Derechos Humanos & Salud Mental En Mexico

Un informe de:

## Mental Disability Rights International

Fotografia: Eugene Richards Many Voices, Inc.

Septiembre 2000 WASHINGTON, D.C.

Hecho publica en la Ciudad de Mexico en febrero 2000

### La investigacion y publicacion de este informe se pudo llevar a cabo gracias a la Public Welfare Foundation y John Merck Foundation

Derechos de autor 2000

Mental Disability Rights International

Copias de este infonne pueden pedirse a un costo de $20.00 a:

Mental Disability Rights International (MORI) 1156 15th St. NW Ste. 1001

Washington, D.C. 20005

Telefono: (202) 296-0800

Fax: (202) 728-3053

E-mail: [Jv1DR1@mdri.org](mailto:Jv1DR1@mdri.org) Pagina de Web: [www.mdri.org](http://www.mdri.org/)

Otros informes dispooibles de MORI:

Derechos Humanos y Salud Mental: Uru&ruay (1.995) ($10.00) Human Rigbts and Mental Health: Hungary (1997) ($20.00) Children in Russia's institutions:

Human Rights and Opportunities for Reform (2000) ($10.00)

Vease ademas:

Eric Rosenthal, Elizabeth Bauer, Mary Hayden, Andrea Holley, *Implementing the Right to Community Integration for Children with Disabilities in Russia: A Human Rights Framework for !nternalional Action,* 4 HEALTH AND HUMAN RIGHTS 83 (I 999).

La foto en el cubierto es Ocaranza, noviembre 1999. Fotografia de Eugene Richards,

Derechos de autor 2000 Cortesia de Many Voices lnc.

## Mental Disability Rights International

Mental Disability Rights International **(MDRI)** es una organizaci6n dedicada a promover el reconocimiento y cumplimiento internacional de los derechos de las personas con discapacidades mentales. El MDRI documenta violaciones a los derechos humanos, apoya la promoci6n y desarrollo de los derechos de las personas con discapacidad mental en el mundo, asesora a los defensores de estos derechos que buscan reformar el sistema legal y de servicios de salud y promueve la supervision internacional para dar cumplimiento al derecho internacional de derechos humanos de las personas con discapacidad mental en Estados Unidos y en el exterior. Con base en el conocimiento y la experiencia de abogados y profesionales de salud mental, los usuarios de los sistemas de salud y sus familias, MDRI esta forjando una nueva alianza para desafiar la discriminaci6n y el abuso que sufren las personas con discapacidad mental en todo el mundo.

MDRI ha asesorado a defensores de los derechos de las personas con discapacidad mental en Argentina, Mexico, Uruguay, Armenia, Azerbaijan, la Republica Checa, Hungria, Kosovo, Lituania, Macedonia, Polonia, Romania, Rusia, Slovakia, Slovenia y Ucrania. MDRI ha publicado dos informes sobre los derechos humanos en los sistemas de salud mental, *Derechos Humanos y Salud Mental en el Uruguary* (1995) y *Human Rights and Mental Health: Hungary* (1997). MDRI ademas public6, en colaboraci6n con UNICEF, *Children in Russia's Insitutions: Human Rights and Opportunities for Reform* (1999). Informaci6n adicional sobre MDRI y sus publicaciones son disponible en la pagina de web: [www.mdri.org.](http://www.mdri.org/)

#### Los Autores

**Eric Rosenthal,** J.D. Eric Rosenthal es el fundador y director ejecutivo de Mental Disability Rights International (MDRI) en Washington, D.C.

**Dr. Robert Okin,** M.D. El Dr. Robert Okin as el Jefe de Psiquiatria del Hospital General de San Francisco; Vice presidente, Facultad de Psiquiatria y Catedratico de Psiquiatria Clinica, Universidad de California, San Francisco, California.

