ayuda, asistencia o reparación integral.

[...]

La reparación integral comprende las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones: individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima teniendo en cuenta la gravedad y magnitud del hecho victimizante cometido o la gravedad y magnitud de la violación de sus derechos, así como las circunstancias y características del hecho victimizante.

Artículo 2. El objeto de esta Ley es:

I. Reconocer y garantizar los derechos de las víctimas del delito y de violaciones a sus derechos humanos, en especial el derecho a la asistencia, protección, atención, verdad, justicia, reparación integral, debida diligencia y todos los demás derechos consagrados en la Constitución General, en los Tratados Internacionales de derechos humanos de los que el Estado Mexicano sea parte, la Constitución Política del Estado de Jalisco y demás ordenamientos jurídicos que reconozcan derechos humanos;

II. Establecer y coordinar las acciones y medidas necesarias para promover, respetar, proteger, garantizar y permitir el ejercicio efectivo de los derechos de las víctimas; así como implementar los mecanismos para que todas las autoridades Estatales y municipales, en el ámbito de sus respectivas competencias, cumplan con sus obligaciones de prevenir, investigar, sancionar y lograr la reparación integral;

III. Garantizar un efectivo ejercicio del derecho de las víctimas a la justicia en estricto cumplimiento de las reglas del debido proceso;

IV. Establecer los deberes y obligaciones específicos a cargo de las autoridades estatales y municipales y de todo aquel que intervenga en los procedimientos relacionados con las víctimas; y

V. Establecer las sanciones respecto al incumplimiento por acción o por omisión de cualquiera de sus disposiciones.

Artículo 3. Esta Ley se interpretará de conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con los Tratados Internacionales, la Constitución Política del Estado de Jalisco y demás normativa aplicable favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia de los derechos de las víctimas, aplicando siempre la disposición que más favorezca a la persona.

Artículo 4. Para los efectos de esta Ley, se consideran víctimas aquellas personas físicas que hayan sufrido directa o indirectamente algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional o en general cualquier riesgo o lesión a sus bienes jurídicos o derechos, como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución Federal, en los Tratados Internacionales, la Constitución Política del Estado de Jalisco y demás normativa aplicable, derivadas de una averiguación previa, un procedimiento penal, o administrativo, o en su caso en una carpeta de investigación.

[...]

Artículo 5. Las políticas, programas, estrategias, lineamientos, acciones, mecanismos, medidas y procedimientos establecidos en esta Ley, y demás ordenamientos aplicables serán diseñados, ejecutados, evaluados y aplicando los siguientes principios:

I. Dignidad. La dignidad humana es un valor, principio y derecho fundamental, base y condición de todos los demás derechos humanos. Implica la comprensión de la persona como titular y sujeto de derechos y a no ser objeto de violencia o arbitrariedades por parte del Estado o de los particulares.

[...]

III. Complementariedad. Los mecanismos, medidas y procedimientos contemplados en esta Ley, en especial los relacionados con la asistencia, ayuda, protección, atención y reparación integral a las víctimas, deberán realizarse de manera armónica, eficaz y eficiente, entendiéndose siempre como procesos complementarios y no excluyentes.

Tanto las reparaciones individuales y colectivas podrán ser de carácter administrativo o judicial, como las reparaciones colectivas deben ser complementarias para alcanzar la integralidad que busca la reparación.

IV. Debida diligencia. El Estado deberá realizar las actuaciones necesarias para lograr el objeto de esta Ley, en especial la prevención, ayuda, atención, asistencia, derecho a la verdad, justicia y reparación integral a fin de que la víctima sea tratada y considerada como sujeto titular de derecho.

El Estado y, en su caso los municipios, deberán propiciar el acceso real y efectivo de las víctimas a las medidas reguladas por la presente Ley, realizar prioritariamente acciones encaminadas al fortalecimiento de sus derechos, contribuir a su recuperación como sujetos en ejercicio pleno de sus derechos y deberes que se realicen en favor de las víctimas.

V. Enfoque diferencial y especializado. Esta Ley reconoce la existencia de grupos de población con características particulares o con mayor situación de vulnerabilidad en razón de su edad, género, creencias, etnia, discapacidades, preferencias u orientación sexual, en consecuencia se reconoce que ciertos daños requieren de una atención especializada que responda a las particularidades y situación de riesgo al que se encuentren expuestas las víctimas.

