

REUNIÓN DE TRABAJO INTERINSTITUCIONAL

“ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL EN EL ESTADO”

PLANTEAMIENTO DE LA PROBLEMÁTICA

En el estado de Campeche contamos con un alto índice de personas con discapacidad mental, dentro de las cuales existe un grupo que se caracteriza por provenir de familias de escasos recursos económicos, desintegradas, donde en algunos casos impera la apatía y el rechazo hacia el enfermo mental, lo que genera que éste se coloque en completo estado de abandono.

La mayoría de los asuntos planteados ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado, se refiere a varones residentes en la ciudad capital con una edad que oscila entre los 20 y los 50 años de edad, los que al encontrarse en crisis se tornan agresivos no sólo con la sociedad, sino con su misma familia necesitando el enfermo recibir atención médica especializada urgente para controlarlo.

Ante ello, las primeras dificultades a las que se enfrentan los familiares son:

- La ubicación del Hospital Psiquiátrico del Estado en el poblado de San Francisco Kobén, Campeche,
- La falta de medios de transporte para su traslado a dicha población,
- La resistencia física del paciente, y
- La carencia de recursos económicos para pagar el servicio correspondiente.

Es por ello que las personas en cuyos hogares viven familiares con limitaciones mentales, han estado recurriendo a la Secretaría de Seguridad Pública a fin de solicitar apoyo para el traslado de pacientes psiquiátricos en crisis, servicio que les es condicionado con la presencia de personal de la Comisión de Derechos Humanos, a fin de de que éste dé fe de la forma en que se desarrolla la diligencia y evitar así que en lo futuro se les impute alguna alteración física en la integridad del enfermo. Colaboración que hemos brindado estando consientes de que el personal de la policía preventiva no cuenta con el entrenamiento para la atención de pacientes psiquiátricos en crisis, ni mucho menos el personal del Ombudsman campechano, por lo que en algunos de los casos el traslado ha tenido que suspenderse al observar conductas (del paciente) que generan incertidumbre en el personal que actúa

Una vez que el paciente ha egresado del Hospital Psiquiátrico, surgen otras problemáticas que deben plantearse, tales como:

- El alto costo de los medicamentos, lo que propicia que, en la mayoría de los casos, se suspenda el tratamiento del paciente.
- La manutención del paciente se torna en una permanente carga económica (por su discapacidad el enfermo mental no trabaja)
- La necesidad de la familia de laborar propicia que el paciente permanezca solo en el domicilio por largas horas, lo que puede ocasionar un descontrol.
- Su atención genera desgaste físico y emocional por parte de quien lo atiende, siendo en la mayoría de las veces la madre de avanzada edad del enfermo quien finalmente, por dicha situación, manifiesta desesperación e impotencia, resultando por ende, igualmente con alteraciones de índole emocional.

De manera concreta, podemos decir que las hipótesis a plantear, mismas que deben ser analizadas para buscar alternativas de solución, son las siguientes:

- a) Enfermos mentales en crisis que cuentan y viven con familiares.

- b) Enfermos mentales en crisis que no cuentan con el apoyo de familiares, por lo que se encuentran en la vía pública.

- c) Enfermos mentales indigentes procedentes de otros Estados de la República.

- d). Enfermos mentales que cometen faltas administrativas y se encuentran en los separos de Seguridad Pública.

- e) Enfermos mentales que se encuentran en los reclusorios del Estado

Respecto a las características familiares, de donde proviene este sector vulnerable de la población, podemos señalar que son:

- Familias de escasos recursos económicos.
-
- Familias con desintegración de sus miembros.
-
- Familias que infligen tratos indignos hacia su familiar con padecimiento mental.
-
- Familias que rechazan y abandonan a su familiar con padecimiento mental.
-
- Familias en las que algunos de sus miembros ingiere alcohol o drogas.
-
- Familias con falta de capacidad física para controlar a su ser querido con padecimiento mental.

Habiendo expuesto lo anterior, por último, ponemos a consideración de los presentes, de acuerdo con la experiencia del Organismo protector de Derechos Humanos del Estado, las dificultades que enfrentamos actualmente en nuestro Estado para la atención de las personas con padecimientos mentales

- 1.- Falta de servicio especializado para llevar a cabo el traslado del paciente al Hospital Psiquiátrico.
- 2.- Falta de Infraestructura para albergar a los pacientes psiquiátricos que no cuentan con familia.
- 3.- Desconocimiento por parte de la familia de la problemática real del paciente y falta de disponibilidad para cooperar en su tratamiento.
4. Ausencia de personas o familiares que atiendan en su casa al paciente en horas laborales.
- 5.- No se brinda atención integral a los casos, lo que genera reincidencia.

MARCO JURÍDICO

1. LEGISLACIÓN INTERNACIONAL

La Carta Internacional de Derechos Humanos

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), junto con el Pacto Inter-nacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESCR, 1966), forman la denominada “Carta Internacional de Derechos Humanos”. El artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por las Naciones Unidas en 1948, afirma que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. De modo que las personas con trastornos mentales también tienen derecho al goce y a la protección de sus derechos humanos fundamentales.

En 1996, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptó la Observación General No. 5, que especifica la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a las personas con discapacidades mentales y físicas. Las Observaciones Generales, producidas por los órganos de monitoreo de los pactos de derechos humanos, son una fuente importante de interpretación de los artículos de los tratados de derechos humanos. Aunque las Observaciones Generales no son obligatorias, ellas representan la visión oficial del órgano de monitoreo acerca de la correcta interpretación del tratado de derechos humanos respectivo.