**Dr. Humberto L. Martinez,** M.D. El Dr. Martinez es el director ejecutivo del Consejo de Salud Mental del South Bronx, Nueva York, presidente del Human Rights Committee of the World Association for Psychosocial Rehabilitation [Comite de Derechos Humanos de la Asociaci6n Mundial para la Rehabilitaci6n Psicosocial] y miembro del Human Rights Committee of the American Psychiatric Association [Comite de Derechos Humanos de la Asociaci6n Psiquiatrica Americana] y Secretario de Correspondencia del Comite de Salud Mental de las ONGs Acreditadas por la ONU.

**Lie. Debora Benchoam,** M.A., J.D. La Lie. Benchoam, Argentina, es consultora independiente en materia de derechos humanos.

**Lynda Frost Clausel,** J.D., Ph.D. La Profesora Frost, del Instituto de Derecho y Psiquiatria de la Universidad de Virginia, esta actualmente profesora visitante en American University en Cairo.

**Brittany Benowitz.** Brittany Benowitz es Asistente de Progamas de MDRI

**Contenido**

[Agradecimientos i](#_TOC_250018)

[Sumario y recomendaciones ii](#_TOC_250017)

[Prefacio: Objetivos y metodologia del presente informe xvii](#_TOC_250016)

1. [Introduccion 1](#_TOC_250015)
   1. [Los derechos de personas con discapacidad mental: un tema que preocupa a la comunidad internacional 1](#_TOC_250014)
      1. El derecho intemacional de derechos humanos 1
      2. Una tendencia internacional hacia la integraci6n comunitaria 6
   2. [Antecedentes y estructura de los servicios de salud mental 7](#_TOC_250013)
      1. Evoluci6n hist6rica del sistema de servicios mentales en Mexico 7
      2. Acci6n civica y reforma 8
      3. [La Ley Federal de Salud Mental 9](#_TOC_250012)
      4. Estructura de los servicios **11**
2. Esperanza y peligros de las nuevas reformas hacia la integracion comunitaria 13
3. [Los derechos humanos en las instituciones 17](#_TOC_250011)
   1. [Condiciones inhumanas y degradantes 18](#_TOC_250010)
      1. La vida cotidiana en el pabell6n: una inactividad generalizada 19
      2. Condiciones antihigienicas de detenci6n 21
      3. [Falta de privacidad y dignidad humana 22](#_TOC_250009)
      4. Sujeci6n fisica (Restricci6n fisica) 24
      5. [Falta de atenci6n medica y dental 26](#_TOC_250008)
      6. Falta de alimentaci6n, agua, vestido y cobijas y calefacci6n 27
      7. [Derechos reproductivos y patria potestad 28](#_TOC_250007)
   2. Falta de tratamiento adecuado, rehabilitaci6n y colocaci6n extrahospitalaria 29
      1. La falta de rehabilitaci6n dentro de las instituciones 29
      2. [Escasez de personal capacitado 31](#_TOC_250006)
      3. Deficiencias en el uso y control de la medicaci6n 33
      4. [Incumplimiento del derecho al consentimiento informado 37](#_TOC_250005)
   3. Admisi6n Involuntaria y Representaci6n Personal (Tutoria 39
      1. Admisi6n Involuntaria (lnternamiento Involuntario) 39
      2. Representaci6n Personal (Tutoria) 42
   4. Segregaci6n indebida de la sociedad 44
      1. Detenci6n de los "abandonados" 44
      2. [Detenci6n de personas con retraso mental y otras discapacidades 46](#_TOC_250004)
      3. La detenci6n de nifi.os 48
      4. [Incentivos indebidos para la reclusion en una instituci6n 49](#_TOC_250003)
   5. Evaluaci6n de reformas en Ciudad de Mexico a partir de 1996 50
4. Fiscalizaci6n de los derechos humanos 53
   1. [Notificaci6n de derechos y procedimientos para la presentaci6n de quejas 53](#_TOC_250002)
   2. [Vigilancia independiente 55](#_TOC_250001)
   3. Participaci6n ciudadana en la planificaci6n nacional y la vigilancia de los

derechos humanos 58

1. Planificaci6n y financiaci6n de las reformas 60
   1. La obligaci6n internacional en cuanto a planificaci6n y financiamiento de las reformas 60
      1. [Obligaciones inmediatas del pleno cumplimiento 61](#_TOC_250000)
      2. Aplicaci6n progresiva 62
   2. Estrategias para la planificaci6n y financiaci6n de las reform.as 63
      1. La necesidad de servicios integrales y planificaci6n 64
      2. Servicios de extension y tratarniento agresivo necesarios dentro de la comunidad 66
      3. Apoyo y prornoci6n de parte de la familia y del consurnidor 67
      4. La financiaci6n de servicios en la cornunidad 68

#### Epilogo:

Anexo A

1.

