

Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Las políticas públicas de salud mental en México: una revisión crítica de la literatura (1910- 2024)

Public mental health policies in Mexico: a critical review of the literature (1910-2024)

Artículo de Revisión DOI: 10.19136/hs.a26n1.6233

Eréndira Marín Mendoza [1]
Rosario Valdez Santiago [2]
María Elena Medina Mora [3]
Maricela Piña Pozas [4]

Correspondencia: Rosario Valdez Santiago. Dirección postal: Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, Col. Sta María Ahuacatitlán. C.P 62100. Cuernavaca, Morelos. México.
Correo electrónico: rosario.valdez@insp.mx

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Doctora en Salud Publica. Profesora Facultad de Psicología. Escuela de Estudios Superiores de Yautepec, Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Cuernavaca, Morelos, México.*
[2] *Doctora en Salud Publica. Profesora/investigadora del Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.*
[3] *Doctora en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.*
[4] *Doctora en bibliotecología Centro de Información para Decisiones en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública. Ciudad de México. México*

Eréndira Marín Mendoza
Rosario Valdez Santiago
María Elena Medina Mora
Maricela Piña Pozas



Resumen

Objetivo: Describir la evolución de las principales políticas en salud mental en México desde el porfiriato hasta la actualidad y, analizar su concordancia con los estándares internacionales actuales.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión de alcance utilizando búsquedas en PubMed, Biblioteca Virtual en Salud, Medigraphic y Repositorio UNAM, mediante las palabras clave: políticas públicas, salud mental y México, se consideraron documentos en inglés y español que se enfocaron al contexto mexicano, que abordarán información sobre diseño, implementación y/o evaluación de políticas públicas a nivel nacional desde el porfiriato a la actualidad. Fue incluida literatura gris.

Resultados: Los documentos fueron agrupados para su análisis en cuatro bloques identificados de la política nacional en salud mental: a) Atención psiquiátrica asistencial; b) La reincorporación social y el movimiento antipsiquiátrico, c) Período neoliberal; d) La reforma del sistema de salud en México (2018-2024).

Conclusiones: La atención en salud mental se ha centrado en el ámbito especializado, asumiendo como su principal campo de acción a la enfermedad, respondiendo a la demanda de quienes enferman. La atención psiquiátrica ha prevalecido como eje rector de la política pública.

Palabras Claves: Servicios de salud mental; Políticas públicas; México.

Abstract

Objective: To describe the evolution of the main mental health policies and analise their agreement with international standards according to scientific production in published articles and official documents in Mexico.

Materials and Methods: A scoping review was conducted, searching in PubMEd, Virtual Health Library, Medigraphic and UNAM Repository, using the keywords: *políticas públicas, salud mental* and *Mexico*. Documents in English and Spanish that focused on the Mexican context were considered, and whose content addressed information on the design, implementation and/or evaluation of public policies at the national level from the Porfiriato to the present. Grey literature was included.

Results: The documents were grouped into four identified blocks of national mental health policy to be analised: a) Welfare psychiatric care; b) Social reintegration and the antipsychiatric movement; c) Neoliberal period; d) Health system reform in Mexico (2018-2024).

Conclusions: Mental health care has been focused on the specialized field, assuming the disease as its main field of action, responding to the demand of those who fall ill. Psychiatric care has prevailed as the guiding axis of public policy.

Keywords: Mental Health Services; Public policies; Mexico.

• Fecha de recibido: 23 de junio de 2026 • Fecha de aceptado: 31 de agosto de 2026
• Fecha de publicación:11 de noviembre de 2026

Licencia
CC-By-NC-ND

Horizonte sanitario
vol. 26, no. 1, enero - abril 2027
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

Introducción

La salud mental es un componente esencial de la salud y el bienestar, se ha reconocido que los problemas de salud mental contribuyen significativamente a la carga mundial de morbilidad de las enfermedades no transmisibles. A nivel global, las enfermedades no transmisibles representaron en 2019, el 63.82% del total de años de vida saludables perdidos (AVISA) de los cuales 11.49% correspondieron a los trastornos mentales, neurológicos, debidos al consumo de sustancias y suicidio (TMNS). Mientras que, en la región de las Américas, representan un 77.2% y 16.73% respectivamente[1].

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias continúan representando una proporción significativa de la carga de enfermedad a nivel global. Evaluaciones recientes del Global Burdeau of Disease 2023 indican que estos trastornos contribuyen aproximadamente al 13-15% de los años vividos con discapacidad a nivel mundial, con un incremento sostenido posterior a la pandemia por COVID-19[1,2].

Las políticas públicas son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas considerados prioritarios, involucran a una multiplicidad de actores, sectores o niveles de gobierno[3]. La Organización Mundial de la Salud (OMS), marca la directriz de política pública a nivel global. Dentro de los lineamientos que han incidido las políticas en salud mental, están la declaración de Alma-Ata en la que se insta a todos los gobiernos a formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud, la cual es reiterada en la Declaración de Astaná[4]. De igual manera, la declaración de Caracas sienta las bases para fortalecer el modelo de atención primaria, enfatizando el trabajo comunitario en salud mental en los países de la región de las Américas y erradicar el sistema manicomial, idea que es ratificada en los principios de Brasilia y el Consenso de Panamá[5].

A pesar de las recomendaciones de la OMS para incrementar la inversión en salud mental, elaborar o reforzar políticas y estrategias integrales acordes a las prioridades y contextos nacionales específicos[6]; en la región de las Américas sólo el 67% de los estados cuentan con una ley específica de salud mental y se asigna el 61% del gasto público en salud mental a los hospitales psiquiátricos, en comparación al 33% en los países de ingresos altos[7].

Asimismo, existe poca evidencia, tanto la región de las Américas como en México, sobre evaluación e incidencia de las políticas públicas en salud mental y esta se ha enfocado a la revisión de contenido y directrices planteadas en los documentos normativos. Por ejemplo, se ha identificado que las políticas hacen énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sin embargo, las acciones y metas se sustentan en el modelo biomédico[8,9,10]. También se ha visibilizado una brecha metodológica y de evidencia para la evaluación de las políticas en la región[11]. En el caso de México la evidencia se ha focalizado en la caracterización del sistema de salud mental[12], análisis de gobernanza[13,14] y análisis de programas[15].

Licencia CC-By-NC-ND

El objetivo de esta revisión es describir la evolución de las principales políticas en salud mental en México y su concordancia con los estándares internacionales según la producción científica publicada que permitan comprender lo procesos y transformaciones que han configurado el desarrollo de la política vigente en el país.