El Comité de Derechos Humanos, establecido como órgano de monitoreo del PIDCP, aún no ha elaborado una Observación General específica sobre los derechos de las personas con trastornos mentales. Sin embargo, ha emitido la Observación General No. 18, que define la protección contra la discriminación hacia las personas con discapacidad bajo el artículo 26 de ese pacto.

Una obligación fundamental en materia de derechos humanos, que se encuentra en los tres instrumentos mencionados, es la

protección contra la discriminación. Adicionalmente, la Observación General No. 5 especifica que el derecho a la salud incluye el derecho de acceder a servicios de rehabilitación.

Esto implica también un derecho a acceder y a beneficiarse de servicios que aumenten la autonomía de la persona. También se protege el derecho a la dignidad, tanto en la Observación General No. 5 del PIDESC, como en el PIDCP.

Otros derechos importantes específicamente protegidos por la Carta Internacional de Derechos Humanos son el derecho a la integración en la comunidad, el derecho a obtener ajustes razonables en bienes, instalaciones y servicios (Observación General No. 5 sobre el PIDESC), el derecho a la libertad y a la seguridad de la persona (artículo 9 del PIDCP) y la necesidad de adopción de medidas de acción positiva para proteger los derechos de las personas con discapacidad, que incluyen a las personas con trastornos mentales

El derecho a la salud en diferentes instrumentos internacionales

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El derecho a la salud también es reconocido por otras convenciones internacionales, como el artículo 5(e)(iv) de la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial de 1965, los artículos 11.1(f) y 12 de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer 1979, y el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989. También reconocen el derecho a la salud muchos instrumentos regionales, como la Carta Social Europea revisada en 1996 (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos de 1981 (art. 16), y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988 (art. 10).

La Observación General No.14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales tiene el objetivo de asistir a los países en la implementación del artículo 12 del PIDESC. La Observación General No.14 señala que el derecho a la salud contiene tanto libertades como derecho a prestaciones. Las libertades incluyen el derecho a controlar el propio cuerpo y salud, incluyendo la libertad sexual y reproductiva, y el derecho a no sufrir interferencias, como el derecho a no sufrir tortura o a no ser objeto de tratamientos y experimentaciones médicas no consentidas. El derecho a recibir prestaciones incluye el derecho a acceder a un sistema de protección de la salud que asegure a la población igualdad de oportunidades para gozar del más alto nivel posible de salud.

La Observación General No. 14 establece además que el derecho a la salud impone tres tipos de obligaciones sobre los países miembros del PIDESC: las obligaciones de *respeto*, de *protección* y de *cumplimiento*, satisfacción o garantía. La obligación de *respeto* requiere que los países se abstengan de interferir, directa o indirectamente, con el disfrute del derecho a la salud. La obligación de *protección* requiere que los países adopten medidas para prevenir que otros particulares interfieran con las garantías establecidas por el artículo 12. Finalmente, la obligación de *cumplimiento* contiene obligaciones de facilitar, proveer y promover. Requiere que los países adopten medidas adecuadas, de tipo legislativo, administrativo, presupuestario, judicial, promocional y de otro tipo para la plena realización del derecho a la salud.

El artículo 7 del PIDCP protege contra la tortura y el trato cruel, inhumano o degradante, y se aplica a las instituciones médicas, en especial a las que brindan atención psiquiátrica. La Observación General sobre el artículo 7 requiere que los gobiernos “provean información sobre las detenciones en hospitales psiquiátricos, las medidas para prevenir abusos, los procedimientos de apelación a disposición de las personas admitidas en instituciones psiquiátricas y las quejas registradas durante el período cubierto por el informe”.

Otras convenciones internacionales relacionadas con la salud mental

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, también obligatoria, contiene disposiciones sobre derechos humanos relevantes para los niños y adolescentes. Esto incluye la protección contra toda forma de abuso físico y mental; la prohibición de discriminación; el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo; la consideración del interés superior del menor; y el respeto de la opinión del niño. Algunos de sus artículos son particularmente relevantes en material de salud mental:

- El artículo 23 reconoce que los niños con discapacidades mentales o físicas tienen derecho a disfrutar una vida plena y decente, en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten su participación activa en la comunidad.
- El artículo 25 reconoce el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento para su atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.
- El artículo 27 reconoce el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.
- El Artículo 32 reconoce el derecho del niño a estar protegido contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

La Convención Internacional contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (1984) también es relevante para las personas con trastornos mentales. El artículo 16, por ejemplo, impone a los Estados parte la obligación de prevenir los actos que constituyan tratamientos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Además de los varios sistemas internacionales de monitoreo de los derechos humanos, existen también algunas convenciones regionales para la protección de los derechos humanos. A continuación nos referiremos a la región de las Américas:

Región de las Américas

Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948) – La Declaración consagra la protección de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

Convención Americana sobre Derechos Humanos (1978) – Esta Convención también incluye una gama de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, y establece un sistema obligatorio de protección y monitoreo del que forman parte a Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos. La reciente consideración de la Comisión del caso Congo c. Ecuador ha proporcionado una oportunidad para la ulterior interpretación en relación con temas de salud mental.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988) – Esta convención se refiere específicamente a los derechos de las personas con discapacidad. Los países que la ratifiquen se comprometen a adoptar medidas destinadas a proveer a las personas con discapacidad con los recursos y el ambiente necesario para alcanzar el mayor desarrollo posible de su personalidad, como también a proporcionar entrenamiento a sus familias (incluyendo los requerimientos que surjan de las necesidades especiales de este grupo). Los Estados parte también se comprometen a hacer que estas medidas constituyan una prioridad en sus planes de desarrollo urbano y a promover el establecimiento de grupos sociales para ayudar a las personas con discapacidad a disfrutar de una vida más plena.

Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999) – Los objetivos de esta Convención son los de prevenir y eliminar todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidades mentales o físicas, y promover su plena integración en la sociedad. Se trata de la

primera convención internacional dedicada específicamente a los derechos de las personas con discapacidad. En el año 2001, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos emitió una Recomendación sobre la Promoción y la Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2001), exhortando a los países de la región a ratificar esa convención. La Recomendación también urge a los Estados a promover e implementar, a través de legislación y planes nacionales de salud mental, la organización de servicios de salud mental comunitarios, a efectos de lograr la plena integración de las personas con trastornos mentales en la sociedad.

Principales estándares internacionales de derechos humanos aplicables a la salud mental

Los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios EM, 1991)

En 1991, los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios EM,) establecieron estándares mínimos de derechos humanos para la práctica en el campo de la salud mental. Los órganos internacionales de monitoreo y aplicación han empleado los Principios EM como interpretación autorizada de las exigencias de convenciones internacionales tales como el PIDESC.

Los Principios EM han servido también como marco para el desarrollo de legislación de salud mental en muchos países. Australia, Hungría, México y Portugal, entre otros, han incorporado los Principios EM –en todo o en parte– en sus propias leyes domésticas. Los Principios EM establecen estándares sobre el tratamiento y las condiciones de vida en instituciones de salud mental, y crean protecciones contra la detención arbitraria en esas instituciones. Estos principios se aplican en general a las personas con trastornos mentales, estén o no internadas en instituciones psiquiátricas, y a toda persona admitida en una institución psiquiátricas –haya sido o no diagnosticada como portadora de un trastorno mental. Esta

última disposición es importante porque muchos países usan las instituciones de salud mental de larga estadía como depósitos de personas que no tienen una historia de trastorno mental, o que actualmente no tienen trastornos mentales, pero que permanecen en la institución debida a la falta de otras instituciones o servicios comunitarios que les permitan satisfacer sus necesidades. Los Principios EM reconocen que toda persona con trastornos mentales tiene derecho a vivir y a trabajar, en la mayor medida posible, en la comunidad.

Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las personas con discapacidad (Normas Uniformes, 1993)

La Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, que tuvo lugar en Viena, en 1993, reiteró que el derecho internacional de los derechos humanos protege a las personas con discapacidades mentales y físicas, y que los gobiernos deben adoptar legislación doméstica para la realización de esos derechos. En la denominada Declaración de Viena, la Conferencia Mundial declara que todos los derechos humanos y libertades fundamentales son universales, y por ende incluyen indudablemente a las personas con discapacidad.

Las *Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las personas con discapacidad (1993)* fueron adoptadas al finalizar la Década de las Personas con Discapacidad (1982-1993) por Resolución de la Asamblea General 48/96. Como instrumento guía en la formulación de políticas públicas, las Normas Uniformes reiteran los fines de prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades establecido por el Programa de Acción Mundial. Las 22 reglas contenidas en el documento exigen la acción estatal en tres áreas principales: requisitos para la igualdad de participación, esferas para la igualdad de participación, y medidas de implementación. Las Normas Uniformes constituyen un instrumento internacional novedoso y revolucionario, porque consagran la participación ciudadana de las personas con discapacidad como un derecho humano internacionalmente reconocido. Para la realización de este derecho, se espera que los gobiernos proporcionen oportunidades a las personas con discapacidad y a las organizaciones de personas con discapacidad para participar

de la elaboración de la legislación relativa a temas que las afecten. Las Normas Uniformes urgen a todo país a involucrarse en un proceso nacional de planeamiento para hacer que su legislación, programas y políticas se conformen a los estándares internacionales de derechos humanos.

Estándares técnicos

Las Resoluciones de la Asamblea General de Naciones Unidas, las agencias de Naciones Unidas, las conferencias mundiales, y los grupos profesionales reunidos bajo los auspicios de las Naciones Unidas también han adoptado un amplio abanico de guías de carácter técnico y principios de política pública. Estos documentos pueden constituir una valiosa fuente de interpretación de las convenciones de derechos humanos.

Declaración de Caracas (1990)

La Declaración de Caracas (1990), adoptada como resolución por un grupo de legisladores, profesionales de la salud mental, líderes de derechos humanos y activistas a favor de los derechos de las personas con discapacidad reunidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), tiene importantes implicancias para la estructura de los servicios de salud mental. La Declaración señala que la confianza exclusiva en la internación en hospitales psiquiátricos como forma de tratamiento aísla a los pacientes de su ambiente natural, y genera mayor discapacidad. La Declaración establece un nexo fundamental entre servicios de salud mental y derechos humanos, al concluir que los servicios de salud mental anticuados ponen en peligro los derechos humanos de los pacientes.

La Declaración pretende promover los servicios de salud mental comunitarios e integrados, y sugiere una reestructuración de la atención psiquiátrica existente. Señala que los recursos, la atención y el tratamiento de las personas con discapacidad debe garantizar su dignidad y derechos humanos, proporcionar un tratamiento adecuado y racional, y destinar esfuerzos para mantener a las personas con

trastornos mentales en sus comunidades. Además, dispone que la legislación de salud mental debe garantizar los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, y que los servicios deben organizarse de manera de asegurar el efectivo cumplimiento de esos derechos.