2.

Anexo **B**

Anexo C

#### Acontecimientos desde la publicaci6n del informe de MDRI 70

Comentarios del Gobiero de Mexico 74

Dr. Manuel Urbina Fuentes, Subsecretaria de Coordinaci6n Sectorial,

Secretaria de Salud 74

Comisi6n Nacional de Derechos Hurnanos 77

Principios para la Protecci6n de Enfermos Mentales 80

Declaraci6n sabre los Derechos de las Personas con Retrasado Mental 93

**Mental Disability Rights International ei**

## Agradecimientos

Mental Disability Rights International **(MORI)** le debe una enorme gratitud a todas las person.as en Mexico que generosamente dieron su tiempo para ofrecernos sus observaciones y opiniones sabre el estado de las derechos humanos de personas con discapacidades mentales en Mexico. Para proteger su privacidad, en este informe no se mencionan las nombres de la mayoria de las personas entrevistadas, incluyendo las usuarios de las servicios de salud mental en Mexico, sus familiares, proveedores de servicios de salud mental, profesionales en los campos de medicina psiquiatrica y enfermeria, funcionarios del gobierno y el personal de las instituciones mismas.

Este informe no hubiera sido posible sin la extensa ayuda de defensores de los derechos humanos y profesionales y personal de salud mental en Mexico. De forma particular agradicemos la Sra. Virginia Gonzalez Torres, fundadora y presidenta de la Fundaci6n Mexicana para la Rehabilitaci6n del Enfermo Mental (FMREM) y la Fundaci6n Dignidad. La Sra. Gonzalez Torres aport6 informaci6n sabre la historia del sistema de salud mental en Mexico y facilit6 el acceso a varias instituciones psiquiatricas en Ciudad de Mexico, Guadalajara y Pachuca, Hidalgo. Queremos agradecer tambien a los rniembros del personal de la FMREM y la Fundaci6n Dignidad que brindaron asistencia a nuestro equipo de investigadores. Extendemos nuestro agradecirniento a las cuatro Comites Ciudadanos ya los usuarios en todas las instituciones visitados.

Muchos otros profesionales de salud mental y representantes de organizaciones no gubernamentales aportaron valiosa informaci6n sabre las condiciones en las instituciones psiquiatricas mexicanas. De forma particular, queremos agradecerle a la Ora. Rosalba Bueno Osawa de la Asociaci6n Mundial de Rehabilitaci6n Psicosocial su asistencia en Mexico y por su ayuda en la revision de un borrador del presente informe. Ademas, Pilar Noriega Garcia de Servicios Legales e Informaci6n y Estudios Juridicos aport6 informaci6n sabre las leyes de tutoria en Mexico y Joel Solomon de Human Rights Watch/Americas proporcion6 informaci6n general sabre el funcionamiento de la Cornisi6n Nacional de Derechos Humanos en Mexico.

MORI quiere reconocer tambien el trabajo de Catherine O'Malley, ex afiliada de Mental Disability Rights International, par organizar todos los aspectos de nuestra visita a Mexico en 1996. Los consultores expertos de MORI, Dr. Robert Okin, Licenciada Debora Benchoam, Profesora Lynda Frost Clausel y Dr. Humberto Martinez aportaron mucho de su tiempo a este proyecto, el cual no hubiera sido posible sin su valiosa.contribuci6n. Jan Wilkinson, Rachel Cantor, Claudia Marquez, y Lisa Newman revisaron el informe. Este informe fue traducido al espafiol por Gretta Tovar Siebentritt. Catalina Trujillo Schrader asisti6 con la traducci6n y revision de esta version del informe. El Programa de Testigos del Lawyers Committee for Human Rights en Nueva York contribuy6 con el uso de una videocamara. Agradecimientos a Monica Bussolati de Bussolati Associates, Inc. por su asistencia en el disefio del cubierto de este reporte.