Materiales y Métodos

Se realizó una revisión de alcance (scoping review)[16] a partir de la pregunta ¿Cómo ha sido la evolución de las políticas públicas en salud mental en México desde el periodo del porfiriato hasta la actualidad? Esta revisión se desarrolló siguiendo la guía PIRSMA-ScR16 y las recomendaciones metodológicas del Joanna Briggs Institute (JBI)[17] a para revisiones de alcance, así como los principios de transparencia y trazabilidad del Open Science Framework (OSF)[18]. Se utilizaron como palabras clave *políticas públicas, salud mental y México*, a partir de las cuales se identificaron los descriptores mediante el vocabulario controlado MeSH, el cual se empleó para estructurar las estrategias de búsqueda en las bases de datos de PubMed y la Biblioteca Virtual de Salud. En contraste para las plataformas locales –Medigraphic y el Repositorio UNAM– se utilizaron términos genéricos, debido a que estos recursos no permiten la construcción de búsquedas avanzadas (Tabla 1).

Tabla 1. Estrategia de búsquedas

Bases de datos	Términos de búsqueda
Medline/PubMed	*Términos Mesh* (((“Mental Hygiene” OR “Hygiene, Mental” OR “Mental Health”) AND (“Health Policies” OR “Policy, Health” OR “Healthcare Policy”) AND (Mexico)))
Biblioteca Virtual de Salud	*Términos Mesh* (Health Policies) OR (Policy, Health) OR (Healthcare Policy) AND (Mental Hygiene) OR (Hygiene, Mental) AND (Mexico)
Medigraphic	+”salud mental”+”Políticas públicas”+México
Repositorio UNAM	Salud Mental

Fuente: Elaboración propia.

Para la extracción y síntesis de la información se definieron categorías analíticas derivadas del objetivo del estudio y del tipo de documentos incluidos. Las categorías incluidas fueron: 1) periodo histórico de la política pública; 2) modelo de atención; 3) actores institucionales y normativos; 4) tipo de documento y evidencia; 5) componentes de política pública analizados (diseño, implementación, evaluación y gobernanza). Estas categorías guiaron la organización de la información y la síntesis narrativa.

Licencia CC-By-NC-ND

Los criterios de inclusión consideran documentos en inglés y español enfocados al contexto mexicano, que abordan información sobre diseño, implementación y/o evaluación de políticas públicas a nivel nacional desde el Porfiriato a la actualidad, también fue considerada la literatura gris relacionada con el tema. La fecha de referencia se determinó debido a que se considera la apertura del Manicomio General "La Castañeda" como la primera acción del Estado Mexicano en respuesta a la salud mental. Se excluyeron cartas al editor, documentos cuyo objetivo principal no estuviera relacionado con el análisis de políticas en salud mental, que analizan experiencias a nivel local, estatal, o que se enfocan al contexto de la pandemia por COVID-19.

La búsqueda de información se llevó a cabo siguiendo criterios previamente definidos y se extendió hasta el 31 de marzo de 2026. Para garantizar la exhaustividad y la validez de la información recopilada, se consultaron dos bases de datos especializadas en literatura científica, así como páginas de fuentes oficiales de organismos locales de referencia en salud mental. Esta estrategia permitió identificar, seleccionar y analizar de manera rigurosa estudios relevantes, garantizando que los resultados reflejen el estado más actualizado de la evidencia disponible, y fue desarrollada como se describe en el Tabla 2.

Tabla 2. Proceso de búsqueda de información incluida en la scoping review

1. Se realizó un primer ejercicio en las bases de datos de PubMed, utilizando términos MeSH, y combinando los descriptores.
2. Después se realizó la búsqueda en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) utilizando términos MeSH, sin embargo, no generó información sustancial. Al focalizar el análisis en la evolución de las políticas en salud mental en México, alguna información se encuentra publicada en revistas no indexadas en este buscador.
3. Se optó por complementar la información con un buscador local que pudiera identificar otras revistas que han abordado el tema de políticas públicas en salud mental en el contexto nacional; se realizó una siguiente búsqueda en el índice de revistas biomédicas Medigraphic.
4. Se realizó una cuarta búsqueda en el repositorio institucional de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con la finalidad de incluir literatura gris publicada en capítulos de libro.
5. Adicionalmente se consultaron las páginas oficiales de la Secretaría de Salud y del Diario Oficial de la Federación para incluir los programas específicos de salud mental a partir de 2001, y la Ley General de Salud.

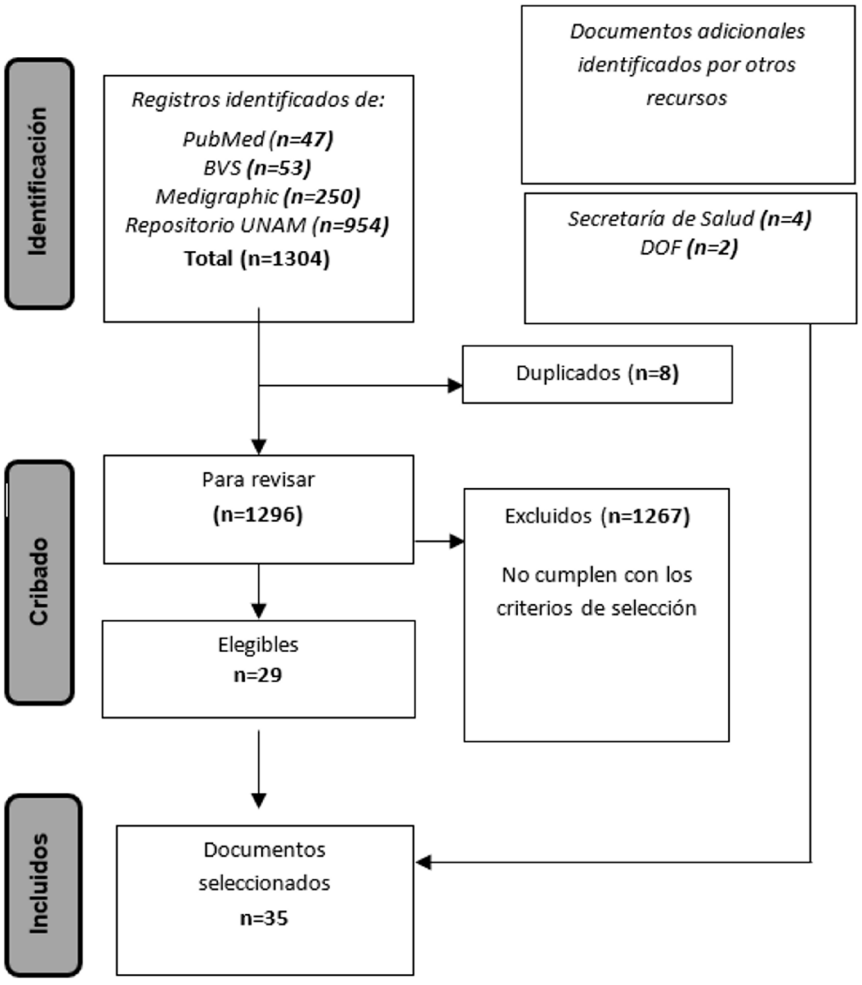
Fuente: Elaboración propia.

