



¿Incluir o excluir la locura? Un acercamiento sistémico a la reforma psiquiátrica¹

*To Include or Exclude Madness?
A Systems-Theoretical Approach to Psychiatric Reform*

Adriana Murguía Lores

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales,
[UNAM](#)
Ciudad de México, México
<https://orcid.org/0000-0001-7317-4077>
amurguia@politicas.unam.mx

Héctor Zapata Aburto

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales,
[UNAM](#)
Ciudad de México, México
<https://orcid.org/0000-0003-1036-3705>
hzapabu@gmail.com

Resumen: El artículo aborda la reforma en salud mental que se concretó en México en 2022. Su objetivo es proponer una lectura histórico-sociológica que parte de la teoría general de los sistemas sociales de Niklas Luhmann, ya que esta permite acercarse a la complejidad del fenómeno en el marco de la diferenciación funcional y de las dinámicas de inclusión/exclusión que caracterizan a las sociedades modernas. Mostramos que la reforma establece cambios normativos que requieren transformaciones tanto en la atención de salud a las personas psiquiatrizadas como en el respeto de sus derechos. Argumentamos, asimismo, que estos cambios han sido posibles en gran medida gracias a una clase particular de sistemas sociales: los movimientos de protesta.

Palabras clave: sistemas sociales, inclusión, exclusión, reforma en salud mental.

Abstract: The article examines the mental health reform that took place in Mexico in 2022. Its objective is to offer a historical-sociological interpretation based on Niklas Luhmann's general theory of social systems, which allows an approach to the complexity of this type of phenomenon within the framework of functional differentiation and the inclusion/exclusion dynamics that characterize modern societies. We argue that this reform seeks a regulatory transformation involving significant institutional changes, and that, in this process, a particular class of social systems, namely, protest movements—played an important role.

¹ Este trabajo deriva de una investigación realizada gracias al Programa de Becas Posdoctorales de la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de esta misma universidad. Asimismo, contó con el respaldo del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la UNAM, proyecto IN302724, Los Avatares de la Inclusión. Análisis de las Políticas Públicas de Salud del Sexenio 2019-2024.

Keywords: social systems, inclusion, exclusion, mental health reform.

Introducción

El 16 de mayo de 2022 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la reforma a la Ley General de Salud en Materia de Salud Mental que propone, entre sus postulados más importantes, la desinstitucionalización psiquiátrica y la implementación de la atención en salud mental basada en una perspectiva garantista que promueve el respeto irrestricto de los derechos de los usuarios de los servicios (Secretaría de Salud, 2022). La Ley ha generado debates sobre sus alcances y consecuencias en un país como México, en el que la atención de la salud mental se ha caracterizado por la preponderancia del modelo psiquiátrico-asilar, la violación de los derechos de las personas, la estrechez presupuestal y una acentuada fragmentación institucional. En este contexto, la reforma pretende contrarrestar, desde el plano normativo sanitario, las históricas falencias en la atención en este ámbito de la salud.

El objetivo del artículo es hacer una lectura histórico-sociológica de este cambio legal que describe las condiciones histórico-sociales que lo posibilitaron. Las herramientas teóricas que guían el análisis las ofrece la teoría general de los sistemas sociales (TGSS) de Niklas Luhmann. Las razones que nos llevaron a elegirla son tres: 1) propicia la observación histórica de la medicalización de los padecimientos mentales; 2) constituye un marco conceptual que permite problematizar los cambios de las sociedades modernas que resultan centrales para nuestro tema, entre los que destacan los procesos de diferenciación e inclusión/exclusión social, así como la relación que tienen con una comprensión sociológica de los derechos; 3) posibilita abordar la relación entre los sistemas sociales involucrados en la reforma: el sistema político, el legal, el sistema de tratamiento de las enfermedades (STE), así como la incidencia de los sistemas de protesta que participaron en las discusiones que condujeron a la reforma.

El texto tiene la siguiente estructura: 1) esbozo de las herramientas conceptuales de la TGSS usadas en el análisis: las dinámicas de inclusión/exclusión, el surgimiento de los derechos en las sociedades modernas y la emergencia y características de los sistemas de protesta; 2) exploración de la relación entre derechos, inclusión y salud mental desde la perspectiva sistémica; 3) el proceso de institucionalización psiquiátrica en México, los planteamientos sobre la desinstitucionalización de las reformas psiquiátricas contemporáneas (entre las que se encuentra la de 2022), y 4) especificidades de dicha reforma, centradas en la transición propuesta del modelo psiquiátrico-asilar a uno comunitario.

Para comprender las condiciones de posibilidad de la reforma objeto del trabajo, hicimos un recorrido histórico sobre la particular forma que adoptó la inclusión de las

enfermedades mentales en el STE. Esta revisión ofrece una lectura particular sobre este proceso que lo ubica en la evolución de la diferenciación funcional, y describe los cambios en las concepciones sobre dichas afecciones que han guiado las reformas psiquiátricas en diversos contextos históricos y nacionales. La reconstrucción recurre a una diversidad de fuentes secundarias.

Para analizar la reforma y el papel que tuvieron en ella los sistemas de protesta, se llevó a cabo un abordaje multisituado que incluye una revisión documental de fuentes primarias y secundarias relacionadas con el campo de la salud mental en México; un análisis de la reforma en los ámbitos de interés del trabajo; una revisión de textos de organizaciones internacionales y de aquellas involucradas directamente en la problemática; una exploración de notas periodísticas; y, por último, una entrevista en profundidad, que retomamos como fuente primaria, con dos activistas en salud mental que estuvieron comprometidos en la realización de la reforma.

Inclusión/exclusión, derechos y protesta en las sociedades modernas

Diferenciación, inclusión/exclusión

Para enunciar el tema de investigación en términos teóricos muy abstractos, nos interesa problematizar una característica que comparten las sociedades modernas: han evolucionado hacia la inclusión universal de las personas en los derechos que reconocen. En los hechos, sin embargo, las exclusiones que se producen son sustanciales. ¿Cómo dar cuenta de esta realidad que se reproduce respecto a derechos muy diversos en contextos igualmente heterogéneos? La distinción inclusión/exclusión, entonces, constituye el punto a partir del cual construimos nuestro objeto de reflexión (Urquiza *et al.*, 2017).

La complejidad de la modernidad ha dado lugar a la emergencia de sistemas funcionales que generan prestaciones para la sociedad en su conjunto, las cuales son indispensables para su existencia (producción y distribución de bienes, ordenamientos legales, poder político, tratamiento de enfermedades), tienen que realizarse y son interdependientes, aunque esta forma de diferenciación implica que cada uno de los sistemas se desarrolla autónomamente en términos de su función.

Los sistemas están operativamente cerrados a la interferencia directa de otros, y las relaciones intersistémicas se producen mediante acoplamientos estructurales que posibilitan que su autonomía y dependencia se incrementen simultáneamente. En el caso que nos interesa, la relación entre la política y la ley resulta crucial. En las sociedades democráticas, la legislación es producto del acoplamiento del sistema político y el legal (Luhmann, 1992), de manera que ha coevolucionado a la par de ambos sistemas, y estos, a su vez, lo han hecho de tal forma que casi cualquier problema social puede convertirse en objeto de comunicación política o de exigencias de reformas legales (Sand, 2017).

La diferenciación funcional y la política democrática tienen el efecto de que la igualdad y la desigualdad se transformen respecto a las que producían sociedades en las que dominaban otras formas de diferenciación, porque las funciones son desiguales (cada sistema cumple una específica), pero el acceso de los individuos debe ser igual: los sistemas funcionales no excluyen *a priori* a grupos o personas (como sí sucede en otras formas de diferenciación), pero su inclusión es siempre parcial, no se les incluye *como* grupos o personas, sino en términos de la función de cada uno de los sistemas (como ciudadanos, participantes en la economía, pacientes, etcétera).