Declaración de Madrid (1996)

Las asociaciones internacionales de profesionales de la salud mental también han tratado de proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, a través de la emisión de sus propias directrices y estándares de conducta y práctica profesional. Un ejemplo de esas directrices es la Declaración de Madrid, adoptada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) en 1996. Entre otros estándares, la Declaración insiste en la necesidad de que el tratamiento se base sobre una relación de colaboración con las personas con trastornos mentales, y de limitar el tratamiento involuntarios sólo a casos de excepción.

Estándares técnicos de la OMS

En 1996, la OMS desarrolló los Diez Principios Básicos sobre Legislación de Atención en Salud Mental como una interpretación ulterior de los Principios EM, y como guía para asistir a los países en el desarrollo de leyes de salud mental. En 1996, la OMS también desarrolló Directrices para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas con Trastornos Mentales, herramienta destinada a comprender e interpretar los Principios EM y a evaluar las condiciones de derechos humanos en instituciones.

Diez Principios Básicos de la Legislación de Atención en Salud Mental

1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales
2. Acceso a atención básica en salud mental
3. Evaluación de salud mental de conformidad con principios aceptados internacionalmente
4. Preferencia por el tipo menos restrictivo de atención en salud mental
5. Autodeterminación

6. Derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación
 7. Existencia de procedimientos de revisión
 8. Mecanismo de revisión periódica automático
 9. Cualificación del personal que toma decisiones
 10. Respeto de los derechos y de la legalidad
- OMS, 1996*

Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales (1994)

En 1994, la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales adoptó la Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales, que consagró el derecho a la integración educativa de los niños con discapacidad mental. La Declaración de Salamanca tiene particular importancia para la implementación de la Declaración Mundial sobre Educación para Todos (DMET) y para el cumplimiento del derecho a la educación establecido por el PIDESC.

2.- LEGISLACIÓN NACIONAL

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 4, párrafo III. (...) 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...”

Ley General de Salud

Artículo 2. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

(...)

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

Artículo 3. En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

(...)

II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;

(...)

VI. La salud mental;

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

(...)

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

(...)

VI. La salud mental;

(...)

X. La asistencia social a los grupos más vulnerables.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1994, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN UNIDADES DE ATENCION INTEGRAL HOSPITALARIA MEDICO-PSIQUIATRICA

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

HECTOR FERNANDEZ VARELA MEJIA, Director General de Regulación de los Servicios de Salud, por acuerdo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 38 fracción II, 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, 3o. fracción VI, 5o., 6o. fracción I, 7o. fracción I, 9o., 14, 32, 33, 72, 73, 74, 75, y 76 de la Ley General de Salud y en los artículos 121, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 132, y 133, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 8o. fracción IV y 24 fracción II y XV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

0. Introducción

Los esquemas de atención médica para el tratamiento de personas que padecen enfermedad mental, experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia, de la mejor comprensión de los múltiples factores que intervienen en el origen y evolución de la enfermedad mental, así como de los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros para su atención.

Una característica fundamental de este cambio, es la tendencia hacia la reinserción social de la persona enferma al medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la implementación de programas extrahospitalarios y comunitarios tales como hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros, con especial énfasis en la prevención, desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales. Para fortalecer esta tendencia es indispensable continuar el proceso modernizador de la organización y funcionamiento de los servicios de salud, que permita superar los rezagos aún prevalecientes.

La entrada en vigor de la presente Norma, deberá considerar que, tanto por el monto de la inversión requerida, como por el número de recursos humanos necesarios y su capacitación, su cabal cumplimiento deberá atender a la determinación de los plazos pertinentes para el desarrollo de los servicios, tomando en cuenta la condición específica de cada Entidad Federativa. Sin embargo existe la urgente necesidad de que a la mayor brevedad posible la vigencia de la presente Norma Oficial Mexicana opere en plenitud.

1. Objetivo

1.1. Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto 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.

2. Campo de aplicación

2.1. Esta Norma Oficial Mexicana es de aplicación obligatoria en todas las Unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica para enfermos agudamente perturbados y otros de estancia prolongada, de los sectores público, social y privado del país que conforman el Sistema Nacional de Salud.

3. Definiciones

PARA EFECTOS DE ESTA NORMA, SE ENTENDERA POR:

3.1. Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica:

Los establecimientos de salud que disponen de camas, y cuya función esencial es la atención integral de usuarios que padezcan de un trastorno mental.

3.2. Usuario:

Toda aquella persona que requiera y obtenga servicios de atención médico-psiquiátrica.

3.3. Enfermedad Mental:

Es aquella considerada como tal en la Clasificación Internacional de enfermedades mentales vigente, de la Organización Mundial de la Salud.

3.4. Atención Integral Médico-Psiquiátrica:

Es el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental. Comprende las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación integral.

3.5. Rehabilitación Integral:

Es el conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objetivo de promover en el paciente, el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando

las ha perdido, y la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida socio-cultural.

3.6. Educación para la Salud Mental:

Proceso organizado y sistemático mediante el cual se busca orientar a las personas a fin de modificar o sustituir determinadas conductas por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar, lo colectivo y en su relación con el medio ambiente.

3.7. Promoción de la Salud Mental:

Es una estrategia concreta, concebida como la suma de las acciones de los distintos sectores de la población, las autoridades sanitarias y los prestadores de servicios de salud encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud mental individual y colectiva.