Licencia
CC-By-NC-ND

El proceso de identificación, cribado y selección siguió el diagrama PRISMA-ScR. Se identificaron 1304 registros; tras eliminar 8 duplicados, se revisaron 1296 títulos y resúmenes. Se excluyeron 1267 documentos por no cumplir con los criterios de inclusión. Se añadieron seis documentos oficiales provenientes de la Secretaría de Salud y del Diario Oficial de la Federación. En total, 35 documentos cumplieron con los criterios de elegibilidad para su análisis. El flujo completo se presenta en el diagrama PRISMA correspondiente (Figura 1).

Todo el proceso metodológico se documentó conforme a los principios de apertura y trazabilidad del OSF, asegurando la reproducibilidad del estudio mediante la explicación de estrategias de búsqueda, criterios de selección, categorías analíticas y procedimientos de extracción y síntesis.

Figura 1. Diagrama PRISMA de identificación de estudios sobre la evolución de las políticas públicas en salud mental en México



Fuente: Elaboración propia.

Licencia CC-By-NC-ND

Resultados

Se analizaron 35 documentos, 23 artículos, 6 capítulos de libro y 6 documentos oficiales, 34 publicados en idioma español (Tabla 3). Fueron agrupados en cuatro grandes períodos los cuales se establecieron a partir de hitos históricos e institucionales en el campo de la salud y la salud mental que permitieran identificar cambios sustantivos en su concepción, las políticas públicas y su incidencia en los modelos de atención; a) Atención psiquiátrica asistencial, se inicia en 1910 con el porfiriato dado que la Castañeda fue la primera acción de política pública del Estado para la atención a la salud mental; b) La reincorporación social y el movimiento antipsiquiátrico, este período se alinea al movimiento antipsiquiátrico Europeo entre las décadas de los 60´s y 70´s, en el caso de México este período estuvo marcado por la operación Castañeda y el intento de modernizar y desconcentrar a atención especializada. c) El período neoliberal considera las transformaciones estructurales y reformas impulsadas por el Estado ocurridas en el sistema de salud mexicano durante las décadas de los 80´s, 90´s, inicios de los dos mil, entre ellas la descentralización, la reorganización de las instituciones. d)Finalmente el período de la reforma actual del sistema de salud y reorientación de la política de salud mental (2018-2024), se estableció debido a los cambios planteados para la reorientación de salud mental hacia un enfoque de atención primaria, comunitario y basado en los derechos humanos principalmente enmarcados dentro de la reforma de la Ley General de Salud en materia de Salud Mental y Adicciones.

Tabla 3. Documentos incluidos sobre la evolución de las políticas públicas en salud mental en México

ID	Título	Autor	Período que abarca	Año	Tipo	Idioma
1	Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación	Velasco, M	Atención psiquiátrica asistencial	1964	Artículo	Español
2	El proyecto y la construcción del Manicomio General de la Castañeda	Ramos, MB & Viesca, C	Atención psiquiátrica asistencial	1998	Artículo	Español
3	Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930	Rivera-Garza, C	Atención psiquiátrica asistencial	2001	Artículo	Español
4	Una valoración sobre el fracaso del manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944	Sacristán, C	Atención psiquiátrica asistencial	2001	Artículo	Español
5	Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948	Sacristán, C	Atención psiquiátrica asistencial	2003	Artículo	Español
6	Por el bien de la economía nacional: trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932	Sacristán, C	Atención psiquiátrica asistencial	2005	Artículo	Español
7	Dictating the suitable way of life: mental hygiene for children and workers in socialist Mexico, 1934–1940	Rios, A	Atención psiquiátrica asistencial	2013	Artículo	Inglés
8	Operación Castañeda. Una historia de los actores que participaron en el cierre del manicomio general	Vicencio, D	Atención psiquiátrica asistencial	2017	Capítulo de libro	Español
9	Procesos de atención a menores de 20 años en La Castañeda: evolución del concepto de infancia en psiquiatría	Escotto, J., Ángeles, A., Domínguez, R. & Márquez, M	Atención psiquiátrica asistencial	2017	Artículo	Español
10	Las prácticas de la psiquiatría mexicana del siglo XX: del aislamiento social a la transformación de los locos en artistas y gimnastas, en la Castañeda	Vazquez & Coca SM	Atención psiquiátrica asistencial	2018	Artículo	Español

Continuará...

Licencia CC-By-NC-ND

11	Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1920-1940	Sacristán, C	Atención psiquiátrica asistencial	2018	Capítulo de libro	Español
12	La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI	Benassini, O	Atención psiquiátrica asistencial Movimiento antipsiquiátrico	2001	Artículo	Español
13	Ser o no ser modernos. La salud mental en manos del Estado mexicano, 1861-1968	Sacristán, C	Atención psiquiátrica asistencial Movimiento antipsiquiátrico	2010	Artículo	Español
14	La política de salud mental del estado mexicano en los años 60	Sacristán, C	Movimiento antipsiquiátrico	2010	Capítulo de libro	Español
15	La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética	Becerra, O	Atención psiquiátrica asistencial Movimiento antipsiquiátrico	2014	Artículo	Español
16	Hospital psiquiátrico San Juan de Dios 100 años después	Cocula, H	Atención psiquiátrica asistencial Movimiento antipsiquiátrico	2014	Artículo	Español
17	La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968	Sacristán, C	Atención psiquiátrica asistencial Movimiento antipsiquiátrico	2010	Artículo	Español
18	Salud mental y atención psiquiátrica en México	Souza, M & Cruz, D	Movimiento antipsiquiátrico	2010	Artículo	Español
19	México: una reforma psiquiátrica que no lo fue (1968-1990)	Hernández Lara O	Movimiento antipsiquiátrico	2017	Capítulo de libro	Español
20	Egreso de los pacientes del manicomio general de la Castañeda, (1929-1958) ¿un problema familiar?	Remartínez, MT	Movimiento antipsiquiátrico	2021	Artículo	Español
21	Acerca de la salud mental en México	De la Fuente, R	Periodo neoliberal	1982	Artículo	Español
22	¿Cuántos somos? ¿Dónde estamos? ¿Dónde debemos estar? El papel del psiquiatra en México. Análisis preliminar	Lara, M., Fouilloux, C., M., Arévalo & Santiago, Y	Periodo neoliberal	2011	Artículo	Español
23	Atención en la salud mental regionalización y reorientación en el marco de la descentralización de servicios de salud en México	Benassini, O.	Periodo neoliberal	1997	Artículo	Español
24	Programa de Acción Específico de Salud Mental 2001-2006	Secretaría de Salud	Periodo neoliberal	2001	Documento oficial	Español
25	Programa de Acción Específico de Salud Mental 2007-2012	Secretaría de Salud	Periodo neoliberal	2007	Documento oficial	Español
26	Programa de Acción Específico de Salud Mental 2013-2018	Secretaría de Salud	Periodo neoliberal	2013	Documento oficial	Español
27	Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención?	Berenzon, S *et al.*	Periodo neoliberal	2013	Artículo	Español
28	Pobreza y salud mental. La enfermedad mental, en México, tiene rostro de pobreza e inequidad.	Medina ME: Robles, R; Berenzon, S	Periodo neoliberal	2013	Capítulo de libro	Español
29	Cobertura universal de la atención de las enfermedades mentales	Madrigal, EA	Periodo neoliberal	2015	Capítulo de libro	Español
30	Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria	Madrigal, EA	Periodo neoliberal	2016	Artículo	Español

Continuará...