La diferenciación y la inclusión/exclusión en términos estrictos de la función es la forma como los sistemas abordan la complejidad del mundo y lo que permite su operatividad, ya que dichos sistemas solamente lo observan mediante la distinción (un código binario) relacionada con su función. El código del STE lo constituye la distinción salud/enfermedad. Más allá de esta, dicho sistema no puede operar sobre lo que sucede: ni sobre el hecho de que hay enfermos que no tienen acceso a la atención, ni sobre quién se hace cargo del costo de los tratamientos. Sobre estos problemas se pretende intervenir a través de regulaciones jurídicas, políticas públicas, seguros médicos, etc. Este ejemplo ilustra tanto la autonomía de los sistemas como su interdependencia, ya que, si bien solamente uno de ellos funciona con el código salud/enfermedad, para que la atención se materialice se requieren prestaciones de otros sistemas, como el económico, el político y el legal.

Los sistemas funcionales conservan su estructura enlazando recursivamente sus operaciones específicas, y así es como mantienen su diferencia frente a otros sistemas. A este respecto, el STE presenta un funcionamiento muy particular, pues lo que lo asegura es el enlace de operaciones que distinguen a las enfermedades. El lado positivo del código, el que permite la conectividad de las operaciones, lo constituyen las enfermedades, que no son deseables ni para los individuos ni para la sociedad (Luhmann, 2015, p. 78). Por el contrario, el derecho a la salud es incontrovertible y, para los Estados nacionales, se convierte en un imperativo ofrecer acceso a la atención.² Por eso la cobertura universal en salud constituye una expectativa que moviliza a gobiernos nacionales, instituciones internacionales y a ciudadanos organizados.

Inclusión/exclusión y derechos

A pesar de que en las sociedades modernas la inclusión de las personas en las prestaciones de los sistemas es, en principio, universal —como resulta evidente—, los fenómenos de inclusión/exclusión a los que da lugar la diferenciación funcional presentan enormes variaciones regionales que dependen de una multitud de condiciones. Sin embargo, destaca que en contextos muy diversos “una sociedad dife-

² “El fin de la salud se ha vuelto a tal grado indiscutible desde el punto de vista político que no se pueden escatimar gastos, sino de modo indirecto y sin darlo a notar” (Luhmann, 2015, p. 79).

renciada por funciones es capaz de generar y tolerar desigualdades extremas en la distribución de los productos públicos y privados” (Luhmann, 1994, p. 24).

Puesto que la inclusión en un sistema no determina la integración en otros, se produce lo que Luhmann denomina *un aflojamiento de la integración en el área de la inclusión*, mientras que, por el lado de la exclusión, sucede exactamente lo contrario, se produce una *integración fuerte*, es decir, una integración negativa, “porque las exclusiones en muchas ocasiones tienen un efecto dominó: alguien que no ha sido educado corre el riesgo del desempleo, ingreso insuficiente, malas condiciones de vivienda, relaciones inestables, domicilios inestables [...] y eventualmente no tener la oportunidad de apelar a servicios sociales, la exclusión de un individuo del sistema x o y generalmente revela mucho sobre su posibilidad de exclusión de otros sistemas de función” (Braeckman, 2006, p. 76).

En el marco de la TGSS, la función de los derechos es, precisamente, garantizar el acceso de las personas a los diferentes sistemas de función. Si históricamente emergieron para proteger tanto a las personas como a los otros sistemas de los excesos en el ejercicio del poder en los que puede incurrir el sistema político, “el lento pero acumulativo desarrollo de diferentes tipos de derechos se explica por el carácter gradual, evolutivo, de los procesos de autonomización de las diferentes esferas sociales” (Verschraegen, 2013, p. 69). Los derechos constituyen la expresión jurídica de la inclusión universal en las prestaciones de los diferentes sistemas, así como una fuente de legitimación política. A este respecto, la construcción del entramado legal e institucional internacional, así como el surgimiento del estado de bienestar en la segunda posguerra constituyen puntos decisivos. En este sentido dice Luhmann: “Si se puede hablar de una lógica del estado de bienestar es bajo el principio de la compensación de las desventajas que recaen sobre cada cual como consecuencia de un determinado sistema de vida [...] el concepto de compensación tiende a universalizarse, ya que según se formulen los problemas todas las diferencias pueden ser compensadas” (1997a, p. 32).

Así pues, la evolución de los Estados bienestaristas ha conducido al reconocimiento de un cada vez mayor número de diferencias que pretenden compensarse con el reconocimiento de derechos, independientemente de si, en los hechos, se cumplen o no. En México, por ejemplo, durante el sexenio 2018-2024, una diversidad de programas sociales se elevó a rango constitucional (Programas para el Bienestar, 2024).

Si bien los sistemas funcionan bajo el principio de la inclusión universal, son otra clase de sistemas sociales —las organizaciones— los que establecen las normas que posibilitan la materialización de dicha inclusión; normas sobre quién puede formar parte de ellas (por ejemplo, sobre los requisitos que se deben cumplir para ser contratado en un hospital), así como las que permiten a las personas acceder a las prestaciones que se ofrecen.

Cuando se inició la construcción del sistema de salud pública en México, se estableció como principio de inclusión la situación laboral de las personas, de manera que, hasta el día de hoy, si no se cuenta con un trabajo formal, el acceso a las prestaciones sociales y a los servicios de salud ofrecidos por el Estado son muy precarios, a pesar de que desde 1983 se reconoce el derecho universal a la salud. Esto ilustra cómo se materializa la integración fuerte de dos exclusiones.

La TGSS permite observar cómo, en la modernidad, la lógica de la diferenciación y la de la inclusión/exclusión están estrechamente relacionadas; la primera ha evolucionado al reconocimiento legal de la inclusión universal y a la ampliación constante de derechos, aunque las exclusiones fácticas son cada día más acusadas.

Sistemas de protesta

La pretensión moderna de conducir el cambio social ha mostrado sus límites. La complejidad de las causas de los fenómenos, las consecuencias no previstas de las decisiones adoptadas, el abandono del supuesto de que un mayor conocimiento conduciría a un mayor control (de la sociedad misma y de la naturaleza), son realidades que las sociedades contemporáneas enfrentan cotidianamente.

El sistema político pretende conducir los cambios y afrontar los riesgos producto de esta complejidad, sin embargo, el ejemplo ilustra, en palabras de Luhmann, los límites de la conducción (1997b). Esto no significa que se abandone dicha pretensión, porque “es difícil, casi imposible, abandonar la noción de conducción y permitir que el futuro venga como venga” (Luhmann, 1997b, p. 41). Así pues, los sistemas procuran reducir la diferencia entre la realidad y las situaciones deseadas mediante la toma de decisiones vinculantes, reformas legislativas, investigación biomédica, etcétera.

Por otro lado, las personas y grupos afectados por las consecuencias no buscadas que resultan de la falta de respuesta de los sistemas de función y por las decisiones consideradas negativas tomadas por las organizaciones, dieron lugar a la aparición de diversos movimientos sociales a los que Luhmann considera una clase particular de sistemas: los sistemas de protesta. A pesar de que esta clase de sistemas no estaba originalmente considerada en la TGSS, su inclusión constituyó la respuesta del autor a la proliferación de las protestas en la década de 1980 (Kusche, 2016)

La protesta implica una forma específica de comunicación, tematiza los problemas y agravios que resultan de la diferenciación funcional y la toma de decisiones, “en particular, la forma en que los sistemas constriñen las oportunidades de vida de los individuos” (Kusche, 2016, p. 401). En ese sentido, la distinción que guía la protesta es la que se produce entre los tomadores de decisiones y quienes son afectados por ellas (Kusche, 2016). Su carácter es, ante todo, “reactivo” y “parasitario”, ya que responden a los efectos perjudiciales que producen las organizaciones asociadas a un sistema funcional (Estrada Saavedra, 2015, p. 216).