3.8. Detección y Manejo Oportuno de Casos en la Comunidad:

Proceso que consiste en efectuar revisiones periódicas con fines de identificar y atender precozmente el daño.

3.9. Exámenes de Laboratorio Mínimos Indispensables:

Biometría hemática, Química sanguínea, Examen general de orina.

En caso de sospecha clínica de SIDA, se seguirán los criterios señalados en la NOM-010-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

3.10. Reforzador:

Es cualquier estímulo situacional cuya presencia provoca el incremento o decremento de la frecuencia con que se manifiestan ciertas conductas.

4. Disposiciones generales

4.1. Son actividades inherentes a los servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica las siguientes:

4.1.1. Preventivas.

4.1.2. Curativas.

4.1.3. De Rehabilitación.

4.1.4. Enseñanza y Capacitación, e

4.1.5. Investigación Científica.

4.2. Para ofrecer atención médica de calidad a los usuarios, las Unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, deben contar con los siguientes elementos:

4.2.1. Instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones.

4.2.2. Recursos humanos suficientes en número y capacidad técnica, de acuerdo con los indicadores que establezca la autoridad sanitaria competente y con base en las propias necesidades de las Unidades.

4.2.3. Procedimientos para que en la Unidad prevalezcan el ambiente cordial, técnicamente eficiente, y las condiciones propicias para el cabal desarrollo de las actividades que involucra la atención integral médico-psiquiátrica.

4.2.4. Instalaciones y personal para la prestación de servicios de urgencias.

4.2.5. Instalaciones y personal para la prestación de servicios de consulta externa.

4.2.6. Instalaciones y personal para la prestación de servicios de rehabilitación psicosocial.

4.2.7. Recursos para la atención médica de otras enfermedades coincidentes con la enfermedad mental y, en su caso, referencia oportuna al nivel de atención requerido, intra o extrahospitalario.

4.2.8. Programa General de Trabajo.

4.2.9. Reglamento Interno.

4.2.10. Manuales técnico-administrativos.

4.3. Las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben contar, según sea el caso y considerando sus características, con las instalaciones específicas necesarias para dar atención a los usuarios, de acuerdo a lo siguiente:

4.3.1. Con episodio agudo.

4.3.2. De larga evolución.

4.3.3. Hombres.

4.3.4. Mujeres.

4.3.5. Niños.

4.3.6. Adolescentes.

4.3.7. Adultos.

4.3.8. Ancianos.

4.4. El ingreso de los usuarios a las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica podrá ser: voluntario, involuntario u obligatorio y se ajustará a los procedimientos siguientes:

4.4.1. El ingreso voluntario requiere la solicitud del usuario y la indicación del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad, ambos por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud e informando a sus familiares o a su representante legal.

4.4.2. El ingreso en forma involuntaria, se presenta en el caso de usuarios con trastornos mentales severos, que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico psiquiatra y la solicitud de un

familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, un usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad hospitalaria. En cuanto las condiciones del usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario, para que en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario.

Deberá notificarse al Ministerio Público del domicilio del usuario y a las autoridades judiciales, todo internamiento involuntario y su evolución.

4.4.3. El ingreso obligatorio se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad legal competente, siempre y cuando el paciente lo amerite de acuerdo con el examen médico psiquiátrico.

4.5. El egreso del usuario del servicio de hospitalización podrá ser por los siguientes motivos:

4.5.1. Curación.

4.5.2. Haberse cumplido los objetivos de la hospitalización.

4.5.3. Mejoría.

4.5.4. Traslado a otra institución.

4.5.5. A solicitud del usuario, con excepción de los casos de ingresos obligatorios e involuntarios.

4.5.6. A solicitud de los familiares legalmente autorizados y con el consentimiento del usuario.

4.5.7. Abandono del servicio de hospitalización sin autorización médica, debiéndose notificar al Ministerio Público del lugar de la adscripción del hospital.

4.5.8. Disposición de la autoridad legal competente.

4.5.9. Defunción.

4.6. Las unidades que prestan servicio de atención hospitalaria médico psiquiátrica, deberán mantener un programa de atención integral que comprenda los siguientes aspectos:

4.6.1. Tratamiento médico y psicosocial, de acuerdo con los principios científicos, sociales y éticos.

4.6.2. El aislamiento del enfermo sólo se aplicará de manera excepcional y para proteger la salud y la integridad del propio enfermo y de quienes lo atienden y rodean, de acuerdo con el criterio del médico responsable. El paciente bajo este tipo de medida quedará al cuidado y vigilancia de personal calificado, en todo momento.

4.6.3. Confidencialidad en el manejo del diagnóstico y de la información.

4.6.4. Alimentación con características higiénicas, nutritivas y dietéticas adecuadas.

4.6.5. Ambiente y acciones que promuevan la participación activa del usuario en su tratamiento.

4.6.6. Relación del personal con los usuarios basada en el respeto a su persona, a sus derechos civiles y humanos y a sus pertenencias.

4.6.7. El personal que labora en las unidades para la prestación de servicios médicos psiquiátricos, tiene la obligación de vigilar, proteger y dar seguridad a los usuarios.

4.6.8. Proporcionar servicio de quejas y sugerencias para usuarios y familiares, que garantice el que sean tomadas en cuenta para la solución, vigilancia y seguimiento de las peticiones.