Licencia CC-By-NC-ND
Horizonte sanitario
vol. 26, no. 1, enero - abril 2027
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

31	Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave	Díaz-Castro, L	Periodo neoliberal	2017	Artículo	Español
32	La salud mental como derecho humano en Quintana Roo, México. Análisis desde la disciplina de la política pública	Barrera, MA	Periodo neoliberal	2021	Artículo	Español
33	Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024	Secretaría de Salud	Reforma actual	2021	Documento oficial	Español
34	Ley General de Salud [Última reforma]	Secretaría de Salud	Reforma actual	2023	Documento oficial	Español
35	Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones	Presidencia de la República	Reforma actual	2023	Documento oficial	Español

Fuente: Elaboración propia.

Atención psiquiátrica asistencial

Durante el porfiriato, 1876 a 1911, se mantuvieron instituciones de internamiento bajo la forma de asilos con un enfoque asistencialista. En la mayor parte de este período, sólo existieron cuatro hospitales para enfermos mentales ubicados en el valle de México. En 1883, la Secretaría de Fomento, Colonización, Industria y Comercio designa a un responsable para revisar los avances europeos más destacados en el campo de las enfermedades mentales. En Europa la efectividad del internamiento en manicomios era cuestionada, y si bien en el reporte generado se hacía referencia a esto, en México se siguió arriesgando por el internamiento[19]. Una segunda comisión fue la encargada de desarrollar el proyecto de un manicomio general en la capital[20,21].

Con estos precedentes se llega al primer gran hito en la atención a la salud mental, en septiembre de 1910 se apertura el manicomio "La Castañeda", construido con presupuesto de la Beneficencia Pública. Fue el primero de su tipo en América Latina, centrándose en el confinamiento de personas con diferentes afecciones relevantes para la época, entre ellas alcoholismo, drogadicción, prostitución, patologías venéreas y enfermedades mentales[22,23,24,25]. Es el primer referente en política pública ya que a partir de esta propuesta se materializa la tutela del estado en el cuidado médico de pacientes con padecimiento mentales[23,26].

A dos meses de su inauguración, inició la Revolución Mexicana y enfrentó dificultades financieras, a pesar de continuar funcionando durante este período se vio afectada su estructura física y la calidad de la atención[23]. Durante su funcionamiento la atención se dio con diferentes enfoques, inicialmente se consideró el trabajo como actividad primordial de quienes se encontraban recluidos, sin embargo, no con un enfoque terapéutico sino administrativo. Estas actividades eran exclusivamente para aquellos internos que no pagaban una cuota mensual[27,28].

En la década de 1930, se dio un nuevo enfoque de atención basado en terapia recreativa que surgió bajo dos coyunturas históricas, por un lado, el proceso de consolidación del Estado posrevolucionario donde el deporte permeó en todas las políticas nacionales con la idea de promover identidad nacional y por

otra parte la necesidad de la psiquiatría para consolidarse y además lograr reconocimiento como otras especialidades médicas[28,29,30]. En esta década los psiquiatras identificaron el agotamiento terapéutico del modelo masificador del manicomio. La Castañeda se encontraba rebasada, contaba en promedio con un psiquiatra por cada 300 pacientes y alojaba a 3 400 internos cuando su capacidad era de 1 300 camas. En 1945 se inauguró San Pedro del Monte, la primera granja del país ubicada en el estado de Guanajuato, con la idea de desahogar al manicomio[21,31].

Hacia 1947, se crea el Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene dependiente de la Dirección de Asistencia Médica encargada de normar los servicios de salud mental en el país. Para 1959 se crea la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia con la finalidad de coordinar los recursos disponibles. Una de las acciones de esta dirección fue ofertar programas preventivos y de primer nivel con un equipo conformado por un psiquiatra, un psicólogo y una trabajadora social, la idea de esta propuesta era vincular los servicios de salud mental con la comunidad, sin embargo, se concentró principalmente en la capital del país[32]. En este período se apostó por un enfoque manicomial que se vio rebasado rápidamente, aunque se trató de orientar un modelo de atención la psiquiatría en México era incipiente.

El movimiento antipsiquiátrico

A finales de los años sesenta surgió un movimiento a nivel internacional denominado antipsiquiatría que pretendió poner freno a la psiquiatrización de la vida cotidiana. En México, simultáneamente se identificó la necesidad de una reforma, buscando modernizar y desconcentrar la atención especializada, iniciando con la operación Castañeda, de acuerdo con el movimiento antipsiquiátrico propuesto en Europa que planteaba el desmantelamiento de las instituciones psiquiátricas[33]; el manicomio fue cerrado en 1968 y la personas fueron reubicadas[22,24,34,35].

Se realizó una inversión en infraestructura y surgieron los hospitales psiquiátricos Fray Bernardino Álvarez, Dr. Samuel Ramírez Moreno en 1967 y Dr. Juan N. Navarro en 1966, concentrados en la capital de país, mientras que se establecieron nuevos hospitales-granja en algunos estados[35]. Esta segunda etapa de hospitales granja se inauguró entre 1960 y 1964, bajo un nuevo enfoque de atención retomando la terapia ocupacional, además de incorporar la idea de comunidad terapéutica[19,31,36,37].

A pesar de la propuesta considerada innovadora, los vicios y deficiencias que se pretendían erradicar fueron trasladados a esta nueva propuesta de atención. Además, la descentralización no se logró por completo ya que aproximadamente 68% de las camas se concentraba en tres estados[31,36].

Durante la década de 1970, surge un enfoque de trabajo hacia la comunidad a través de diferentes formas de intervención: la hospitalización parcial que buscaba brindar los beneficios de la atención psiquiátrica sin alejar a las personas de su familia; los programas conductuales derivados de las teorías de aprendizaje social y la terapia Milieu; y el enfoque de psiquiatría comunitaria. Sólo esta última tuvo

Licencia CC-By-NC-ND
Horizonte sanitario
vol. 26, no. 1, enero - abril 2027
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

una mayor aceptación y presencia en los programas de salud mental, ya que se apegaba a las políticas públicas impulsadas en Latinoamérica que buscaban ampliar la cobertura y reducir costos enfocándose en acciones preventivas. Sin embargo, existió resistencia de la comunidad psiquiátrica tradicional y los requerimientos de recursos humanos y presupuestales eran insuficientes. Los padecimientos mentales se empezaron a reconocer como relevantes por el sector salud, y a medida que estos crecían los recursos financieros no lo hicieron[31].

Debido a la diversificación de los servicios especializados y a las diferencias que se fueron encontrando entre la psiquiatría, la rehabilitación y la salud mental, en 1971, la dirección existente se acota a Dirección General de Salud Mental. Se encargaba de concentrar recursos financieros para los hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud, administrándolos y normándolos[34].