Las autoridades que deban aplicar esta Ley ofrecerán, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantías especiales y medidas de protección a los grupos expuestos a un mayor riesgo de violación de sus derechos, como niñas y niños, jóvenes, mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad, migrantes, miembros de pueblos indígenas, personas defensoras de derechos humanos, periodistas y personas en situación de desplazamiento interno. En todo momento se reconocerá el interés superior del menor.



[...]

VI. Enfoque transformador. Las autoridades que deban aplicar la presente Ley realizarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las acciones necesarias para que las medidas de ayuda, protección, atención, asistencia y reparación integral a las que tienen derecho las víctimas contribuyan a la eliminación de los esquemas de discriminación y marginación que provocaron los hechos victimizantes.

[...]

X. Máxima protección. Toda autoridad de los órdenes de gobierno estatal y municipal debe velar por la aplicación más amplia de medidas de protección a la dignidad, libertad, seguridad y demás derechos de las víctimas del delito y de violaciones a los derechos humanos.

Las autoridades adoptarán en todo momento, medidas para garantizar la seguridad, protección, bienestar físico y psicológico de las víctimas.

XI. Mínimo existencial. Constituye una garantía fundada en la dignidad humana como presupuesto del estado democrático y consiste en la obligación de proporcionar a las víctimas y a su núcleo familiar un lugar en el que se les preste la atención adecuada para que superen su condición y cuenten con los elementos necesarios para asegurar su subsistencia y dignidad.

Artículo 7. Los derechos de las víctimas establecidos en la presente Ley deberán ser interpretados de conformidad con lo dispuesto en la Constitución General, Local, los Tratados Internacionales en los que el Estado Mexicano sea parte, y los demás ordenamientos jurídicos aplicables en materia de atención a víctimas, favoreciendo la protección integral de sus derechos. Corresponderán a las Víctimas los siguientes derechos:

II. A ser reparadas por el Estado de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño o menoscabo que han sufrido en sus derechos como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas violaciones les causaron;

[...]

VI. A solicitar y a recibir ayuda, asistencia y atención en forma oportuna, rápida, equitativa, gratuita y efectiva por personal especializado en atención al daño sufrido desde la comisión del hecho victimizante, con independencia del lugar en donde ella se encuentre, así como a que esa ayuda, asistencia y atención no dé lugar, en ningún caso, a una nueva afectación;

VII. A la verdad, a la justicia y a la reparación integral a través de recursos y procedimientos accesibles, apropiados, suficientes, rápidos y eficaces;

[...]

XIX. A ser beneficiaria de las acciones afirmativas y programas sociales públicos para proteger y garantizar sus derechos;

XX. A participar en la formulación, implementación y seguimiento de la política pública de prevención, ayuda, atención, asistencia y reparación integral;

XXI. A que las políticas públicas que son implementadas con base en la presente Ley tengan un enfoque transversal de género y diferencial, particularmente en atención a la infancia, los adultos mayores y población indígena;

[...]

XXX. A que se les otorgue, en los casos que proceda, la ayuda provisional

Artículo 18. Las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño como consecuencia del delito o hecho victimizante que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos, de las que han sido objeto, comprendiendo medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

Artículo 19. Para los efectos de la presente Ley, la reparación integral comprenderá:

I. La restitución: buscará devolver a la víctima a la situación anterior a la comisión del delito o a la violación de sus derechos humanos;

II. La rehabilitación: buscará facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa del hecho punible o de las violaciones de derechos humanos;

III. La compensación habrá de otorgarse a la víctima de forma apropiada y proporcional a la gravedad del hecho punible cometido o de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso;

IV. La satisfacción: buscará reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas;

V. Las medidas de no repetición: buscarán que el hecho punible o la violación de derechos sufrida por la víctima no vuelva a ocurrir...

La institución pública a la que corresponde reparar el daño en este caso es la Secretaría de Salud Jalisco, ya que su titular debe asumir la responsabilidad

sobre las carencias materiales y humanas en agravio de las personas con enfermedades mentales.

En consecuencia, las instituciones mencionadas no pueden negarse a aceptar responsabilidades sobre hechos violatorios de derechos humanos, ocurridas por omisiones que vulneran el contenido de nuestra Carta Magna y de los tratados internacionales enunciados de acuerdo con el artículo 133 constitucional.