4.6.9. Promover la participación de la familia y la comunidad en el proceso de la atención a los usuarios.

4.6.10. Promover la integración de los comités hospitalarios siguientes:

- Ética y vigilancia

- Auditoría médica
- Mortalidad
- Infecciones intrahospitalarias
- Garantía de calidad de la atención
- Comités ciudadanos de apoyo

5. Actividades preventivas

5.1. Las actividades preventivas se llevan a cabo en espacios intra y extrahospitalarios.

5.2 Las actividades preventivas se efectuarán en los siguientes servicios:

5.2.1. Consulta externa y hospitalización.

5.3. Las actividades preventivas comprenderán las acciones siguientes:

5.3.1. Educación para la salud mental.

5.3.2. Promoción de la salud mental.

5.3.3. Detección y manejo oportuno de casos en la comunidad.

5.3.4. Detección y manejo oportuno de casos entre familiares de los pacientes y personas relacionadas con ellos para prestarles la atención que requieren.

5.3.5. Información y educación a los usuarios y sus familiares, acerca de las características de la enfermedad y de la participación de unos y otros en el programa de tratamiento y rehabilitación.

5.3.6. Promoción para la integración de grupos con fines de autoayuda.

6. Actividades curativas

6.1. Las actividades curativas se llevarán a cabo en los servicios siguientes:

6.1.1. Consulta Externa.

6.1.2. Urgencias.

6.1.3. Hospitalización continua.

6.1.4. Hospitalización parcial en sus diferentes modalidades.

6.2. El proceso curativo en el servicio de consulta externa, se llevará a cabo mediante las acciones siguientes:

6.2.1. Valoración clínica del caso y elaboración de la nota correspondiente.

6.2.2. Apertura del expediente clínico.

6.2.3. Elaboración de la historia clínica.

6.2.4. Estudio psicológico.

6.2.5. Estudio psicosocial.

6.2.6. Exámenes de laboratorio y gabinete.

6.2.7. Establecimiento del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

6.2.8. Referencia en su caso, a hospitalización en la propia Unidad o a otra unidad de salud, para su manejo.

6.3. Las actividades curativas en el servicio de urgencias, se llevarán a cabo a través de las acciones siguientes:

6.3.1. Valoración clínica del caso.

6.3.2. Manejo del estado crítico.

6.3.3. Apertura del expediente clínico.

6.3.4. Elaboración de la nota clínica inicial.

6.3.5. Hospitalización.

6.3.6. Envío a consulta externa, o

6.3.7. Referencia, en su caso, a otra unidad de salud para su manejo.

6.4. Las actividades curativas en los servicios de hospitalización continua o parcial y el ingreso y egreso de usuarios, se llevarán a cabo a través de las acciones siguientes:

6.4.1. Ingreso:

6.4.1.1. Examen clínico.

6.4.1.2. Elaboración de nota de ingreso.

6.4.1.3. Elaboración de historia clínica.

6.4.1.4. Realización de exámenes mínimos indispensables y pertinentes, de laboratorio y gabinete.

6.4.1.5. Revisión del caso por el médico responsable y el equipo interdisciplinario.

6.4.1.6. Realización de exámenes complementarios en caso necesario.

6.4.1.7. Establecimiento de los diagnósticos probables, el pronóstico y el plan terapéutico, en un plazo no mayor de 48 horas y

6.4.1.8. Elaboración de la nota de revisión.

6.4.2. Visita Médica Diaria:

6.4.2.1. Valoración del estado clínico.

6.4.2.2. Interpretación de resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete.

6.4.2.3. Solicitud de interconsulta, en su caso.

6.4.2.4. Revisión del tratamiento, y

6.4.2.5. Elaboración de la nota de evolución, con la periodicidad necesaria.

6.4.3. Revaloración Clínica:

6.4.3.1. Revisión del caso por el Director Médico o el Jefe del Servicio, por lo menos una vez cada semana en caso de trastornos agudos y cada mes en casos de larga evolución o antes, a juicio del Director Médico o del Jefe de Servicio, o a solicitud del usuario o de sus familiares responsables, o a solicitud de alguno de los comités del hospital.

6.4.3.2. Actualización de exámenes clínicos.

6.4.3.3. Elaboración de notas clínicas que indiquen la evolución y en su caso la necesidad de continuar hospitalizado.

6.4.4. Interconsulta en la propia Unidad u otras de apoyo que cuenten con la especialidad requerida:

6.4.4.1. Solicitud escrita que especifique el motivo.

6.4.4.2. Evaluación del caso por el servicio solicitado.

6.4.4.3. Proposición de un plan de estudio y tratamiento.

6.4.4.4. Elaboración de la nota de interconsulta.

6.5. Egreso:

6.5.1. Valoración del estado clínico.

6.5.2. Ratificación o rectificación del diagnóstico de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.

6.5.3. Enunciado del pronóstico y de los problemas clínicos pendientes de resolución.

6.5.4. Referencia a un programa terapéutico, en caso necesario.

6.5.5. Referencia en su caso, a un programa de rehabilitación psicosocial.

6.5.6. Concertación de la cita del usuario al servicio de consulta externa o de hospitalización, o referencia del mismo a otra unidad de salud si procede, y

6.5.7. Elaboración de la nota clínica de egreso, informando el plan de egreso al usuario y a sus familiares o responsable legal.

6.6. Cualquiera que sea la causa del egreso del usuario, éste tiene derecho a continuar recibiendo la atención que requiere, de acuerdo con los principios científicos y éticos de la práctica médica.