De igual forma, continúa la idea de la reincorporación social de las personas con enfermedades mentales y en 1978 se establecieron los primeros servicios de psiquiatría en cinco hospitales de la Secretaría de Salud. En 1979 se fundó el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en sustitución del Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, hoy llamado Instituto Nacional de Psiquiatría[25]. Este período se centró primordialmente un buscar la manera de sustituir al manicomio La Castañeda, se realizó una gran inversión en infraestructura pero no se realizaron cambios sustanciales para cambiar los modelos de atención en salud mental.

Periodo Neoliberal

A principios de la década de los 80, México se encontraba en el periodo de las políticas de salud neoliberales, comenzó la primera etapa de descentralización de los servicios de salud en 1983 y 14 entidades del país fueron descentralizadas. En este marco, la salud mental también se vió afectada por dichas reformas, se crearon las Jefaturas de Servicios Coordinados en cada estado a cargo de todos los servicios dirigidos a población abierta. A partir de esta reorganización, la Dirección General de Salud Mental pierde recursos y facultades, convirtiéndose en la Dirección de Normas de Salud Mental, Asistencia Social y Rehabilitación con una función normativa. Las jefaturas estatales en coordinación con los hospitales locales generan lineamientos de operación, esquemas administrativos y recursos muy heterogéneos en los estados[33,34].

En 1984, se expide la Ley General de Salubridad dónde se incluyó un capítulo específico para abordar la salud mental. Además, derivado de la relevancia que adquirió el consumo de drogas y en consecuencia los problemas de salud y de seguridad pública relacionados a ello, se generó un programa nacional y se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) en 1986[33]. Durante los años 80, alineado con el cambio estructural se continúa con la descentralización y modernización administrativa. Derivado de las crisis financieras y la limitación de recursos hubo un impacto en la atención a la salud, se optó por restringir los servicios de salud mental a los servicios psiquiátricos para dar apoyo a otros programas que eran considerados prioritarios a nivel nacional[34].

Licencia
CC-By-NC-ND

En 1995, se reactiva la Dirección General de Salud Mental para lo cual se fusiona la Dirección de Normas de Salud Mental y el CONADIC. Esta dirección, genera la Norma Oficial Mexicana para la atención psiquiátrica hospitalaria. En 1996, se decide que el CONADIC vuelva a su funcionamiento independiente y en 1997 se crea la Coordinación de Salud Mental (CORSAME) cuya función era la formulación de programas, evaluación y supervisión de servicios de salud mental, de la coordinación de los tres hospitales psiquiátricos y de los tres centros comunitarios ubicados en la capital, así como del Centro Integral de Salud Mental. En el 2000 el CORSAME es reestructurado y se convierte en la Coordinación de Servicios de Salud Mental (SERSAME)[33,34] .

México tenía que responder a los compromisos internacionales que señalaban la prioridad de los padecimientos mentales debido a la carga de la enfermedad que estos representaban. Dentro del contexto mundial se da una nueva reestructuración en la política pública, que inició en 2001, y se genera el primer Programa de Acción Específico en Salud Mental, basado en dos ejes fundamentales, por una parte se formularon programas específicos dirigidos a padecimientos prioritarios y por otra parte el Modelo Hidalgo, cuyo objetivo fue promover la rehabilitación y reinserción de personas recluidas en hospitales estableciendo la creación de nuevas estructuras de atención enfatizando el respeto al derecho de la población usuaria[38,39].

Se consideraron tres áreas de atención que son la prevención, hospitalización y reinserción social, conformando una red de servicios más allá de los hospitales psiquiátricos, incluyendo Centros de Salud, Centros Comunitarios de Salud Mental y Centros Integrales de Salud Mental que realizarían acciones preventivas[39].

Con el propósito de impulsar la reforma psiquiátrica, en 2004, se instauró el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STConsame), órgano rector de la salud mental en el país, encargado de proponer la política y las estrategias a nivel nacional referentes a la atención, prevención, y rehabilitación de los trastornos mentales. Por lo que se crearon los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) que sustituyen a la Comisión de Servicios de Salud Mental (SERSAME), de los cuales dependen los hospitales psiquiátricos Fray Bernardino Álvarez, Samuel Ramírez Moreno y Juan N. Navarro y cuatro centros comunitarios de salud mental[40,41].

Esta nueva propuesta se establece en un contexto que no tenía las condiciones idóneas para concretarse a corto plazo, primero por la deficiencia presupuestal, segundo por la limitada cantidad de instituciones estatales prestadoras de servicios de atención psiquiátrica que podrían integrarse a la red y tercero, debido a la falta de legislación y políticas que orientarán su implementación[38].

En 2006, 25 estados firmaron la Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y además se inició inversión para la construcción de 33 Unidades Médicas Especializadas, Centros Integrales de Salud Mental (UNEME-CISAME) que serían las encargadas del modelo de prevención del Modelo Hidalgo[42]. En éste sexenio entró en funcionamiento el Seguro Popular, dirigido

Licencia CC-By-NC-ND

a población sin seguridad social y dentro de los servicios cubiertos se incluyeron algunos padecimientos y medicamentos relacionados con la salud mental[43].

En el siguiente sexenio, el Programa de Acción Especifico de Salud Mental 2007-2012, retoma los trastornos mentales más prevalentes basándose en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003), sin embargo, no establece programas específicos y pierde continuidad con los programas previos establecidos. Los objetivos se plantearon con la finalidad de consumar el modelo Hidalgo[38, 42]. En 2012, la inversión en infraestructura incrementó a 42 UNEME-CISAME para brindar atención ambulatoria distribuidas en el territorio nacional[44].

En ese periodo, se realizó la primera evaluación del sistema de atención en salud mental. Se identificó que el financiamiento en salud mental era limitado y la mayoría se asignaba a hospitales psiquiátricos. El acceso a servicios de salud mental continuaba limitado, entre otros aspectos, por la centralización de la atención en las grandes ciudades y los recursos humanos especializados eran insuficientes[45,46]. Además, se identificó que para poder reestructurar la atención de trastornos mentales hacia la atención primaria no existían suficientes psiquiatras, estaban concentrados en la capital del país y básicamente eran inexistentes en el primer nivel de atención[47].

En el Programa de Acción Específico de Salud Mental 2013-2018, se buscó dar continuidad a la implementación del Modelo Hidalgo. Sin embargo, se retoma la evaluación del sistema de salud mental hecha en el sexenio previo y se reconoce que la atención continúa focalizada en los hospitales psiquiátricos[44].

En este período se realizaron intentos fallidos de una reforma en salud mental de fondo, se caracterizó por el cambio de diversos modelos pasando del manicomio a las granjas y después a los hospitales psiquiátricos como protagonistas de la atención en salud mental, identificando reiteradamente la falta de financiamiento, además de una debil gobernanza y un desempeño deficiente en la prestación de servicios, debido a la falta de recurso humano en salud y su mala distribución entre otros problemas[13,48, 49].