El Public Welfare Foundation de Washington D.C. y el John Merck Fund proporcionaron los fondos para la investigacion, redaccion y publicacion del presente informe MORI recibe su financaci6n principal del Open Society Institute en Nueva York.

***ii* • Derechos Humanos y Salud Mental En Mexico**

## Sumario y recomendaciones

Este informe documenta el estado de los derechos humanos en el sistema de salud mental de Mexico y ofrece recomendaciones en conformidad con los tratados internacionales de derechos humanos, tales como la Convenci6n Americana sobre los Derechos Humanos y normas de derechos humanos como los "Principios para la Protecci6n de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atenci6n de la Salud Mental" enunciados por las Naciones Unidas (en adelante *Principios de Salud Mental).*

El informe es el resultado de tres investigaciones realizadas enjulio de 1996, agosto de 1998 y noviembre de 1999 respectivamente. Durante el transcurso de dichas misiones, un equipo de abogados y psiquiatras de MDRI visit6 tres instituciones psiquiatricas de caracteristicas asilares que proveen servicios para la ciudad de Mexico y el estado de Mexico (Ramirez Moreno, Nieto y Sayago) y las instituciones Ocaranza en Pachuca, Hidalgo, y Jalisco en Guadalajara, Jalisco. Asimismo, se visitaron dos Casas de Protecci6n *Social* para personas desamparadas con discapacidad mental operadas por las autoridades del Distrito Federal. Se visit6 ademas el hospital Fray Bernardino, un hospital psiquiatrico de corta estancia en el Distrito Federal. Por ultimo, se visitaron algunos programas dirigidos por organizaciones no gubernamentales. En la Ciudad de Mexico se observ6 un taller protegido para personas con discapacidad intelectual dirigido por Confederaci6n Mexicana de Organizaciones en favor de la Persona con Discapacidad y se recibi6 informaci6n sobre un programa integrado de empleo dirigido por la misma organizaci6n. De la misma manera, se visitaron programas comunitarios residenciales y de rehabilitaci6n para personas con discapacidad mental (una casa compartida, departamentos asistidos y un taller de ceramica) creados por la Fundaci6n Mexicana para la Rehabilitaci6n del Enfermo Mental ("FMREM'). Dichos programas son administrados por la Fundaci6n Dignidad, entidad que tiene sus origenes en la FMREM.

El presente informe sen.ala una serie de graves violaciones a los derechos humanos de personas con discapacidad mental. El informe a su vez documenta que durante los ultimas tres afios se ban observado mejoras importantes en algunas de las instituciones psiquiatricas (especialmente Sayago y Ramirez Moreno) instituciones donde las condiciones fisicas han mejorado y donde se han creado algunos programas de rehabilitaci6n. FMREM ha sido particularmente efectivo en la formaci6n de los comites ciudadanos actives en cuatro instituciones. A su vez, se ha observado una creciente conciencia entre los profesionales, el personal y los administradores del sistema de salud en cuanto a que las personas recluidas a largo plazo en asilos deben ser reintegradas a la comunidad. Al documentar tanto las deficiencias como las recientes mejoras en el sistema de salud mental mexicano, se pretende apoyar la labor de los profesionales de salud y demas personas dentro y fuera del gobierno mexicano en su busqueda por transformar y mejorar dicho sistema.

Al sefialar las violaciones de los derechos humanos no se pretende culpar a ningun individuo. El equipo de MDRI encontr6 a mucho personal en las instituciones de salud mental en Mexico que obran con entrega y calidez y estan comprometidos con su trabajo. A pesar de contar con limitados recurses dichos individuos se han dedicado a trabajar por el bienestar de las personas con discapacidad mental. Bajo la ley internacional de derechos humanos es responsabilidad del gobierno mexicano salvaguardar y garantizar los de las personas con discapacidad mental.