El carácter reactivo de los sistemas de protesta muestra su imposibilidad de generar códigos alternativos o de transformar los modos de comunicación de los sistemas contra los que se protesta (Estrada Saavedra, 2015). En la comunicación de protesta asociada a la salud mental no es posible encontrar un código alternativo a la distinción enfermo/no enfermo. No obstante, dichos sistemas cumplen con un papel inmunológico fundamental, que consiste en visibilizar los riesgos, los peligros y las repercusiones negativas que conllevan las decisiones que se toman en las organizaciones asociadas a los sistemas funcionales de la sociedad, y que estos ignoran o están incapacitados para atender (Estrada Saavedra, 2015). Los sistemas de protesta asociados a la salud mental han cumplido la función de comunicar las repercusiones negativas de la psiquiatría hegemónica y su forma particular de inclusión, que ha producido la violación de derechos de las personas, la exclusión de otros sistemas, la estigmatización, etcétera.

Otra forma de incidencia a la que, a decir de Luhmann, aspiran los sistemas de protesta se relaciona con las políticas públicas. Todo sistema de protesta busca tener una repercusión más allá de su entorno inmediato y generar transformaciones en el terreno político y legislativo, transformaciones que reflejen el campo de reflexión y visibilidad sobre aquellas cuestiones que otorgan la razón de ser a protestas y demandas. Esta dimensión se relaciona con las reformas psiquiátricas producidas en diferentes momentos y contextos, y que constituyen cambios normativo-legislativos empujados desde dicho sistema, el cual plantea transformaciones en un ámbito del STE mediante múltiples reclamos dirigidos a este saber experto, al sistema jurídico y al sistema político.

Derechos y salud mental

Luhmann afirma que el nacimiento de los manicomios en el siglo XIX en Europa supuso un proceso que se alinea con la diferenciación funcional, porque, por primera vez, “la conducta desviada ya no [fue] motivo de exclusión, sino de un trato especial con el objetivo de la inclusión”. (Luhmann cit. en Novella, 2010, p. 123).

A este respecto nos interesa destacar cómo la interpretación que permite la TGSS difiere de la que hacen otros teóricos que se han ocupado de la psiquiatrización, como Foucault y Goffman. Para estos autores, los hospitales psiquiátricos *excluyen* a las personas de la sociedad. Luhmann afirma que se les *incluye* en las organizaciones de un sistema de función.³

³ Esto no significa que la TGSS sea más “verdadera” que otras opciones teóricas. Lo que permite es un punto de observación distinto que es más adecuado para los objetivos que planteamos: relacionar los procesos de largo aliento de diferenciación e inclusión/exclusión con la aparición de los sistemas de protesta, y hacer una lectura de la reforma de 2022 a la luz de estas herramientas teóricas.

La inclusión en el STE difiere de la que se llevaba a cabo en los hospicios, que fue el modelo asilar que precedió a los manicomios, puesto que no se trató solo de aglutinar y “asistir” en un espacio determinado a personas consideradas indeseables o peligrosas por la moral de una época, como mendigos, prostitutas o locos, sino que, por primera vez, se individualizó la locura, se le reconoció como enfermedad y, por tanto, se incluyó en el STE. En palabras de Peter Conrad, se produjo una transformación paradigmática de las condiciones mentales que transitaron *from badness to sickness* (Conrad & Schneider, 1992).

Si bien la aparición de los manicomios constituyó la forma como el STE respondió al problema del abordaje de las enfermedades de la mente, la inclusión de las personas no fue parcial (como lo es en el caso de otros sistemas), sino que constituyó una hiperinclusión (Novella, 2010), ya que fue una inclusión que recluye a las personas (muchas veces por tiempo indefinido), lo que dio lugar tanto a la violación de sus derechos, como a que estas personas no sean incluidas en otros sistemas.

Con el tiempo, el modelo manicomial se transformó debido a varios factores, entre los que se destacan los distintos paradigmas que transfiguraron la psiquiatría. Entre estos se pueden incluir, como los más relevantes: el tratamiento moral de Pinel (finales del siglo XVIII y principios del XIX), el cual inaugura la psiquiatría moderna al concebir la locura como una enfermedad que puede ser tratada mediante la observación clínica sistemática; la nosología organicista de Kraepelin (finales del siglo XIX), que pretendió llevar a cabo una clasificación exhaustiva de las enfermedades mentales una vez que fueron comprendidas como entidades clínicas objetivas, y que es la que domina todavía hoy en la práctica psiquiátrica hegemónica; y, más recientemente, la teoría del desequilibrio bioquímico, que emerge a partir del descubrimiento de los psicofármacos (segunda mitad del siglo XX) como una forma de explicar su valor terapéutico por el efecto que tendrían en supuestas alteraciones en los neurotransmisores del cerebro. Esta teoría refuerza la certeza kraepeliana de que las enfermedades mentales tienen un origen orgánico, lo cual ha derivado en que actualmente la práctica psiquiátrica hegemónica se defina en gran medida por una mezcla de una concepción etiológica y la intervención farmacológica (Moncrieff, 2013; Bentall, 2011; Whitaker, 2015).

Debe mencionarse también que hay otros paradigmas que intentaron ampliar o interpelar la forma de otorgarle sentido a los padecimientos mentales, como la psiquiatría comunitaria o el psicoanálisis (mediados del siglo XX). La primera concibe los trastornos mentales como problemas relacionales y sociales, por lo que cuestiona la eficacia terapéutica de la reclusión, y el segundo introduce un dispositivo de escucha e interpretación que pone en el centro la experiencia y la palabra de las personas (Bentall, 2011).

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, aparecieron nuevas semánticas sociales relacionadas en gran medida con preocupaciones humanitarias que posibilitaron,

durante la década de 1950, las primeras reformas psiquiátricas en países como Francia o Reino Unido, que ya tenían como uno de sus ejes fundamentales los procesos de desinstitucionalización. A estas semánticas deben sumarse otros factores que permitieron la posterior tendencia global a reformar la psiquiatría, como la consolidación de la psicofarmacología como forma primordial del tratamiento; los intereses de los distintos profesionales asociados a organizaciones vinculadas a la salud mental, como psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales con posturas críticas frente a la psiquiatría hegemónica; la intervención política de gobiernos asociados a modelos bienestaristas, que vieron en las reformas psiquiátricas la oportunidad de responder a demandas por el respeto de los derechos de las personas afectadas; la posibilidad de reducir los gastos asociados a los hospitales psiquiátricos a través de la implementación de modelos comunitarios, cuyo coste es menor al modelo psiquiátrico-asilar; los intereses y expectativas de los usuarios, así como la aparición de movimientos de protesta relacionados con la salud mental (Novella, 2010).

Las reformas psiquiátricas: de la hiperinclusión manicomial a la inclusión garantista

Los movimientos de protesta asociados a la salud mental han sido diversos y han involucrado sobre todo a dos tipos de actores. Los primeros son profesionales de la salud mental, como psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, que han dirigido críticas a la psiquiatría hegemónica y han propuesto otro tipo de prácticas y la comprensión de las enfermedades mentales. A este respecto, el movimiento teórico y de protesta más significativo sigue siendo la antipsiquiatría, que surgió en la primera mitad de la década de 1970, y que fue encabezado por teóricos como Franco Basaglia, David Cooper, Thomas Szasz y Ronald Laing. Entre los postulados generales del movimiento se encuentran: la crítica a la hiperinclusión involuntaria y a la medicamentación de las condiciones; un esfuerzo por construir una inteligibilidad de la enfermedad mental que incorpora una perspectiva sociohistórica e interpela el paradigma organicista, y una crítica de los diagnósticos psiquiátricos, en la medida en que la mayoría de las veces producen estigmas que las personas diagnosticadas cargan por el resto de su vidas (Vázquez, 2011; Cea-Madrid & Castillo-Parada, 2016).