Reforma actual del sistema de salud y reorientación de la política de salud mental (2018-2024)

La llegada de una nueva administración (2018-2024), implicó una reforma profunda del sistema de salud a la mexicana[50]; se eliminó de tajo el Seguro Popular y se impulsó en primer momento, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), reemplazado en 2023 por el IMSS-Bienestar, los tres enfocados a dar acceso a la atención a la salud, a la población no derechoabiente, que son la mayor parte de la población mexicana.

Simultáneamente, se han llevado a cabo acciones específicas en materia de la política en salud mental, en 2019, se propone la creación de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), la cual se oficializa hasta 2023. Esta consiste en la fusión los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y el Secretariado Técnico del Consejo

Licencia
CC-By-NC-ND

Nacional de Salud Mental (STConasama). El CONASAMA, como organismo público descentralizado de la Secretaría de Salud, que se encarga de promover la salud mental y prevenir las adicciones en el país, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y adicciones, así como de sus familias y la comunidad, funge como órgano rector, normativo y encargado de la política pública en salud mental[51].

El Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones (2020-2024), propone trabajar bajo un modelo comunitario con enfoque de atención primaria. Estableciendo programas prioritarios para prevención de adicciones y suicidio y se crea por primera vez un programa nacional para la prevención del suicidio. Como en todos los PAE previos, se identifica como una limitante el financiamiento, el cual se enfoca preponderantemente al funcionamiento de hospitales psiquiátricos, limitando otras acciones enfocadas a la promoción y prevención, no obstante, no se considera un incremento presupuestal[51].

En 2023 se hace una reestructura general del apartado de salud mental de la Ley General de Salud y se enfatiza el tema de derechos humanos, la atención primaria en salud y se establecen como temas prioritarios la salud mental y las adicciones dentro de las políticas de salud[52].

La reforma actual del sector salud en México ha tratado de priorizar un modelo comunitario que tiene como propósito proteger los derechos humanos y garantizar atención gratuita, universal y descentralizada en hospitales generales y clínicas, buscando ser accesible para todos.

Discusión

El primer hallazgo que resaltar es la baja producción científica encontrada, a pesar de utilizar tres motores de búsqueda, la cual demuestra el poco interés que ha ocupado la salud mental en nuestro país y, en consecuencia el desarrollo de políticas y programas de salud mental; esto nos obligó a incluir material gris que diera cuenta de los cambios en la política más recientes. La limitada producción de artículos científicos enfocados al estudio de la evolución de las políticas públicas en salud mental en México coincidente con los resultados de una revisión sistemática que analizó la implementación de políticas públicas en salud mental, que identificó que la investigación en esta área se encuentra subrepresentada en países de ingresos medios y bajos[53,11].

Si bien, en materia de desarrollo de políticas públicas en América Latina alrededor del 67% de los países cuentan con una ley independiente de Salud Mental, Argentina, Colombia y Uruguay fueron países pioneros, y existen casos de éxito como Brasil que fue más allá e implementaron reformas avanzadas desde los años ochenta, armonizando leyes específicas, por lo que ganó una posición única en la región[54]. Existe una brecha entre la formulación, implementación y evaluación de resultados de políticas públicas, además de que se ha evidenciado deficiencias en caso de realizar evaluaciones[8,9,10,11]. En el caso de México la poca producción científica se ha centrado principalmente en caracterizar el sistema

Licencia CC-By-NC-ND

de salud mental y la gobernanza[12,13,14]; se requieren estudios mas enfocados implementación de políticas, hay algunos estudios que han evaluado resultados de la implementación de acciones en salud mental en términos de efectividad, pero en contextos acotados[55, 56].

En segundo lugar, es evidente la falta de una rectoría de la Secretaría de Salud como actor clave responsable de la orientación de las políticas públicas en salud mental; y en algunos momentos históricos de franco olvido, lo cual tuvo un impacto negativo para el país en diversos aspectos: a)Falta de datos epidemiológicos de los principales problemas de salud mental que aquejan a la población; b)Rezago en el desarrollo de políticas y programas de salud mental que respondieron a las necesidades de salud mental de la población mexicana y, c) Falta de financiamiento y recursos humanos tanto para las prestación de servicios requerida como para el desarrollo investigación en salud mental que ha prevalecido en el país[57].

En México, recientemente, se realizó una reforma sustancial a la LGS en materia de salud mental, no obstante, falta mucho camino por recorrer para consolidar a la CONASAMA, sobre todo dotarla de recursos financieros y fortalecer la directriz nacional que marque la pauta para armonizar las leyes de salud mental generadas en los estados[58].

México, al igual que los países de ingresos medios y bajos, está en proceso de cubrir necesidades básicas relacionada con las brechas en el acceso y el bajo financiamiento para la salud mental, así como experiencia superficial en la implementación de políticas públicas integrales e intersectoriales. Además, la sistematización y evaluación de la calidad de la implementación de programas basados en un enfoque comunitario, continúa siendo escasa tanto en países de altos, medianos y bajos ingresos por lo que es importante generar evidencia al respecto[9, 11, 53].

Conclusiones

México ha ratificado diversos compromisos como parte de los países miembros de la OMS. Entre ellos los derivados de declaración de Alma-Ata y la Declaración de Caracas, que buscaban impulsar la atención primaria en salud en salud mental, para lograr tener una mejor cobertura de atención. Sin embargo, la prevención, cuando menos la primaria, no ha logrado traspasar el nivel del discurso y llegar a consolidarse como la directriz orientadora de las políticas públicas en salud mental en nuestro país[59].

En México, al igual que América Latina y el Caribe, la brecha de tratamiento de personas que padecen un trastorno y no reciben el tratamiento necesario, es muy alta. El 87,4 % de las personas con un trastorno mental leve, el 79,2% de las personas con trastornos moderados y el 76,2 % de las personas con trastornos mentales graves (por ejemplo, esquizofrenia o el trastorno bipolar), no reciben tratamiento[60].

Los períodos analizados visibilizan diferentes hitos históricos en los que México ha intentado reorientar su política en materia de salud, estos cambios constituyen un punto de inflexión normativo que han

Licencia
CC-By-NC-ND

planteado el tránsito de un modelo centrado en el aislamiento y la atención institucional hacia servicios integrados y comunitarios, sin embargo, la transición entre períodos no ha implicado una ruptura absoluta y existen rezagos que han permeado de manera reiterada, como la falta de financiamiento, sin lograr cambios sustanciales que permitan transitar a una reforma consolidada que incida en cambios para la prestación de servicios. Hasta el momento, del último período analizado en este artículo solo se puede analizar la reorientación normativa y no de manera programática consolidada. Se requiere generar investigación en este campo más allá del análisis normativo de las políticas públicas y transitar a un enfoque de evaluación de la implementación con indicadores direccionados a medir el impacto de las políticas en términos de protección financiera y de cobertura efectiva que permitan la reorientación de acciones basadas en evidencia[61,62].

Conflicto de interés

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionado con este estudio.