#### Mental Disability Rights International eiii

Las recomendaciones en el presente informe se basan en gran medida en el aprendizaje logrado por la lucha contra violaciones similares en Estados Unidos, Europa y America Latina. Con este informe se pretende contribuir a que Mexico lo aprendido - y evite los errores cometidos tanto en Estados Unidos como en otros paises.

#### La esperanza y el peligro de las recientes reformas

Segun las autoridades federales de Mexico, la totalidad de la poblaci6n internada a largo plazo en instituciones psiquiatricas podria ser reintegrada a la comunidad si se crearan servicios y sistemas de apoyo adecuados. Actualmente, segun informan las autoridades federales, son la FMREM y la Fundaci6n Dignidad las organizaciones que manejan los unicos programas comunitarios del pais para personas con discapacidad psiquiatrica. 1 Esos programas atienden 62 personas con discapacidad mental. Aunque existen programas no gubernamentales mas grandes para personas con discapacidad intelectual, dichos programas generalmente se limitan a personas cuyas familias estan en capacidad de pagar por los servicios.

Los directores y el personal de varias instituciones, en sus reuniones con MDRI en noviembre de 1999, manifestaron interes en informarse mas sobre la creaci6n de programas comunitarios cuyo fin es reintegrar la gente a su comunidad. Los directores de algunas instituciones como Jalisco en Guadalajara, aseguraron que si tuvieran a su disposici6n fondos para crear nuevos programas comunitarios, estarian dispuestos a comenzar de inmediato la integraci6n de la gente a la comunidad. El Director de Salud Mental de! Gobierno Federal asegur6 al equipo de MDRI que la cifra global de pacientes internados a largo plazo en todo el pais se reduciria en un tercio dentro de] plazo de un aiio. Asimismo, manifesto que la nueva ley federal de salud mental, Norma Oficial Mexicana 025, requiere que la gente sea atendida dentro del contexto de su comunidad. Asever6 que tal como lo requiere la ley mexicana, dentro de pocos aiios, todos los pacientes internados a largo plazo se verian integrados a la comunidad. El creciente interes por la integraci6n a la comunidad de personas con discapacidad mental es un avance positivo que demuestra un futuro prometedor para la reforma del sistema de salud mental en Mexico.

Si bien es sumamente importante el compromiso con la integraci6n comunitaria, el equipo de MDRI observ6 al mismo tiempo la falta de planificaci6n y recursos necesarios para garantizar la seguridad y eficacia de dichos programas. La experiencia internacional coincide con la perspectiva de las autoridades mexicanas en el sentido de que la gran mayoria de personas con discapacidad mental pueden vivir en la comunidad, incluso personas con graves trastornos psiquicos. Sin embargo, sin los servicios y sistemas de apoyo adecuados en la comunidad muchas personas con discapacidad mental correrian graves riesgos para su salud o seguridad. Aparte de los importantes modelos de reintegraci6n comunitaria creados por la Fundaci6n Dignidad, el gobierno no ha lanzado nuevos programas de servicios comunitarios. Asimismo, el gobierno mexicano hasta la fecha no ha aprobado nuevos fondos para la creaci6n de servicios comunitarios. La suma solicitada por el

1Otras organizaciones no gubemamentales administran programs para personas con retraso mental y paralisis cerebral. Tambien existen en el Distrito Federal y sus alrededores, varias casa de media camino privadas que proporcionan servicios recidenciales de puerta abierta para personas que padecen de enfermedades mentales graves. El equipo de MDRI no pud6 visitar dichas instituciones durante sus visitas, sin embargo, MDRl considera que con la fisca1izaci6n apropiada, las casas de media camino pueden convertirse en un elemento importante de cuidado publico dentro de la comunidad. Dichos programas deberian ser replicados por el gobiemo Mexicano.