La otra clase de actores relacionados con los movimientos de protesta en salud mental son los denominados “expertos por experiencia”, es decir, personas psiquiatrizadas cuya experiencia les ha permitido testimoniar las violaciones de sus derechos cometidas en instituciones psiquiátricas y el estigma con el que cargan al contar con un diagnóstico psiquiátrico o por manifestar conductas que contradicen las expectativas normalizadas (Erro, 2021). Estos actores forman parte de lo que se conoce como *activismo en primera persona*, que emergió durante la primera mitad de la década de 1970 en el norte global y retoma críticas de la antipsiquiatría, pero pone en el centro las experiencias en primera persona.

Los profesionales de diversas disciplinas que apoyan los sistemas de protesta asociados a la salud mental se constituyen en expertos internos que “desarrollan propuestas políticas, jurídicas o técnicas razonablemente viables orientadas a solucionar, con formas y medios distintos a los predominantes los problemas contra los que protesta” (Estrada Saavedra, 2015, p. 217). En el caso de los expertos por experiencia, su involucramiento se inscribe claramente en la respuesta de personas afectadas por las decisiones tomadas en las organizaciones del STE relacionadas con las condiciones que padecen.

Las reformas psiquiátricas que se han producido en los últimos años alrededor del mundo han estado íntimamente ligadas con dichos movimientos de protesta. En el caso de reformas psiquiátricas paradigmáticas como la italiana, la española o la brasileña, se nota con toda nitidez esto último. En referencia a la reforma italiana, destaca el movimiento antiinstitucional encabezado por Franco Basaglia. Uno de los principales antecedentes de la reforma brasileña fue el movimiento de trabajadores en salud mental de los años setenta que incluyó tanto a los propios trabajadores, como a usuarios de instituciones. Por su parte, la reforma española fue en gran medida impulsada por la movilización de psiquiatras disidentes de la psiquiatría hegemónica (Desviat, 1994; Dimenstein, 2013).

Las evidencias de cómo estos movimientos de protesta lograron irritar a las organizaciones del STE en cada uno de estos casos son diversas, así que solo destacaremos las más importantes. En el caso de la reforma italiana, las ideas de Basaglia y el movimiento antiinstitucional italiano se reflejaron en la promulgación, en 1978, de la Ley 180, también conocida como “Ley Basaglia” (Desviat, 1994). Algunos puntos clave fueron: 1) el cierre de los hospitales psiquiátricos y la promoción de centros de atención comunitaria; 2) el traslado de los servicios psiquiátricos a hospitales generales, y 3) la promoción de los derechos de las personas psiquiatrizadas para intentar garantizar así su libertad y autonomía (Desviat, 1994).

Los procesos más importantes que se intentó poner en marcha con la reforma psiquiátrica española se relacionaron con la intención de romper la acentuada marginación que conllevaba la asistencia a las personas con padecimientos psíquicos, fruto de la separación que tenía la atención en salud mental del resto de los servicios médicos (Desviat, 2014).

Los logros más evidentes de la reforma psiquiátrica brasileña se asocian al cierre de una cantidad importante de hospitales psiquiátricos y a la disminución del gasto relacionado con internaciones psiquiátricas, lo que dio lugar a la configuración de una red importante de servicios en salud mental extrahospitalarios de corte comunitario (Agrest *et al.*, 2018).

Un aspecto clave para comprender la relación entre los movimientos de protesta y las reformas psiquiátricas se relaciona con la preeminencia de un discurso ga-

rantista que fundamenta la tendencia sanitario-política de las reformas generadas en diversos países, incluido México. Los planteamientos que guían las reformas se basan, en una medida importante, en encuentros, convenciones y acuerdos internacionales cuyo propósito es garantizar el respeto de los derechos de las personas psiquiatrizadas.

Estos planteamientos, surgidos en su mayoría en el norte global y ligados a una inercia garantista alrededor del mundo, han sabido cómo anclarse a contextos particulares en la medida en que son capaces de producir sentido respecto a las decisiones que toma el STE como parte de un proceso de diferenciación moderno. Dicho proceso, aunque no ocurrió de manera sincrónica y uniforme alrededor del mundo, ha resultado evidente en países como México (Cadenas & Mascareño, 2020). Lo anterior explicaría esta posibilidad de importación garantista presente en reformas en salud mental como la que aquí abordamos, pero a su vez suscitaría un tipo de complejidad al considerar cómo enunciados garantistas globales pueden volverse aplicables y funcionales en contextos sanitarios específicos como el mexicano.

La institucionalización de la psiquiatría en México

El proceso de hiperinclusión manicomial implicó transitar del modelo asilar de los hospicios y su función asistencial —que todavía no formaba parte del STE— a otro encabezado por los manicomios psiquiátricos, cuya función fue doble: se encargaron de atender las enfermedades mentales y, al mismo tiempo, se contuvieron las conductas asociadas a la locura.

En el caso de México, el tránsito se inició a principios del siglo XX y estuvo asociado a la construcción, en la Ciudad de México, del manicomio La Castañeda, que se pretendía que fuera el lugar que brindaría un tratamiento moderno de la locura, pese a que en esa época el número de psiquiatras en el país fuera muy reducido y la psiquiatría como rama médica estuviera poco desarrollada (Ríos, 2008). Antes de La Castañeda, dos de las principales instituciones encargadas de resguardar y tratar a los locos con intervenciones espirituales eran el hospicio de San Hipólito (para hombres) y el del Divino Salvador (para mujeres), ambos ubicados en la Ciudad de México.

Durante la existencia de La Castañeda, que abarcó entre 1910 y 1968, el lugar albergó a alrededor de 60 000 personas, entre hombres, mujeres y niños. La población no la constituían solamente personas con padecimientos mentales, sino que incluyó a epilépticos, prostitutas, toxicómanos, “imbéciles”, infecciosos, homosexuales, indigentes, presos y una multiplicidad de personas indeseables para la moral de la época (Ríos, 2008). Se trató de una institución en la que no se aplicaba estrictamente la distinción salud/enfermedad.

Durante el tiempo en que funcionó, y en los años posteriores a su cierre, La Castañeda se volvió negativamente célebre cuando se conoció el trato inhumano, el abandono y el hacinamiento que sufrieron las personas internadas. Asimismo, se convirtió en un lugar paradigmático en relación con cómo gestionó el Estado la locura en México durante un tramo importante del siglo XX.

Entre 1960 y 1970, en México se experimentó el cierre de un ciclo y el comienzo de otro respecto a la manera en que fueron concebidas y tratadas las personas con padecimientos mentales. En este periodo, el Estado construyó una red de 11 hospitales psiquiátricos a lo largo del país con el objetivo de sustituir a La Castañeda y trasladar a las personas internadas a los nuevos hospitales (Sacristán, 2005).

La etapa posterior al cierre de La Castañeda marcó el ascenso de la psiquiatría contemporánea en México y la hegemonía del paradigma psiquiátrico-organicista-farmacológico-hospitalario que prevalece hasta nuestros días. Esta hegemonía ha impedido la reestructuración de la atención de la salud mental de acuerdo con las recomendaciones internacionales y las experiencias de otros países (Ruíz-Velasco, 2007). Esto a pesar de que México se ha adherido a diversos tratados y declaraciones internacionales que han planteado cambios importantes en este ámbito, como la Declaración de Caracas o la Convención para las Personas con Discapacidad.⁴

Lo anterior acarreó aislamiento y retraso respecto a las críticas y transformaciones que se estaban gestando en otros países en relación con la psiquiatría biomédica, sus representantes profesionales y sus modos de concebir y tratar lo mental. Esto implicó que, al menos entre 1965 y 1995, se produjeran pocas reformas en el campo de la salud mental, y que las que se concretaron se caracterizaran por su irrelevancia. Además, hubo una marcada resistencia por parte de los psiquiatras respecto a la posibilidad de realizar cambios institucionales (Ortiz Tepale *et al.*, 2020).