Consideraciones éticas

Este trabajo fue parte del proyecto doctoral de la primera autora y se sometió a la Comisión de Etica de la Escuela Salud Pública de Mésxico (ESP), con número CI: 1309

Uso de inteligencia artificial

Las autoras declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

Contribución de los autores

Conceptualización: E.M.M.; Curación de datos: E.M.M., M.P.P; Análisis formal: E.M.M.; Adquisición de Financiamiento: E.E.M.; Investigación: E.M.M., R.V.S., M.P.P.; Metodología: E.M.M.D., R.V.S., M.P.P.; Administración de Proyecto: E.M.M., R.V.S. Recursos: E.M.M., Software: E.M.M., M.P.P.; Supervisión: R.V.S.; Validación: M.E.M.; Visualización: M.M.M.; R.V.S., E.M.M., Redacción– Borrador original: E.M.M.; Redacción: E.M.M., R.V.S., M.P.P., revisión y edición: E.M.M., R.V.S., M.P.P.

Licencia CC-By-NC-ND
Horizonte sanitario vol. 26, no. 1, enero - abril 2027
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

Financiamiento

Este proyecto cuenta con financiamiento del Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías (CONAHCyT) ahora SECITHI, a través de las becas otorgadas a programas de posgrado reconocidos en el Programa Nacional de Programas de Calidad.

Referencias

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2023, Results [Internet]. Seattle (WA): IHME; 2024 [consultado el 20 de abril de 2026]. Disponible en: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

2. World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for all [Internet]. Geneva: WHO; 2022. [consultado el 20 de abril de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

3. Fernández Arroyo NF, Schejtman L. Planificación de políticas, programas y proyectos sociales [Internet]. 1a ed. Buenos Aires: Fundación CIPPEC; 2012. Disponible en: https://cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1419.pdf

4. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Astaná sobre Atención Primaria de Salud [Internet]. Astana: OMS; 2018. [consultado el 18 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf

5. Organización Panamericana de la Salud. Consenso de Panamá sobre salud mental [Internet]. Panamá: OMS, OPS; 2010. [consultado el 10 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.mpba.gov.ar/files/documents/CONSENSO-PANAMA-SM-2010-1.pdf

6. Organización Mundial de la Salud. 65a Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones anexos [Internet]. Ginebra: OMS; 2012. [consultado el 10 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-sp.pdf

7. World Health Organization. Mental health atlas 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2021. [consultado el 10 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946

8. Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. Rev Fac Nac Salud Pública. 2016;34(2):184-92. Doi: https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07

9. Leiva-Peña V, Rubí-González P, Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e158. Doi: https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158

10. Campodónico N. El impacto de las políticas públicas en salud mental en América Latina: una revisión sistemática. Perspect Metodol. 2020;20:e3085. Doi: https://doi.org/10.18294/pm.2020.3085

11. Aliev AA, Tomaskova H, Winkler P, Yon Y, Kagstrom A, Guerrero Z, Lazeri L, Reinap M, Redlich C, Tijerino Inestroza AM, Maurer J. Methods and tools to assess implementation of mental health policies and plans: a systematic review. Glob Ment Health (Camb). 2023;10:e12. Doi: https://doi.org/10.1017/gmh.2023.3

12. Berenzon Gorn S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza ME, Aparicio Basaurí V, Galván Reyes J. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde se dirige? Rev Panam Salud Publica. 2013;33(4):252-8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23698173/

13. Díaz-Castro L, Arredondo A, Pelcastre-Villafuerte BE, Hufty M. Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave. Gac Sanit. 2017;31(4):305-312. Doi: https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.001

14. Diaz-Castro L, Suarez-Herrera JC, Gonzalez-Ruiz OO, Orozco-Nunez E, Sanchez-Dominguez MS. Governance in mental healthcare policies during the COVID-19 pandemic in Mexico. Front Public Health. 2023;11:1017483. Doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1017483

15. Vargas Riaño EM, Becerril-Montekio V, Agudelo Botero M. Análisis de la coherencia interna del Programa de Salud Mental y Adicciones de México 2020-2024. Gac Sanit. 2023;37:102327. Doi: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102327.

16. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Me d. 2018;169(7):467–73. Doi: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850

17. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 ed. Supp. JBI; 2015.

18. Center for Open Science. Open Science Framework [Internet]. Charlottesville (VA): Center for Open Science; 2026 [citado 2026 Ago 23]. Disponible en: https://osf.io

19. Sacristán C. Ser o no ser modernos: la salud mental en manos del Estado mexicano, 1861-1968. Espaço Plural. 2010;XI (22):11–22. Disponible en: https://e-revista.unioeste.br/index.php/espacoplural/es/article/view/4830

Licencia CC-By-NC-ND

20. Ramos de Viesca MB, Viesca C. El proyecto y la construcción del Manicomio General de la Castañeda. Salud Ment. 1998;21(3):19-25. Disponible en: https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/705

21. Sacristán MC. Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944. Secuencia. 2001;(51):91-20. Doi: https://doi.org/10.18234/secuencia.v0i51.751

22. Becerra-Partida OF. La salud mental en México, una perspectiva, historica, jurídica y boética. Pers bioet. 2014; 18(2):238–53. Doi: http://dx.doi.org/10.5294/PEBI.2014.18.2.12

23. Rivera-Garza C. Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930. Secuencia Rev Hist y Ciencias Soc 2001;(51):57–89. Doi: https://doi.org /10.18234/secuencia.v0i51.750

24. Remartínez Martín MT. Egreso de los pacientes del Manicomio General de la Castañeda, (1929-1958) ¿un problema familiar? Asclepio. 2021;73(1): p348. Doi: https://doi.org/10.3989/asclepio.2021.14

25. Cocula-León H. Hospital psiquiátrico San Juan de Dios 100 años después. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014;52(3):346–51. Disponible en: https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/687

26. Escotto-Morett J, Ángeles-Llerenas A, Domínguez-Esponda R, Márquez-Caraveo ME. Procesos de atención a menores de 20 años en La Castañeda: evolución del concepto de infancia en psiquiatría. Salud Publica Mex. 2017;59(4):468–76. Doi: https://doi.org/10.21149/8520

27. Sacristán C. Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932. História, Ciências, Saúde - Manguinhos 2005;12(3):675–92. Doi: https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000300003

28. Molina AR. Dictating the suitable way of life: mental hygiene for children and workers in socialist Mexico, 1934-1940. J Hist Behav Sci. 2013;49(2):142-166. Doi: https://doi.org/10.1002/jhbs.21591

29. Vásquez-Avendaño B, Coca SM. Las prácticas de la psiquiatría mexicana del siglo XX: del aislamiento social a la transformación de los locos en artistas y gimnastas, en la Castañeda. Rev. Salud Pública. 2018;22(1):104-9. Doi: https://doi.org/10.31052/1853.1180.v22.n1.19898

Licencia
CC-By-NC-ND

30. Sacristán C. Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1920-1940. En: Agostoni C, coordinadora. Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas; Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades "Alfonso Vélez Pliego"; 2008. p. 99-123. Disponible en: https://historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/curar_sanar/494.htm