7. Actividades de rehabilitación integral

7.1. Las actividades de rehabilitación se desarrollarán en términos de las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, la familia y la comunidad en general, en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotriz, las cuales comprenderán:

7.1.1. Acciones intrahospitalarias:

7.1.1.1. Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas para la rehabilitación física y mental, que en su caso incluyan el desarrollo de la coordinación psicomotriz gruesa y fina, así como la prevención y atención a deformidades físicas en cada paciente; la conciencia de su cuerpo, del espacio y el desarrollo de sus sentidos, que lo posibiliten para la elaboración de trabajos manuales, participación en actividades deportivas y autocuidado.

7.1.1.2. Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas para la promoción y mantenimiento de vínculos socio-afectivos entre los pacientes y con el personal de la institución, los familiares, la comunidad y amistades del usuario, que promuevan el proceso para su reinserción social mediante convivencias, visitas, paseos y asistencia a centros recreativos y culturales.

7.1.1.3. Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que contribuyan a la adquisición de conocimientos teóricos, prácticos y capacitación laboral, como paso primordial para lograr su autosuficiencia.

7.1.1.4. Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas de reforzadores.

7.1.1.5. Diseñar, promover, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que favorezcan la incorporación del paciente a la vida productiva, y si es el caso, gozar de los beneficios económicos del producto de su actividad.

7.1.2. Las acciones intermedias comprenden la hospitalización parcial en sus diversas modalidades, las cuales se desarrollarán con programas que refuercen el área cognoscitiva, afectiva, psicomotriz y la rehabilitación física.

7.1.3. Acciones extrahospitalarias:

7.1.3.1. El hospital debe estar vinculado y promover el desarrollo de programas en la comunidad, para facilitar al usuario su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social mediante su atención en los centros comunitarios de salud mental, centros de día, casas de medio camino y los demás servicios extrahospitalarios existentes.

8. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de los usuarios

Dentro de cada unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, el usuario tiene derecho a:

8.1. Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.

8.2. No ser sujeto de discriminación por su condición de enfermo mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.

8.3. Que a su ingreso al hospital se le informe, a él y a su representante legal, de las normas que rigen el funcionamiento del nosocomio, y saber los nombres de quiénes serán los miembros del personal de salud, médicos y enfermeras encargados de su atención.

8.4. Un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.

8.5. Ser alojados en áreas específicamente destinadas a tal fin, con adecuada iluminación natural y artificial, bien ventiladas, con el espacio necesario para evitar el hacinamiento y en condiciones de higiene.

8.6. Recibir alimentación balanceada, de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos. Asimismo, recibir vestido y calzado o tener autorización para utilizar los propios, si así lo desea.

8.7. Que tengan acceso a los recursos clínicos, de laboratorio y de gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno, en condiciones similares a cualquier otro establecimiento sanitario.

8.8. Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible para él y para su representante legal, con relación al diagnóstico médico, así como respecto de sus derechos y del tratamiento que se pretenda aplicar.

8.9. Recibir atención médica especializada, es decir por personal capacitado para el manejo y tratamiento de los enfermos mentales.

8.10. Que la atención psiquiátrica o terapéutica que se le preste sea de conformidad con las normas éticas pertinentes que rigen a los profesionales de la salud mental.

8.11. Que toda medicación sea prescrita por un especialista autorizado por la ley, y que ello se registre en la expediente clínico del paciente.

8.12. Que la información, tanto la proporcionada por los propios enfermos o por sus familiares como la contenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de la confidencialidad.

8.13. Negarse a participar como sujeto de investigación científica, sin que ello demerite la calidad de su atención hospitalaria.

8.14. Solicitar reuniones con su médico y profesionales que lo estén tratando.

8.15. Solicitar la revisión clínica de su caso.

8.16. Recibir atención médica oportuna en caso de sufrir una enfermedad no psiquiátrica y, de así requerirlo, tratamiento adecuado en una institución que cuente con los recursos técnicos para su atención.

8.17. Recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial. El paciente podrá, en su caso, elegir la tarea que desee realizar y gozar de una retribución justa.

8.18. Ser protegido contra toda explotación, abuso o trato degradante, y en su caso denunciar por sí o a través de su representante legal cualquier abuso físico, psicológico o moral que se cometa en su contra.

8.19. No ser sometido a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a procedimientos legalmente establecidos y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros, o se trate de una situación grave y el paciente esté afectado en su capacidad de juicio y, en el caso de que de no aplicarse el tratamiento, se afecte su salud. Cuando haya limitación de libertad, ésta será la mínima posible de acuerdo con la evolución del padecimiento, las exigencias de su seguridad y la de los demás. El paciente bajo este tipo de medida quedará, en todo momento, al cuidado y vigilancia de personal calificado.

8.20. Comunicarse libremente con otras personas que estén dentro de la institución; enviar y recibir correspondencia privada sin que sea censurada. Tener acceso a los servicios telefónicos, así como leer la prensa y otras publicaciones, escuchar la radio y ver televisión, de conformidad con las indicaciones del médico tratante.

8.21. Tener comunicación con el exterior y recibir visita familiar si ello no interfiere con el tratamiento.

8.22. Gozar de permisos terapéuticos para visitar a sus familias, de acuerdo con el criterio médico.

8.23. Recibir asistencia religiosa, si así lo desean.

8.24. Obtener autorización de su médico tratante o de un profesional autorizado, para salir de la unidad y relacionarse con su pareja.