#### *iv* • Derechos Humanos y Salud Mental En Mexico

gobierno mexicano para la reintegraci6n comunitaria en toda la ciudad de Mexico es de 200,000 pesos. Con una poblaci6n de 22 millones de personas- esta suma es minuscula teniendo en cuenta que es el equivalente del presupuesto anual de los programas comunitarios administrados por la Fundaci6n Dignidad mediante los cuales atiende a menos de 100 personas.

Si el gobierno emprende una reducci6n de la poblaci6n de pacientes recluidos en las instituciones psiquiatricas antes de poner en marcha nuevos regimenes de servicios y apoyo en la comunidad, se corre el riesgo de cometer una violaci6n de los derechos humanos aun mas grave: el "abandonar" a su suerte a los pacientes psiquiatricos. En muchas areas de Estados Unidos yen otros paises se cometi6 el grave error de reducir las camas disponibles en los hospitales antes de crear los servicios comunitarios adecuados lo que dio como resultado un alto porcentaje de personas indigentes. Mexico no debe repetir el mismo error. Existen en otros lugares de America Latina, Europa y Estados Unidos exitosos modelos alternativos de reintegraci6n comunitaria de los cuales Mexico deberia aprovechar.

El derecho internacional de derechos humanos da gran importancia a la libertad personal y los Principios de Salud Mental ademas reconocen el derecho a 'ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible' (Principia 9(1)) este mismo principio establece el derecho positivo a 'ser tratado y atendido, en la medida de los posible, en la comunidad en la que vive' (Principia 7(1)). Sin embargo, sin los servicios comunitarios adecuados, la reducci6n prematura de la poblaci6n de pacientes internados podria resultar peligroso o incluso mortal para algunos de ellos. Despues de haber retenido a una persona dentro de una instituci6n, cualquier acci6n oficial que comprometa la salud o el bienestar de dicha persona constituye una violaci6n del derecho a la vida y a un trato humano reconocido en articulos 4 y 5 de la Convenci6n Americana sobre los Derechos Humanos. (Convenci6n Americana) y los articulos 6 y 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Politicos (PIDCP).

El conjunto de recomendaciones presentadas a continuaci6n pretenden balancear la protecci6n necesaria dentro de las instituciones psiquiatricas y la promoci6n de la reintegraci6n comunitaria requerida tanto por la ley mexicana como por el derecho internacional de derechos humanos. Debido al riesgo de provocar nuevas violaciones a los derechos humanos en nombre de la transformaci6n, se ofrecen dos recomendaciones fundamentales:

#### Recomendaciones politicas:

* 1. **Se deben elaborar en forma inmediata planes para reformar el sistema** - Mexico debe crear un sistema de servicios comunitarios que garantice la seguridad de la reintegraci6n comunitaria y al mismo tiempo que proteja la salud de sus clientes. Se debe elaborar un plan comprensivo a nivel nacional cuyo objetivo sea definir c6mo se organizara y financiara el nuevo regimen comunitario de salud mental. Para asegurar la plena vigencia del derecho a la reintegraci6n comunitaria de personas con discapacidad mental Mexico debe estar dispuesto a aumentar el presupuesto de salud mental tanto a nivel nacional como estatal.
  2. **Se debe evitar que los pacientes sean abandonados a su suerte, *dumping-*** Las autoridades mexicanas deben elaborar un plan cuidadosa y individualizado para la integraci6n de cada persona a la comunidad. Si no existen programas de apoyo y asistencia adecuados, al

#### Mental Disability Rights International ev

gobierno se le responsabilizara par haber puesto en peligro la vida y salud de cualquier individuo que sea colocado en la comunidad.