31. Sacristán C. Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo,1945-1948. Salud Ment. 2003;26(3):57–65. Disponible en: https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/954

32. Velasco-Suárez M. Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación. Salud Pública Mex. 1964;6(1):139-143. Disponible en: https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/3253

33. Benassini O. La psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. Salud Ment. 2001; 24(6):62–73. Disponible en: https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/883

34. Benassini O. Atención en salud mental regionalización y reorientación en el marco de la descentralización de servicios de salud en México. Salud ment.1997;20(4):48–53. Disponible en: http://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/668

35. Sacristán C. La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968. Salud Ment. 2010;33(6):473–80. Disponible en: https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/1379

36. Vicencio D. "Operación Castañeda". Una historia de los actores que participaron en el cierre del manicomio general, 1940-1968. En: Ríos Molina A (Ed.). La psiquiatría más allá de sus fronteras Instituciones y representaciones en el México contemporáneo. 1ª ed. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Históricas; 2017 p. 31–88. Disponible en: http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/psiquiatria/688.html

37. Sacristán C. La política de salud mental del Estado mexicano en los años 60. En: III Encontro da rede Iberoamericana em história da psiquiatria. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2010. p. 65–9. Disponible en: https://rihpblog.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/06/livro-de-resumos.pdf

38. Madrigal de León EA. Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria. Salud Mental. 2016;39(4),235-237. Disponible en: https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/1770

39. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de Salud Mental 2001-2006. México; 2001. Disponible en: https://huelladigital.cbachilleres.edu.mx/secciones/docs/foro/recomendado-ponentes/18-programa-accion-salud-mental.pdf

Licencia CC-By-NC-ND

40. Barrera Rojas MA, Baeza Ruiz A. La salud mental como derecho humano en Quintana Roo, México. Análisis desde la disciplina de la política pública. Interdisciplinaria. 2021;38(3), 257-274. Doi: https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.3.15

41. Madrigal de León EA. Cobertura universal de la atención de las enfermedades mentales. En: Medina-Mora ME, Sarti Gutiérrez EJ, Real Quintanar T, editores. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura. Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina; 2015. p. 241-9.

42. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de Salud Mental 2007-2012. México; 2008. Disponible en: https://contraloria.bcs.gob.mx/wp-content/uploads/Programa-de-Adiccion-Especifico-Salud-Mental.pdf

43. Medina-Mora Icaza ME, Robles García R, Berenzon Gorn S. Pobreza y salud mental. La enfermedad mental, en México, tiene rostro de pobreza e inequidad. En: Cano Soriano L, coordinadora. Pobreza y desigualdad social. Retos para la reconfiguración de la política social. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Ediciones Díaz de Santos; 2013. p. 27-42.

44. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de Salud Mental 2013-2018. México; 2014. Disponibe en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf

45. Berenzon-Gorn S, Saavedra-Solano N, Medina-Mora ME, Basaurí VA, Galván-Reyes J. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿Hacia dónde encaminar la atención? Rev Panam Salud Publica. 2013;33(4):252–8. Disponible en: https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/8f5015cc-be39-4559-84ca-ce7438f90303/content

46. Souza y Machorroa M, Cruz Moreno DL. Salud mental y atención psiquiátrica en México. Rev la Fac Med UNAM. 2010;53(6):17–23. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=39249

47. Lara Muñoz M del C, Fouilloux C, Arévalo Ramírez M del C, Santiago Ventura Y. ¿Cuántos somos? ¿Dónde estamos? ¿Dónde debemos estar? El papel del psiquiatra en México: Análisis preliminar. Salud ment. 2011;34(6):531–536. Disponible en: https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/1445/1443

48. Hernández Lara O, Sacristán C, Ordorika T. México: una reforma psiquiátrica que no lo fue (1968-1990). En: Huerta R. (Ed.). Políticas de salud mental y cambio social en Iberoamérica. 1ª ed. Madrid: Catarata; 2017. p. 154–85.

49. De la Fuente, Ramón. Acerca de la salud mental en México. Salud ment. 1982;5(3):22-31. Disponible en: https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/135/135

50. Reich M. Restructuring Health Reform, Mexican Style. Health Syst. Reform. 2020;6(1): e1763114. Doi: https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1763114

50. Presidencia de la República. Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud [Internet]. México; 2023. [consultado el 11 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690283&fecha=29/05/2023#gsc.tab=0

51. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024. México; 2021. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE_CONASAMA_28_04_22.pdf

52. Secretaria de Salud. Ley General de Salud. México; 2026. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf

53. Zhou W, Yu Y, Yang M, Chen L, Xiao S. Policy development and challenges of global mental health: a systematic review of published studies of national-level mental health policies. BMC Psychiatry. 2018;18(1):138. Doi: https://doi.org/10.1186/s12888-018-1711-1

54. Caldas de Almeida JM, Horvitz-Lennon M. Mental Health Care Reforms in Latin America: An Overview of Mental Health Care Reforms in Latin America and the Caribbean. Psychiatr Serv. 2010;61(3):218-21. Doi: https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.3.218

55. Miguel-Esponda G, Bohm-Levine N, Rodríguez-Cuevas FG, Cohen A, Kakuma R. Implementation process and outcomes of a mental health programme integrated in primary care clinics in rural Mexico: a mixed-methods study. Int J Ment Health Syst. 2020;(14)21. PMID: 32190108; PMCID: PMC7074983. Doi: https://doi.org/10.1186/s13033-020-00346-x.

56. Carmona-Huerta J, Durand-Arias S, Rodríguez A. et al. Atención comunitaria de salud mental en México: una perspectiva regional desde un país de ingresos medios. Int J Ment Health Syst. 2021;15(7). Doi: https://doi.org/10.1186/s13033-020-00429-9

57. Caldas de Almeida JM. Políticas de salud mental en Brasil: ¿Qué está en juego con los cambios que se están produciendo? Cad. Saúde Pública. 2019;35(11):e00129519. Doi: https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519

58. Valdez-Santiago R, Marín-Mendoza E, Torres-Falcón M. Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. Salud Publica Mex. 2021;63(4):554–6. Doi: https://doi.org/10.21149/12310

Licencia CC-By-NC-ND

59. Sapag, JC, Álvarez Huenchulaf C, Campos Á, Corona F, Pereira M, Véliz V, et al. Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) en Chile: aprendizajes y desafíos para América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:1-11. Doi: https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.32

60. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e165. Doi: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165

61. Díaz-Castro L, Cabello-Rangel H, Medina-Mora ME, Berenzon-Gorn S, Robles-García R, Madrigal-de León EA. Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. Salud Publica Mex. 2020;62:72-79. Doi: https://doi.org/10.21149/10323

62. Agudelo-Hernández F, Rojas-Andrade R. Ciencias de la Implementación y Salud Mental: un Diálogo Urgente. Rev Colomb Psiquiatr. 2023;52 Supl 1:S174-S182. Doi: https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.001