Como se dijo, el cumplimiento de esta indemnización tiene el significado de una justa reivindicación y el reconocimiento de la injusticia cometida, aunado al de una exigencia ética y política de que el gobierno municipal prevenga tales hechos y combata su impunidad.

Porque, finalmente, el compromiso de atender estos derechos es responsabilidad del Estado en su totalidad, por lo que las acciones u omisiones que han propiciado dichas violaciones no pueden descontextualizarse de su ejercicio como servidores públicos, y están obligados a cumplir con las disposiciones legales en el ámbito de su encomienda.

Por lo expuesto, y con fundamento en los artículos 1º y 102, apartado B, de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 7º, fracciones I y XXV; 28, fracción III; 66, 68, 72, 73, 75, 76, 77, 78 y 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco; 109, 119, 120, 121 y 122 de su Reglamento Interior, esta institución llega a las siguientes:

#### IV. CONCLUSIONES

Las personas con padecimientos mentales que son atendidas en los servicios de salud mental no solamente tienen derecho a recibir atención médica oportuna y de calidad, sino también un trato respetuoso y digno, por lo que en el presente caso quedó acreditado que la Secretaría de Salud Jalisco y el Instituto Jalisciense de Salud Mental carecen de infraestructura, recursos humanos y materiales para brindar una adecuada prestación de servicios de salud mental, vulnerando los derechos humanos a la legalidad, la protección de la salud y a la no discriminación de los usuarios de este servicio en el estado de Jalisco. Por todo ello, se busca que los argumentos que contiene el presente documento se tomen en cuenta con miras a la reparación del daño de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por las omisiones que durante

años han perpetuado en el ámbito de la salud mental, atendiendo medidas correctivas, de rehabilitación, de compensación, de satisfacción y de no repetición, como se establece en los artículos 26 y 27 de la Ley General de Víctimas.

Asimismo, se comprobó una inadecuada capacidad resolutive por parte de los municipios no metropolitanos del estado, que de igual manera han ignorado y escatimado recursos para atender debidamente la salud mental de sus pobladores. En tal sentido ha sido nulo su interés por establecer convenios con el Salme para poner en marcha en cada uno de los municipios del estado, por lo menos un módulo comunitario de atención en salud mental, como lo establece el artículo 8° de la Ley de Salud Mental para el Estado de Jalisco.

Considerando lo anterior, esta Comisión emite las siguientes:

Recomendaciones:

Al doctor Antonio Cruces Mada, Secretario de Salud y director del organismo público descentralizado Servicios de Salud Jalisco:

Primera. Consolidar el cambio de paradigma actual centrado en el hospital psiquiátrico y transitar a un modelo de servicio en el cual la atención que ahí se brinda sea reemplazada por una descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva, basada en la comunidad y en el ejercicio de los derechos humanos, donde la salud mental sea incluida como una prioridad.

Segunda. Valorar en su dimensión social y médica la atención de la salud mental e iniciar de inmediato un programa de mejora para promover el bienestar mental, prevenir los trastornos psíquicos y por uso de sustancias, ofrecer atención, intensificar la rehabilitación, enfatizar la recuperación y promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias para reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad. Este programa deberá contener al menos las siguientes directrices:

a) Formular e implementar políticas, planes y leyes en el campo de la salud mental y promocionarlos para lograr una gobernanza apropiada y eficaz.

b) Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental y de atención a los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas,

a fin de proporcionar en el ámbito comunitario una atención integral y de calidad.

c) Elaborar y poner en marcha programas de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental, y de atención a los problemas relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias.

d) Las desigualdades de género —en interacción con otros determinantes sociales de la salud— explican las diferencias en las exposiciones a riesgos y en los resultados de salud mental de mujeres y hombres. Desde esta perspectiva, la atención en salud mental debe llevarse a la práctica teniendo en cuenta las condiciones de vida y las necesidades específicas de acuerdo al género.

e) Que la atención de la salud mental parta de una perspectiva de etnicidad que implique un abordaje intercultural en el servicio que se contrate personal integrante de los pueblos indígenas del estado de Jalisco, con conocimiento de su lengua y cultura, y que en la prestación de los servicios de salud mental se respete e integren los conocimientos, las creencias culturales y religiosas de los diversos pueblos. El ejercicio de los derechos humanos es fundamental para responder a la carga de enfermedades mentales en un marco de respeto a la dignidad.

Tercera. Diseñar un plan de mejora de la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental y de atención a los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, a fin de proporcionar una atención integral y de calidad en el ámbito comunitario.