En esta etapa posmanicomial se suscitó, en concordancia con la prevalencia de los tratamientos hospitalocéntricos,⁵ la construcción de grandes unidades hospitalarias-asilares en la zona suburbana de la Ciudad de México. Entre ellas se encuen-

⁴ La Declaración de Caracas planteó la necesidad de crear intervenciones terapéuticas y un sistema en salud mental acorde con los derechos humanos y jurídicos de los usuarios, así como superar el hospital psiquiátrico y en su lugar crear modos de atención comunitaria (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 1990). La Convención se elaboró en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, fue aprobada el 13 de diciembre de 2006 y entró en vigor el 3 de mayo de 2008. Se trata de un documento jurídico con carácter vinculante que “obliga a los Estados que lo ratifiquen a adoptar y desarrollar políticas de no discriminación y medidas de acción en favor de los derechos de las personas con discapacidad específicamente, así como a adoptar sus ordenamientos jurídicos para que puedan hacer valer sus derechos” (Fernández, 2010, p. 11). México firmó la Convención y ratificó su protocolo facultativo el 30 de marzo de 2007.

⁵ La diferencia entre un aislamiento manicomial y uno hospitalario radica fundamentalmente en aquello que los justifica. Mientras que los manicomios partían de una terapéutica moral basada en el encierro y centrada en la contención de la enfermedad mental, el hospital psiquiátrico se conduce bajo la lógica del tratamiento médico y la recuperación de las personas (Castrillón-Valderrutén, 2020).

tra el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, que además fungía como centro de enseñanza e investigación. También destaca la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1980, que a partir del año 2000 se denominó Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. La construcción de estas unidades hospitalarias ratificó la tendencia profundamente institucionalizada y asilar que define el campo de la salud mental en México desde el cierre de La Castañeda hasta la actualidad.⁶

Al modelo centrado en la inclusión institucional debe sumarse que la mayor parte de los hospitales psiquiátricos se encuentra en grandes ciudades, lo que hace que los servicios de salud mental públicos sean inaccesibles para la mayoría de la población debido a los costos y complicaciones que acarrea acudir a ellos, sobre todo para las personas que no cuentan con recursos suficientes, lo que resulta en exclusión económica y médica.⁷

En lo que respecta al ámbito organizacional del campo de la salud mental en México, históricamente se ha definido por una marcada fragmentación que ha obstaculizado la puesta en marcha de acciones sanitarias y normativas concurrentes. Aunque desde el inicio el eje rector y normativo ha sido la Secretaría de Salud federal, hasta 2022 había cuatro unidades administrativas y tres subunidades relacionadas con este ámbito (Documenta, 2020).⁸

Una dimensión que también resulta importante para atender el derecho a la atención a la salud mental que ofrece el Estado en México es el presupuesto. Al respecto, cabe señalar que los recursos destinados a este rubro se caracterizan por su estrechez. Entre 2016 y 2024 el presupuesto representó entre 1.3 y 1.6% del gasto total de salud, muy por debajo del 5% recomendado por la OMS para los países de ingresos

⁶ Otros datos que confirman la predominancia de este modelo de institucionalización asilar en México son: 1) en 2011 había 33 hospitales psiquiátricos públicos. En 2018, la cifra no solo no disminuyó, sino que aumentó 18% (OMS cit. en Documenta, 2020). 2) Según información del Estado mexicano y la OMS, hasta 2017 67% de las personas internadas en los hospitales psiquiátricos fueron ingresadas de manera involuntaria. Incluso en el Hospital Fray Bernardino Álvarez esta cifra se eleva hasta 90% (Documenta, 2020). 3) En 2013 había 5.75 hospitales psiquiátricos por cada centro comunitario; y por cada 100 000 habitantes, 0.5 centros de atención ambulatoria, ningún centro de atención diurna y 0.007 de centros comunitarios (Documenta, 2020).

⁷ El 77% de las camas de psiquiatría están ubicadas en ciudades grandes y lugares cercanos a estas. Por otro lado, 42.09% de los especialistas en psiquiatría están en la Ciudad de México, 11.22% en Jalisco y 7.03% en Nuevo León, de tal modo que 6 de cada 10 especialistas están disponibles en los tres grandes centros urbanos del país (Documenta, 2020).

⁸ Entre estas unidades y subunidades están: 1) la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic), que se encargó de promover acciones relacionadas con la prevención y tratamiento de las adicciones; 2) la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), que estuvo a cargo de la Consama (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones), cuya función fue dictar el contenido de las políticas públicas referidas a la salud mental; 3) la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, de la cual dependieron los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y los principales hospitales psiquiátricos y centros de atención comunitaria de la Ciudad de México; 4) los Centros de Integración Juvenil (CIJ), enfocados en prevenir y brindar atención psicológica para tratar problemas relacionados con adicciones en jóvenes.

medios. De este 1.3 o 1.6%, el 80% se orienta a la manutención de los hospitales psiquiátricos (Senyacen, 2024).

La desinstitucionalización psiquiátrica en el marco de la dinámica inclusión/exclusión

El breve recorrido por el proceso de institucionalización de la psiquiatría en México da una idea clara del predominio del modelo psiquiátrico-asilar que busca contrarrestar la reforma de 2022. La manera como se plantea llevar a cabo es a través de tres ejes: 1) con la desaparición paulatina de los hospitales psiquiátricos, que pasarán a convertirse en hospitales generales (artículo 74); 2) con la implementación de servicios en salud mental en el primer nivel de atención (artículo 73); y 3) con la transición hacia un modelo comunitario de atención (artículo 73). ¿Qué implican estos tres ejes en términos de la dinámica inclusión/exclusión que esbozamos? ¿Cómo trastocarían estos cambios la forma en que las personas con padecimientos mentales son reconocidas por el STE?

Una primera consideración que no está de más enfatizar es que las reformas psiquiátricas representan legislaciones que buscan transformar, ampliar e, incluso, contrarrestar los modos de inteligibilidad y tratamiento que reciben en las instituciones psiquiátricas las personas diagnosticadas con padecimientos mentales. En otras palabras, estas reformas intentan transformar las decisiones a partir de las cuales las organizaciones de salud mental incluyen a las personas, ya que lo que se produce, en el caso de la hiperinclusión psiquiátrica, es una clase muy particular de inclusión que genera exclusiones en otras organizaciones u otros sistemas, y no, como suele suceder en la lógica funcional, una exclusión que genera más exclusiones.

Aunque ha transcurrido más de un siglo desde la conformación de aquellos espacios que definieron la hiperinclusión manicomial, primero en Europa y luego en el resto del mundo, numerosos hospitales psiquiátricos contemporáneos conservan resabios evidentes de la *inclusión excluyente* que los caracterizó. La prueba es que se siguen promulgando reformas en salud mental como la mexicana, en la que uno de los focos fundamentales es la desinstitucionalización. En el caso específico de México, el predominio del modelo psiquiátrico asilar ha tenido como consecuencia no solo la exclusión de otros sistemas, sino la violación de derechos de los usuarios a través de múltiples prácticas, como las contenciones mecánicas, los internamientos y tratamientos forzados, y el maltrato y abandono generalizado que se suele vivir en muchas de las instituciones psiquiátricas del país (Documenta, 2020).

Tanto la conversión de los hospitales psiquiátricos en hospitales generales, el traslado de servicios en salud mental a la atención primaria, así como el tránsito hacia lo que se denomina un modelo comunitario de atención son congruentes con el ob-

jetivo de transformar la práctica hiperinclusiva que aún hoy define a los hospitales psiquiátricos en México.

En lo que respecta al traslado de los servicios a la atención primaria, lo que se busca es que en este nivel de atención se defina el diagnóstico y el posterior tratamiento de las personas, con la intención de evitar, en la medida de lo posible, un internamiento resultado de la agudización del padecimiento.