#### Derechos humanos y condiciones en el regimen de salud mental

1. **Condiciones inhumanas y degradantes en las instituciones psiquiatricas**

Las personas detenidas en instituciones psiquiatricas mexicanas son continuamente sometidas a vivir en condiciones insalubres y a menudo abusivas. La vida dentro de dichas instituciones (conocidas coma "granjas") se caracteriza par la inactividad salvo par las horas que una persona podria participar en uno de las pocos programas de actividades o rehabilitacion. Las personas internadas en las "granjas" no cuentan con ningun tipo de privacidad. Tampoco tienen un minima de control sabre las mas infimas decisiones de sus vidas diarias. Las condiciones fisicas en las seis instituciones psiquiatricas y en las dos casas de proteccion visitadas par el equipo de MDRI han mejorado en las ultimas afios, particularmente en Ciudad de Mexico donde el sector no gubernamental ha tenido mayor protagonismo. Sin embargo, en 1999 se documentaron condiciones de vida insalubres dado el alto grado de suciedad, practicas de tratamiento antihigienicas, falta de atencion medica y dental adecuada, escasez de ropa y cobijas y el abuso de medidas como la sujecion (restriccion) fisica. Algunas instituciones a pesar de contar con suficientes alimentos y ropa, no utilizan el personal necesario para atender a las pacientes, observandose a personas de edad avanzada y personas con enfermedades mentales graves demacradas y temblorosas. Dichas practicas son peligrosas y causan gran sufrimiento constituyendo "trato inhumano y degradante" prohibido par el articulo 07 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Politicos y el articulo 05 de la Convencion Americana.

Las condiciones en las instituciones psiquiatricas fuera del Distrito Federal visitadas por el equipo de MDRI resultaron particularmente deficientes, en la institucion Ocaranza en Hidalgo, y Jalisco en Guadalajara. En el caso de Ocaranza, por ejemplo, se encuentran pacientes encerrados en areas restringidas de los pabellones donde permanecen todo el dia sentados, ambulando sin rumba, o yaciendo sobre el piso de cementa. Por la falta de atencion o actividades, algunas personas pasan meciendose o autoestimulandose de otras formas. Algunos pacientes incluso orinan o defecan sobre el piso en las mismas areas donde las demas pacientes suelen sentarse o transitar descalzos. Desde este pabellon las pacientes son trasladados directamente al comedor sin tener la oportunidad de lavarse. Los que logran llegar a un bafio no encuentran papel higienico. Ademas todos las pacientes en el pabellon reciben sus medicamentos, utilizando agua de una cubeta y un solo vaso que se pasa de una persona a la otra.

En la institucion psiquiatrica Jalisco, las condiciones en el pabellon de nifios son mas graves A las nifios las dejan acostados sabre un colchon en el piso, algunos de ellos cubiertos de orina y excremento. Durante la visita realizada por el equipo en agosto de 1998, abundaban las moscas y el olor era abrumador. Es comun el autoabuso y la falta de atencion medica basica. Se observaron nifios que, por no tener supervision adecuada, se comian su propio excremento y abusaban de si mismos sin que el personal les prestara atencion. La institucion no dispone de programas de modificacion de conducta necesarias para evitar conductas autoabusivas en las nifios. Segun manifesto el personal, algunos de estos nifios no reciben ningun programa de rehabilitacion,

capacitaci6n en habilidades de autocuidado u oportunidades de esparcimiento durante el transcurso del dia.

Por otro lado, es comun el mal empleo de la restricci6n fisica. En Jalisco, debido a la ausencia de programas de modificaci6n de conducta para pacientes que abusan de si mismos, no es raro que tanto nifios como adultos permanezcan restringidos durante mucho tiempo. Se observ6 a un nifio atado de pies a cabeza en una silla de ruedas, lugar donde permanecia casi todo el dia. Se observ6 que otros nifios permanecian atados a las camas o con las mangas atadas sobre las manos. La sujeci6n fisica puede provocar incomodidad y sufrimiento extremo, especialmente si se utiliza durante un tiempo prolongado. Conforme al Principia de Salud Mental 11, la restricci6n fisica solo debe ser empleada para impedir un 'dafio inmediato' y no se debe prolongar mas que lo estrictamente necesario. El empleo rutinario y prolongado de la restricci6n fisica en Jalisco constituye "trato inhumano y degradante" prohibido por el PIDCP y la Convenci6n Americana.