Cuarta. Se transite en la práctica a un verdadero modelo comunitario de salud mental basado en principios básicos adoptados y adaptados para las características de la población de Jalisco que sirvan de sustento para organizar la prestación de servicios. Entre sus ejes fundamentales deberá considerarse la descentralización, la inserción del componente de salud mental en la atención primaria de salud y en los hospitales generales, la existencia de una red de servicios, la participación social, la coordinación intersectorial, y el abordaje de derechos humanos que garantice la equidad y no discriminación por razones de género, raza o pertenencia étnica, orientación sexual, clase social u otras condiciones.

Quinta. Para la reestructuración de los servicios de salud mental bajo un modelo comunitario, se deberá planificar nuevos servicios y alternativas que ofrezcan una atención integral y continuada para sustituir a los hospitales psiquiátricos, progresiva y apropiadamente; así como preservar la disponibilidad de atención hospitalaria temporal para las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias que lo requieran. Los hospitales psiquiátricos existentes consumen gran parte de los recursos dedicados a la salud mental, por lo que una estrategia recomendable es utilizar estos recursos para establecer servicios especializados en hospitales generales y en la comunidad.

Sexta. Basados en el principio de integralidad de los servicios comunitarios de salud mental, deberá incluirse la rehabilitación psicosocial, que permita la reinserción social de las personas con trastornos mentales. Además, estos servicios deben basar su enfoque en la recuperación, con énfasis en el apoyo que las personas con trastornos mentales necesitan para alcanzar sus propias aspiraciones y metas. Entre otras tareas, estos servicios deben escuchar y atender las opiniones de los afectados sobre sus trastornos y lo que les ayuda a recuperarse; trabajar con ellos en pie de igualdad en lo que se refiere a su atención; ofrecer alternativas con respecto a los tratamientos y a los prestadores de la atención, y recurrir al trabajo y el apoyo de personas en situación similar, que se infunden mutuamente aliento y comparten un sentimiento de pertenencia, además de conocimientos técnicos.

Séptima. El diseño de los servicios de salud mental deberá contener un planteamiento multisectorial en el que los servicios presten apoyo a las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida y, según proceda, faciliten su acceso a derechos humanos básicos como el empleo (incluidos programas de retorno al trabajo), la vivienda o las oportunidades educativas, y su participación en las actividades de la comunidad, los programas y otras acciones significativas.

Octava. Para garantizar la evaluación sistemática de los servicios de salud mental que favorezca una atención de calidad y respetuosa de los derechos humanos de los usuarios y sus familiares, es pertinente que se desarrollen instrumentos y una metodología acordes al programa Calidad y Derechos de la Organización Mundial de la Salud.

Novena. Girar instrucciones a quien corresponda para que los servicios respondan a las necesidades de los grupos vulnerables, en especial los desfavorecidos socioeconómicamente, los enfermos mentales sin hogar, los afectados por el VIH/sida, las mujeres y niños y niñas víctimas de la violencia, las personas sobrevivientes de la violencia, las lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT), las y los integrantes de pueblos indígenas, las personas migrantes y desplazadas, las personas privadas de libertad o los grupos minoritarios en el contexto nacional.

Décima. Tomar las medidas necesarias para la disponibilidad del número adecuado de trabajadores de salud mental competentes y su distribución equitativa como requisito esencial para la expansión de los servicios. La formación profesional y la educación continua deben reflejar las políticas de integración de la salud mental en los servicios generales, incluida la atención primaria de salud. Los profesionales especializados deberán facilitar la capacitación, el apoyo y la supervisión del personal no especializado; por ejemplo, para que identifiquen a las personas con problemas de salud mental y atenderlas o referirlas al servicio más apropiado, si está disponible. Apoyar y capacitar a los familiares y cuidadores de personas con trastornos mentales contribuirá también a aumentar la capacidad de respuesta de los servicios de salud mental.

Undécima. Se proyecte y planifique la expansión de los servicios de salud mental, para asegurar el acceso equitativo a una asistencia integral y eficiente, que permita la promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción social. Con este fin deben emprenderse esfuerzos para estudiar y maximizar el uso de telemodalidades (como telefonía móvil, vínculos a videos, Internet) a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud mental en comunidades de difícil acceso y desatendidas.