En lo que atañe al modelo comunitario de atención, se plantea la sustitución del modelo asilar por otro que no implique aislamiento y que se sitúe en un espacio cercano al entorno de los pacientes, bajo una de las lógicas que define a este modelo, a saber: llevar la atención a las personas y no que ellas tengan que trasladarse para recibir atención, con la posibilidad de que sean recluidas y extraídas de su comunidad. Dicho modelo también involucra la promoción de los derechos y una educación en salud mental que combata el estigma relacionado con los diagnósticos psiquiátricos (Rosa-Dávila & Mercado-Sierra, 2020).

Esta propuesta tiene especial relevancia en un país como México, donde los hospitales psiquiátricos se ubican en los centros urbanos más importantes, y donde el estigma y el rechazo que suelen padecer las personas psiquiatrizadas es frecuente. Sin embargo, consideramos que, desde la propuesta analítica desarrollada, el modelo comunitario involucra muchos otros aspectos que conviene analizar detalladamente, más aún si se considera que el tránsito hacia dicho modelo resulta ser parte complementaria e imprescindible del proceso de desinstitucionalización de toda reforma psiquiátrica, incluida la mexicana.

La reforma en salud mental de 2022

A la reforma en salud mental de 2022 en México le antecedieron dos propuestas, una presentada en 2017 por la legisladora Leticia Amparano, y otra en 2020 encabezada por la legisladora Geovanna Bañuelos. Pese a que ambas contenían planteamientos basados en documentos garantistas asociados a la salud mental, mantenían una perspectiva tutelar y patologizante de los usuarios de las instituciones y de las personas con diagnósticos psiquiátricos (D'Artigues, 2020). Esto condujo a que fueran rechazadas por activistas y organizaciones centradas en los derechos de personas psiquiatrizadas.

Otro antecedente lo constituyó el modelo en salud mental Miguel Hidalgo, propuesto por Virginia Gonzalez Torres, quien fuera funcionaria en salud mental de 2000 a 2018. Este modelo fue puesto en marcha, primero en Hidalgo y después en el resto del país, en el año 2000, y se planteó la creación de centros de atención basados en un modelo comunitario. Sin embargo, fracasó porque replicaba muchas de las prácticas asociadas al modelo hospitalario-asilar, como la intervención funda-

mentalmente tutelar y el abandono de personas con padecimiento mentales (Documenta, 2024).

En 2017 se creó el colectivo #SaludMentalConDerechos, que se abocó a visibilizar las prácticas perjudiciales en el campo de salud mental en el país. Este colectivo incluyó, entre las organizaciones más importantes, a Documenta, asociación civil mexicana enfocada en los derechos humanos; Disability Rights International (DRI) y a Human Rights Watch, lo que muestra la relación de los expertos internos mexicanos con asociaciones internacionales. A estas organizaciones se sumaron activistas en salud mental que han experimentado procesos de psiquiatrización.

La intervención de #SaludMentalConDerechos logró detener, en buena medida, la propuesta de decreto 2019 de la legisladora Bañuelos. El rechazo se debió a que “consideraron que fue hecha con recomendaciones de derechos humanos de hace 14 años, además de permitir los internamientos y contener expresiones como ‘deficientes’ o ‘enfermos mentales’” (Animal Político, 2020). En respuesta a este rechazo, la senadora retiró su propuesta, y a través de un video compartido en sus redes sociales, el presidente de la Junta de Coordinación Política del Senado, Ricardo Monreal, informó que el dictamen fue retirado de la orden del día del periodo extraordinario (que se celebraría el miércoles 29 de julio de 2020), “para que pueda ser enriquecido en parlamento abierto” (Animal Político, 2020).

El parlamento abierto organizado por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados se llevó a cabo el 9 de noviembre de 2020. Consistió en cuatro mesas en las que funcionarios públicos, especialistas en salud, activistas y miembros de asociaciones civiles discutieron planteamientos y recomendaciones recientes en materia de derechos humanos asociados a salud mental. Posteriormente, #SaludMentalConDerechos elaboró la propuesta que se retomaría para la reforma en salud mental que, después del parlamento abierto y el cabildeo con legisladores y funcionarios ligados a este campo fue aprobada en 2022.

Víctor Lizama (comunicación personal, 4 de febrero de 2025), activista profundamente implicado en la reforma, narra la importancia que tuvo la creación del colectivo:

Desde mi experiencia, te diría que esta reforma comenzó con la coincidencia, primeramente, de varias organizaciones de la sociedad civil que ya tenían considerado llevar a cabo procesos de incidencia para que en nuestro país la legislación, las políticas públicas, las prácticas en los servicios de salud mental, respetaran los derechos de las personas usuarias. Yo comencé a involucrarme en el proceso en 2017, cuando me incorporo a colaborar en "Documenta", una de las organizaciones que ya tenía en su agenda llevar a cabo este proceso de incidencia y, cuando llego, las organizaciones que ya estaban involucradas eran, sobre todo, Disability Rights International, Human Rights

Watch, algunas organizaciones que trabajan en el tema de política de drogas, y creo que fue fundamental que, a partir de 2017, poco a poco, en este espacio de diálogo, de discusión sobre temas de salud mental desde la sociedad civil, comenzáramos a estar involucradas personas con discapacidad psicosocial.

Los puntos clave tanto de la reforma que propuso el colectivo como de la que fue aprobada fueron: la desaparición de los hospitales psiquiátricos y la transición a un modelo de atención comunitario, la prohibición de las internaciones y medicaciones involuntarias, y el respeto de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial.

Cabe apuntar que esta reforma obtuvo reconocimiento internacional como una de las más avanzadas en la materia, ya que establece cuestiones ausentes en otras reformas de este ámbito, como la prohibición de las internaciones involuntarias, planteamientos garantistas relacionados con el consentimiento libre e informado, así como con poner al alcance de las personas con discapacidad psicosocial los apoyos necesarios para la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento (Guzmán Martínez, 2024).

Pese a que cuatro años después de su formulación la reforma aún no transita al terreno de su implementación, consideramos que su aprobación abrió un espectro analítico para entender cómo un movimiento de protesta en salud mental puede irritar a un sistema funcional. Esto se ve con toda nitidez en el rechazo de dos propuestas que, a la luz de la perspectiva activista, no cumplían cabalmente con las exigencias garantistas propias del campo contemporáneo de la salud mental.

La creación de #SaludMentalConDerechos, el rechazo que protagonizó a la reforma de la legisladora Bañuelos y la propuesta legislativa que elaboró, ratifican que este sistema de protesta no se limitó a desempeñar un papel reactivo, sino que trascendió al campo de las políticas públicas. En el marco de esta irritación sistémica, tienen especial relevancia los expertos por experiencia que se identifican como personas con discapacidad psicosocial. A este respecto Lizama (comunicación personal, 4 de febrero de 2025) afirma:

Desde el primer momento lo dijimos muy claramente: no íbamos a permitir una reforma que mantuviera sesgos discriminatorios hacia nosotras/nosotros. Y en muchas ocasiones eso nos llevó a las personas con discapacidad psicosocial a tener fricciones con otras organizaciones del colectivo, a no dejar que de pronto nos quisieran imponer o sugerir una línea discursiva; una línea quizás más dialogante, más moderada [...] Y finalmente nuestra posición fue respetada y está contenida en la reforma, eso es como la parte dura de la reforma.

De los resabios de la hiperinclusión asilar a la inclusión comunitaria

Aunque la reforma de 2022 no contiene una definición de cómo se concibe el modelo comunitario de atención, hay publicaciones en medios de divulgación oficiales ligados a la Conasama⁹ que proporcionan una idea clara de lo que, en términos prácticos, implicaría este nuevo modelo. En particular nos centramos en lo que se establece en el primer número de la revista *El Cambio* (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2023), una publicación de la propia Comisión en la que se comunican las políticas y acciones que emprende, además de divulgar información relacionada con la salud mental.