9. Obligaciones del personal de las unidades de atención integral médico-psiquiátrica

9.1. El personal de las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deberá tratar al usuario en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propios de su condición de persona, de acuerdo con lo señalado por los ordenamientos en la materia, nacionales e internacionales ratificados por nuestro país.

10. Enseñanza, capacitación e investigación científica

10.1. Las actividades de enseñanza en las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, se realizarán de acuerdo con los principios de la ética médica y los objetivos y posibilidades de la Unidad hospitalaria.

10.2. La capacitación del personal en los servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, se realizará de acuerdo con las necesidades del personal prestador de servicios, de manera continua y sistemática.

10.3. Las actividades de investigación científica que se realicen en las Unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, se sujetarán a lo dispuesto en la Ley General de Salud y su reglamento en materia de Investigación para la Salud.

11. Concordancia con normas internacionales

11.1. Esta Norma tiene concordancia con la Norma Internacional "Principios para la Protección de las Personas que Padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento

de la Atención a la Salud Mental", publicada por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, en febrero de 1991.

12. Apéndices

12.1. Apéndice A (Normativo)

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente.

12.2. Apéndice B (Informativo)

- Organización de comités ciudadanos de apoyo, en las unidades hospitalarias de atención integral médico-psiquiátricas:

- Los Comités estarán legalmente integrados de conformidad con la legislación civil y no tendrán fines lucrativos ni partidarios.

- Estarán conformados por personas interesadas que conozcan el área de la salud mental, para garantizar su apoyo a las unidades hospitalarias de atención integral médico-psiquiátricas.

- No intervendrán en la administración directa de los recursos de las Unidades.

- Participarán con un representante idóneo en el comité de ética y vigilancia de conformidad con los procedimientos que para su conformación se establecen.

- Deberán observar la normatividad de las Unidades, guardando reserva de la información que por sus funciones conozcan y el respeto a la confidencialidad del expediente clínico que es de acceso exclusivo del personal de las Unidades. Podrán tener acceso a los expedientes clínicos, los médicos de los comités ciudadanos de apoyo que hayan obtenido la autorización del paciente o de su representante legal y que, por tanto, queden legal y profesionalmente acreditados, siendo ellos en lo personal, los responsables de la información que manejen en términos de la legislación sanitaria, penal y de profesiones vigente.

Funciones de los comités ciudadanos de apoyo:

- Coadyuvar a que se respeten los derechos humanos de los usuarios.
- Proponer acciones para la atención y la rehabilitación que en su caso complementen a las existentes, con el fin de elevar la calidad y calidez de los servicios que se presten al usuario.
- Proponer la utilización de recursos e instalaciones en beneficio de los usuarios.
- Proponer cursos y programas de capacitación para el personal.
- Gestionar y promover ante organismos nacionales o internacionales, o en su caso ante personas físicas o morales nacionales o extranjeras, el otorgamiento de recursos financieros o materiales que permitan mejorar las condiciones de las instalaciones y equipo con que cuentan las Unidades.
- Tener acceso a la información relativa a los programas de tratamiento, incluyendo los expedientes clínicos y los aspectos administrativos relacionados con la Unidad, de conformidad con lo estipulado en la ley y en esta norma oficial.
- Denunciar ante las unidades de contraloría y demás instancias legalmente facultadas, la comisión de posibles irregularidades que se presenten en las Unidades.
- Realizar intercambios académicos y de publicaciones con organismos nacionales e internacionales.

13. Bibliografía

- Ley General de Salud, Secretaría de Salud, tercera edición, México, 1993.
- Ley Federal sobre Metrología y Normalización, Diario Oficial de la Federación, México 1 de julio de 1992.
- Compendio de Documentos Elaborados por la Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental. Junio 1992-Junio 1993. Secretaría de Salud. México.

-Derechos Humanos de los pacientes psiquiátricos, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1995.

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Diario Oficial de la Federación, México, 14 de mayo de 1986.

- Norma Técnica 196 Para la Prestación de Servicios de Atención Médica Psiquiátrica en Hospitales Generales y de Especialidad, Diario Oficial de la Federación, México, 21 de agosto de 1987.

- Norma Técnica 144 Para la Prestación de Servicios de Atención Médica en Hospitales Psiquiátricos, Diario Oficial de la Federación, México, 6 de julio de 1987.

- Health Care Reform for Americans with Severe Mental Illnesses; Report of de National Advisory Mental Health Council; American Journal of Psychiatry 150; 10 october 1993.

- Principios para la Protección de las Personas que Padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención a la Salud; Consejo Económico y Social; Naciones Unidas, Ginebra, 1991.

- Compendio Normativo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud; Subsecretaría de Servicios de Salud, México, 1994.

- Carta de Derechos Humanos para personas que padecen una enfermedad mental y que están hospitalizadas. Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental IAP agosto de 1991.

- Trastornos mentales y del comportamiento, Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

14. Observancia

14.1. La vigilancia y aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas en sus respectivos ámbitos de competencia.

15. Vigencia

15.1. La presente Norma Oficial Mexicana, entrará en vigor en los plazos que se señalan, contados a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación:

Un año para el Distrito Federal, dos años para los estados de Baja California Sur, Coahuila, Colima, Nuevo León, Oaxaca, San Luis Potosí y Sinaloa y tres años para el resto de las entidades federativas.

México, D.F., a 15 de noviembre de 1995.- El Director General de Regulación de los Servicios de Salud, Héctor Fernández Varela.- Rúbrica