Duodécima. En los servicios de salud mental se marque como prioritario el trabajo de prevención de trastornos mentales con niñas, niños y adolescentes, con la intención de intervenir preventivamente para mejorar la calidad de vida, facilitar la integración social y reducir o evitar discapacidades en la edad adulta.

Decimotercera. Se diseñe y ejecute de inmediato intervenciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales que incluyan el apoyo a

las leyes o regulaciones contra la discriminación y desarrollar campañas informativas contra la estigmatización y las violaciones de derechos humanos. Entre las acciones que pueden incluir estos programas se mencionan: cultivo de los recursos psicológicos del individuo en las etapas formativas de la vida; detección precoz y atención de los problemas afectivos o de conducta en la infancia y la adolescencia; promoción de condiciones saludables de vida; fortalecimiento de redes comunitarias de protección contra la violencia; así como la protección social de las poblaciones en situación de pobreza.

Decimocuarta. Se diseñen y ejecuten intervenciones para prevenir el suicidio, en las que se considere la reducción del acceso a medios letales (en particular armas de fuego, puentes sin protección apropiada, plaguicidas y medicamentos o drogas), una práctica informativa responsable por parte de los medios de comunicación, así como el reconocimiento y tratamiento precoces de trastornos mentales como la depresión. Resulta esencial la identificación de personas en riesgo, el monitoreo de aquellos con ideas y tentativas anteriores de suicidio y la atención inmediata de los que intentan suicidarse.

Decimoquinta. Gire instrucciones a quien corresponda para que de forma inmediata se lleven a cabo lo siguiente:

a) Cursos de capacitación para todo el personal de la Secretaría de Salud Jalisco (clínico, operativo y administrativo) en materia de derechos humanos.

b) Se implementen cursos especiales para personal de todas las Regiones Sanitarias, Centros de Salud Regionales y Módulos comunitarios de salud mental, sobre derechos humanos y salud, tortura, tratos crueles e inhumanos, intervención en crisis y sobre el uso y aplicación de la Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.

c) Se unifiquen criterios en todas las Regiones Sanitarias (Centros de Salud y Módulos comunitarios de salud mental) para que en materia de salud mental, todos los procesos de atención, promoción, prevención y rehabilitación se ejecuten de manera unificada y de acuerdo al POA de la SSJ.



d) Se lleven a cabo de manera regular en cada Regiones Sanitarias (Centros de Salud y Módulos comunitarios de salud mental) cursos psicoeducativos y psicoterapéuticos para la comunidad en general.

e) Se retome la conformación de la Red Regional para la prevención del suicidio y adicciones.

Decimosexta. Se instruya a todo el personal médico de las Regiones Sanitarias que brindan el servicio de salud mental, respecto a la obligatoriedad en la aplicación de la norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de servicios de salud mental en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica y de la NOM-004-SSA3-2012 relativa al expediente clínico.

Decimoséptima. Se realicen acciones para abastecer de recursos materiales y humanos a las Regiones Sanitarias (Centros de Salud y Módulos comunitarios de salud mental) en donde se ubique por lo menos un especialista en la materia médico psiquiatra.

Decimooctava. Se realicen esfuerzos para la contratación de psico-geriatras y especialistas en trastornos de la conducta alimentaria que no atiende el Salme, o en su caso se actualice la página de Internet de Gobierno del Estado en donde se señalan las atenciones con las que brinda el Salme, esto en virtud de que existen padecimientos que no son atendidos y se crea confusión con la ciudadanía.

Decimonovena. Se lleven a cabo convenios con universidades públicas y Privadas que cuenten con licenciaturas afines a salud mental que se promueva la asignación de prestadores de servicio.

Vigésima. Instruya a los Directores de Hospitales Regionales y Jefes de las Jurisdicciones Sanitarias de la Secretaría a su cargo, para que de inmediato y en coordinación con el Instituto Jalisciense de Salud Mental dispongan de las camas necesarias en los hospitales regionales para la atención hospitalaria de pacientes psiquiátricos por personal especializado.

Vigésimo primera, Instruya por escrito al personal que labora en los hospitales psiquiátricos para que sean respetuosos en todo momento de las normas que les obligan a guardar confidencialidad respecto al nombre y diagnóstico de las

personas que reciben atención y se abstengan de difundir datos o imágenes de éstas o los espacios en los cuales son hospitalizadas salvo que medie mandamiento por escrito de autoridad competente; apercibiéndoles de las sanciones a que se pueden hacer acreedores por la inobservancia de sus deberes.