Según lo establecido en esta publicación, el cambio hacia un paradigma comunitario implicaría varias cuestiones, de las cuales consideramos que dos son las más relevantes. La primera se relaciona con trasladar parte de los servicios en salud mental a la atención primaria, de modo que sea posible atender problemas de salud mental de bajo riesgo. La segunda se refiere a la implementación de un enfoque comunitario que buscaría no aislar a las personas de sus comunidades, mediante la construcción de centros comunitarios donde, además de ofrecer atención para padecimientos mentales menores, se promueva la salud mental a través de esquemas orientadores y preventivos.

En cuanto a la inclusión de servicios de salud mental en la atención primaria, la lógica que subyace se relaciona con considerar las afecciones mentales como a cualquier otro tipo de afección biológica, cuya gravedad se valora a nivel primario y, a partir de ello, se decide si amerita pasar a nivel secundario o incluso terciario de atención. Antes afirmamos cómo, históricamente, las enfermedades mentales han tendido a ser tratadas en un nivel terciario. Con la atención en el primer nivel se busca otorgar a dichas afecciones el mismo estatuto que a cualquier otra enfermedad, lo que implicaría una reformulación inclusivista que, al menos en principio, aleja los padecimientos mentales de la hiperinclusión y los traslada al terreno de una inclusión convencional dentro del STE. Esto no borra la posibilidad de un internamiento pese a la eventual eliminación de los hospitales psiquiátricos, aunque solo ocurriría en casos de enfermedades mentales graves que, a juicio del personal médico, lo requieran.

Lo anterior no obedece solo a una lógica comunitaria que busca acabar con el modelo asilar, sino que —según señalan los funcionarios del Conasama—, en este objetivo también está presente una lógica pragmática y epidemiológica que parte de

⁹ Se trata de órgano estatal de reciente creación que surge en 2023, un año después de la publicación de la reforma en salud mental de 2022. Su fundación obedece a la intención de contrarrestar la marcada fragmentación institucional que caracterizaba el campo de la salud mental en México hasta 2022, a partir de fusionar tres instancias rectoras en la materia: el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STConsame), los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) y la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic).

la consideración de que la mayoría de las afecciones en salud mental se relacionan con padecimientos que pueden ser controlados mediante psicofármacos o a través de intervenciones terapéuticas que implican costos menores que las internaciones.

El segundo punto, relacionado con la implementación del modelo comunitario, se vincula con la hiperinclusión del modelo asilar, ya que el primero pretende terminar con el aislamiento psiquiátrico al llevar la atención mental a la comunidad. Sin embargo, al no definirse lo que se entiende por *comunidad*, inferimos que lo comunitario se refiere únicamente al entorno cercano de las personas afectadas. En este sentido, la pregunta es si la mera desaparición de la hiperinclusión asilar bastaría para generar inclusión en otros ámbitos “comunitarios”, como la familia o el trabajo, cuando se sabe que muchas veces son los familiares de las personas con afecciones mentales quienes deciden abandonarlos en las instituciones psiquiátricas.

Una dimensión acerca de la que es necesario reflexionar, relacionada con el “retorno a la comunidad”, y especialmente presente en los planteamientos del Conasama y en varios de los artículos de la reforma, es si dicho retorno no implica delegar la responsabilidad respecto a las personas con padecimientos mentales en la “comunidad” y, por ende, restarle responsabilidad al Estado, pues este modelo converge con una tendencia que se ha observado en los últimos años en México relacionada con la disminución de los gastos en salud (Villaseñor Rodríguez, 2022; Senyacen, 2024). Esto conllevaría, paradójicamente, una exclusión velada del STE al trasladar la responsabilidad de la atención a las personas y su entorno inmediato.

Conclusiones

En el desarrollo histórico del STE la psiquiatría ha ocupado un lugar singular. No solo porque el estatuto científico de sus saberes y la eficacia de sus prácticas se han cuestionado desde sus inicios, sino porque es la única disciplina médica que ha generado sistemas de protesta.

Este trabajo muestra la pertinencia de llevar a cabo una lectura desde la TGSS, tanto sobre la medicalización de las enfermedades mentales —su incorporación al STE— como sobre las reacciones negativas que la particular forma de inclusión en las organizaciones psiquiátricas ha dado lugar.

Lo que esta teoría permite visibilizar es tanto la relación entre la diferenciación funcional respecto a los procesos de inclusión/exclusión, como la emergencia de sistemas que reaccionan a las consecuencias adversas de estos fenómenos, sistemas sin los que no es posible comprender una multitud de cambios sociales —de muy diversa escala— experimentados por las sociedades contemporáneas.

Aunque los movimientos de protesta relacionados con la psiquiatría han sido muy variados, en las últimas décadas se han producido movilizaciones en diversos con-

textos encaminadas a modificar las tradicionales formas de inclusión de las personas en las instituciones de este ámbito de la salud, debido a la recurrencia de violaciones de los derechos de quienes padecen alguna afección. Estas movilizaciones han tenido una fuerte incidencia en las reformas legislativas que se han producido en diversos países. En el caso de la reforma de 2022 en México, fue la intervención de los sistemas de protesta la que explica el tránsito de dos propuestas violatorias de derechos humanos a la aprobación de una reforma garantista.

La reforma deja muchas preguntas abiertas sobre las formas de inclusión que implicaría la atención comunitaria que propone, pues no solo no especifica qué se entiende por ello, sino que aún cuatro años después de su publicación no se han dado pasos hacia su implementación. Esta realidad no es ajena a lo que sucede en diversas áreas de interés político-legislativo en México: se firman acuerdos internacionales, se aprueban avanzadas reformas en diversos ámbitos, pero en los hechos las exclusiones de grandes sectores de la población de muchas de las prestaciones de los sistemas funcionales se mantienen inalteradas, y los sistemas de protesta se dirigen precisamente a abordar estas realidades.

Las exclusiones no impiden que se mantenga la lógica de la universalización del reconocimiento de derechos cada vez más diversos, de la movilización de sistemas de protesta y de cambios legales, porque —como afirma Luhmann—, aunque las expectativas que estos últimos establecen se decepcionen constantemente, las normas se mantienen, y el cada vez más amplio listado de derechos reconocidos y no cumplidos —dice el autor— constituye un problema autogenerado por los Estados bienestaristas (Luhmann, 1997a). Es este un diagnóstico que nos parece muy atinado para comprender tanto la aparición de sistemas de protesta relacionados con la salud mental y las diversas reformas psiquiátricas, como el que las instituciones y prácticas concernientes a este ámbito de la salud en México continúen sin modificarse.

Referencias

- Agrest, Martín; Mascayano, Franco; Teodoro, Renata; Molina-Bulla, Carlos, & Ardila-Gómez, Sara (2018). Leyes de salud mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat*, XXIX, 334-345.
- Animal Político (2020). Senadora Bañuelos retira iniciativa de salud mental tras críticas de colectivos. <https://animalpolitico.com/2020/07/retiran-iniciativa-salud-mental-senado-criticas>
- Bentall, Richard (2011). *Medicalizar la mente: ¿sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder.