A los presidentes municipales de los ayuntamientos no comprendidos en la zona metropolitana de Guadalajara:

Primero. Instruyan al personal a su cargo para que de inmediato realicen las acciones pertinentes a efecto de suscribir convenios de coordinación necesarios con el Instituto Jalisciense de Salud Mental, para que en cada uno de los municipios del Estado se cuente mínimamente con un Módulo Comunitario de Atención en Salud Mental.

Segundo. Dispongan de una partida presupuestal suficiente para la habilitación, puesta en marcha y operación de los Módulos Comunitarios de Atención en Salud Mental.

Tercero. En tanto se toman las medidas anteriores, instruyan a los servicios médicos municipales el diseño y operación de un programa emergente para prevenir y atender los padecimientos mentales, el cual incluya medidas de difusión e información para que la población identifique los síntomas más evidentes de las enfermedades mentales y las instancias públicas en las cuales pueden ser diagnosticadas y atendidas quienes las padecen.

Las siguientes autoridades no están involucradas como responsables en la presente queja, pero por estar dentro de sus atribuciones y competencia la posibilidad de ejecutar actos que ayuden a corregir las causas de las violaciones de derechos humanos de los que se da cuenta, con fundamento en los artículos 35 fracción IV y 70 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, se solicita su colaboración en lo siguiente:

Al Consejo de la Judicatura del Poder Judicial del Estado:

Primero. Instruya a los Jueces de primera instancia que en tanto no cause estado la declaratoria de inimputabilidad del procesado, se abstengan de ordenar el internamiento obligatorio, a hospitales psiquiátricos a personas que se

encuentran sujetas a proceso penal y bajo prisión preventiva a no ser que ésta se derive de un diagnóstico médico que sugiera su hospitalización urgente, y en estos casos realizarlo bajo la figura de internamiento involuntario previsto en la norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-2014, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica. Tomando en todos los casos las prevenciones necesarias para que las personas remitidas sean debidamente custodiadas por personal especializado durante su atención médica y hasta su alta hospitalaria.

Segundo. Instruyan la revisión inmediata de todos los procesos en donde se encuentre involucrada una persona declarada inimputable por padecimientos mentales a efecto de que se garantice tanto el debido proceso, como el acceso a la justicia así como su seguridad personal y acceso a la atención médica de calidad.

Al Fiscal General del Estado:

Primera. Instruya a los agentes del Ministerio Público y al personal penitenciario a su cargo, que hasta en tanto no cause estado la declaratoria de inimputabilidad del procesado, se abstengan de ordenar el internamiento obligatorio a hospitales psiquiátricos a personas que se encuentran sujetas a proceso penal y bajo prisión preventiva a no ser que ésta se derive de un diagnóstico médico que sugiera su hospitalización urgente y en estos casos realizarlo bajo la figura de internamiento involuntario previsto en la norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-2014, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica. Tomando en todos los casos las prevenciones necesarias para que las personas remitidas sean debidamente custodiadas por personal especializado durante su atención médica y hasta su alta hospitalaria.

Segunda. Desarrollar un modelo de atención hospitalaria en psiquiatría como parte del sistema Penitenciario Estatal, en coordinación y bajo la asesoría del personal especializado del Instituto Jalisciense de Salud Mental.

Tercera. Se valore la posibilidad de establecer un edificio independiente en el cual se instale un hospital psiquiátrico penitenciario para la debida atención de aquellas personas que se encuentren sujetas a prisión preventiva o compurgando

una pena privativa de libertad y padezcan una enfermedad que requiera atención psiquiátrica hospitalaria.

Las anteriores recomendaciones son públicas y serán difundidas de inmediato por los medios de comunicación, de acuerdo con los artículos 76 y 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos y 120 de su Reglamento Interior.

Con fundamento en los artículos 72, 73, 76, 77 y 78 de la Ley de la CEDHJ, se informa a la autoridad a la que se dirige la presente Recomendación, que tiene diez días hábiles, contados a partir de la notificación correspondiente, para que informen a este organismo si fue aceptada o no; en caso afirmativo, esta Comisión únicamente quedará en espera de las constancias que acrediten su cumplimiento, las cuales deberán presentarse dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de aceptación.

Atentamente

Doctor Felipe de Jesús Álvarez Cibrián  
Presidente

Ésta es la última página correspondiente a la Recomendación 6/2017, la cual consta de 172 hojas.