- Braeckman, Antoon (2006). Niklas Luhmann's Systems Theoretical Redescription of the Inclusión/Exclusión Debate. *Philosophy and Social Criticism*, 32(1), 65-88. <https://doi.org/10.1177/0191453706059846>
- Cadenas, Hugo, & Mascareño, Aldo (2020). *Lineamientos para una sociología evolutiva de la diferenciación funcional en América Latina*. *Sociología & Antropología*, 10(1), 75-98. <https://doi.org/10.1590/2238-38752019v10i2>
- Castrillón-Valderrutén, María (2020). Entre asilos y hospitales psiquiátricos. Una reflexión historiográfica sobre el programa institucional de atención a la locura en Colombia. *Sociedad y economía*, 40, 143-162.
- Cea-Madrid, Juan, & Castillo-Parada, Tatiana (2016). Materiales para una historia de la antipsiquiatría. Balance y perspectivas. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 8, 169-192.
- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (2023). *El cambio*, 1, julio-diciembre.
- Conrad, Peter, & Schneider, Joseph W. (1992). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- D'Artigues, Katia (2020, 5 de noviembre). Seis razones para no aprobar una reforma a la Ley General de Salud sobre salud mental. *Animal Político*,
- Desviat, Manuel (2014). Clínica, reforma psiquiátrica y salud colectiva. *Tramas*, 42, 13-24.
- Desviat, Manuel (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor.
- Dimenstein, Magda (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *Revista CS*, 11, 43-72.
- Documenta (2024). *Las repercusiones del modelo Miguel Hidalgo en el personal de enfermería*. Ciudad de México: Documenta.
- Documenta (2020). *¿Por razón necesaria? Violaciones a los derechos humanos en los servicios de atención a la salud mental en México*. Ciudad de México: Documenta.
- Erro, Javier (2021). *Pájaros en la cabeza. Activismo en salud mental desde España y Chile*. Barcelona: Virus.
- Estrada Saavedra, Marco (2015). *Sistemas de protesta. Esbozo de un modelo no accionalista para el estudio de los movimientos sociales*. T. 1. México: El Colegio de México.

- Fernández, María Teresa (2010). La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *DFensor, Revista de derechos humanos*, 11, 10-17.
- Guzmán Martínez, Grecia (2024). El derecho a decidir en torno a los cuidados y apoyos en la legislación mexicana: un análisis sociojurídico desde la perspectiva del movimiento loco y disca. *UBP. Revista Derecho y Salud*, 8(9), 183-198. [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2024\)12](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2024)12)
- Kusche, Isabel (2016). Social Movements and Sociological Systems Theory. En Jochem Roose, & Hella Dietz (eds.), *Social Theory and Social Movements* (pp. 75-91). Londres: Springer.
- Luhmann, Niklas (2015). Observaciones del sistema de la medicina. En Zamorano, Raúl, Corsi Giancarlo, & Salgado Rogelio (eds.), *Comunicaciones y cuerpo en la teoría de los sistemas sociales* (pp. 71-123). Ciudad de México: UNAM-La Biblioteca.
- Luhmann, Niklas. (1997b). Limits of Steering. *Theory, Culture & Society*. 14(1), 41-57.
- Luhmann, Niklas (1997a). *Teoría política en el Estado de Bienestar*. Madrid: Alianza Universidad.
- Luhmann, Niklas (1994). Inclusión-exclusión. *Acta Sociológica*, 12, 11-40.
- Luhmann, Niklas (1992). Operational Closure and Structural Coupling: The Differentiation of the Legal System. *Cardozo Law Review*, 13(5), 119-144.
- Moncrieff, Joanna (2013). *Hablando claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder.
- Novella, Enric (2010). Mental Health Care and the Politics of Inclusion: A Social Systems Account of Psychiatric Deinstitutionalization. *Theor Med Bioeth*, 31(6), 411-427. <https://www.doi.org/10.1007/s11017-010-9155-8>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (1990). Declaración de Caracas, 14 de noviembre. https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- Ortiz, Armando; Rojas, Elizabeth, & Fermat, María (2020). El campo de la salud mental: reformas paradigmáticas, medicalización y comunidad. *Revista Salud Problema*, 13 (26), 109-131.
- Programas para el Bienestar (2024). *Estas son las reformas constitucionales sociales que fortalecerán los Programas para el Bienestar*. 29 de agosto. <https://programasparaelbienestar.gob.mx/estas-son-las-reformas-constitucionales-sociales-que-fortaleceran-los-programas-para-el-bienestar/>

- Ríos, Andrés (2008). Locura y encierro psiquiátrico en México: el caso del manicomio La Castañeda, 1910. *Antípoda*, 6, 73-90.
- Rosa-Dávila, Emarely, & Mercado-Sierra, Marta (2020). Salud mental comunitaria. Una explicación del modelo. *Voces desde el Trabajo Social*, 8(1), 270-289.
- Ruíz-Velasco, María (2007). Psicosis, subjetividad y respuestas institucionales. (Tesis doctoral.) México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco.
- Sacristán, Cristina (2005). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. *Frenia*, V(1), 9-33.
- Sand, Inger-Johanne (2017). The Interaction of Society, Politics and Law: The legal and Communicative Theories of Habermas, Luhmann and Teubner. En Christopher Thornhill (ed.), *Luhmann and Law* (pp. 45-75). Londres: Routledge.
- Secretaría de Salud (2022). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud en materia de Salud Mental y Adicciones. *Diario Oficial de la Federación*, 16 de mayo de 2022.
- Senyacen, Judith (2024). *Salud mental: presupuesto y política nacional*. México: Centro de Investigación Económica y Presupuestaria.
- Urquiza, Anahí; Billi, Marco & Leal, Tomas (2017). Aplicar una distinción. Un programa sistémico-constructivista para la investigación social cuantitativa. *MAD*, 37, 21-53. <https://doi.org/10.5354/0719-0527.2017.47269>
- Vásquez, Adolfo (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón psiquiátrica. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 31(3).
- Verschraegen, Gert (2013). Differentiation and Inclusion: A Neglected Sociological Approach to Fundamental Rights. En Rask, Mikael, & Verschraegen, Gert (eds.), *Making Human Rights Intelligible. Towards a Sociology of Human Rights* (pp. 61-81). Reino Unido: Hart.
- Villaseñor Rodríguez, Fernando (2022). La reforma sobre salud mental: ¿progresismo o responsabilidad del Estado? *Revista de Investigaciones Jurídicas*, 46, 595-631.
- Whitaker, Robert (2015). *Anatomía de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid: Capitán Swing.

Acerca de los autores

Adriana Murguía Lores es profesora titular del Centro de Estudios Sociológicos, Facultad de Ciencias Políticas, UNAM. Es doctora en Filosofía de la Ciencia por

la Universidad Nacional Autónoma de México. Sus líneas de investigación son los estudios sociales y filosóficos de la medicina, y la epistemología social. Sus publicaciones más recientes son:

1. Murguía, Adriana (2025). Los avatares de la inclusión. Las políticas de salud y los mecanismos sociales de la exclusión. En Jorge Cadena-Roa, & Miguel López (coords.), *Las ciencias sociales y los retos para la democracia mexicana. Vol. III, Ciencias sociales de la salud* (pp. 121-139). Ciudad de México: Consejo Mexicano de Ciencias Sociales.
2. Murguía, Adriana, & Gómez, Iván (2023). Evidencia que cuenta. Injusticias epistémicas en la agenda de la salud mental global. *Signos Filosóficos*, XXV (50), 88-119.

Héctor Zapata Aburto es investigador posdoctoral del Centro de Estudios Sociológicos, Facultad de Ciencias Políticas, UNAM. Es doctor en Ciencias Sociales con especialidad en Psicología Social de Grupos e Instituciones por parte de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Sus líneas de investigación son los procesos de subjetivación contemporáneos, activismo en salud mental y construcciones identitarias en fenómenos sociales contemporáneos. Sus publicaciones más recientes son:

1. Zapata, Héctor (2025). Locos de otro cosmos: experiencia, agencia y subjetividad en activistas en primera persona en México. *Inter Disciplina*, 13(37), 195-219.
2. Zapata, Héctor (2025). Identidades locas en México: lógicas y esquemas de enunciación desde el activismo en primera persona. En Jorge Cadena-Roa, & Miguel López (coords.), *Las ciencias sociales y los retos para la democracia mexicana, Vol. III, Ciencias sociales de la salud* (pp. 55-81). Ciudad de México: Consejo Mexicano de Ciencias Sociales.