Durante los ultimos afios, los directores de dichas "granjas" psiquiatricas mexicanas han denunciado la escasez de alimentos, ropa y cobijas para abrigar a la gente. En 1998, el entonces director de Sayago inform6 sobre varias muertes por enfermedades contagiosas (bronquitis). El actual director manifesto que aunque dichas condiciones han mejorado persisten condiciones de riezgo para la salud de los pacientes. Por la falta de terapia fisica, por ejemplo, cuarenta de las ochenta personas que permanecen en silla de ruedas ya no pueden caminar. Entre los riesgos por este deterioro se encuentran las fracturas a causa de caidas y las ulceras como resultado de permanecer en la misma posici6n en la silla de ruedas durante varias horns. A su vez, debido a la falta de personal adecuado para atender a las personas en silla de ruedas, muchas de ellas permanecen atadas a sus sillas con sabanas.

Se observaron ademas varias situaciones claramente peligrosas en las instalaciones. En las "granjas" y en las casas de protecci6n donde se observaron muchos individuos que aunque necesitaban atenci6n medica inmediata, no la recibieron. Otras personas no recibieron el tratamiento necesario para controlar los efectos secundarios provocados por los medicamentos psicotr6picos. Se observaroil ademas algunos individuos con heridas abiertas que no recibieron ni ayuda ni atenci6n para prevenir la infecci6n.

#### Recomendaciones:

* 1. **Las instituciones deben brindar los alimentos, ropa y cobijas adecuados.**

Las normas mas basicas de salud, seguridad y dignidad exigen que las instituciones provean a los pacientes la alimentaci6n, ropa y cobijas adecuadas. Aun cuando se disponga de alimentos, ropa y cobija adecuadas, las personas de edad avanzada y personas que padecen enfermedades mentales severas necesitan mayor atenci6n por parte del personal para asegurar que se les brinde la ayuda necesaria para alimentarse y abrigarse contra el frio.

* 1. **Garantizar condiciones minimas de higiene y seguridad en las instituciones** - Debe ser una prioridad inmediata las mejoras necesarias para garantizar la seguridad de todas las personas internadas en instituciones psiquiatricas. Se deben ademas invertir los fondos necesarios para una adecuada alimentaci6n, ropa y atenci6n medica. Se debe contar tambien con suficiente personal como para asegurar condiciones higienicas adecuadas. Se deben corregir en forma inmediata las condiciones riesgosas que existen en las instalaciones.
  2. **Capacitar al personal en el area de precauciones universales y asegurar que tengan acceso a una educaci6n permanente** - La totalidad del personal debe conocer las principios sabre las precauciones universales necesarias para proteger la salud y seguridad de las personas en las instituciones. Se debe exigir que tanto el personal profesional coma el no profesional asista a programas de educaci6n permanente. El gobierno debe asegurar la oferta de programas de estudio mediante las cuales se pueden integrar las avances de tratamiento a nivel internacional a la practica de salud mental en Mexico.
  3. **Prestar atenci6n basica medica y dental** - Es preciso aprobar y aplicar normas que aseguren que todo las pacientes reciban la atenci6n medica y dental basica para salvaguardar su salud y seguridad. No se le debe negar a ninguna persona internada en una instituci6n psiquiatrica la atenci6n medica y dental minima necesaria para proteger su salud. Es posible que haga falta personal adicional en las pabellones para ayudar a personas con discapacidad mental con su higiene personal y oral y con la terapia fisica.
  4. **Aplicar los preceptos aprobados a nivel nacional e internacional sobre las formas de atenci6n medica** - La administraci6n segura y eficaz de la medicaci6n requiere documentar tanto efectos primarios coma secundarios. Los Principios de Salud Mental y la Norma Oficial Mexicana 025 reconocen que todo paciente tiene derecho a un tratamiento basado en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente y revisado peri6dicamente.

#### Las normas para la administraci6n de medicamentos deben incluir:

* + 1. una politica de receta medica
    2. procedimientos para la prescripci6n
    3. un manual farmaceutico
    4. informaci6n especifica sabre sustancias controladas
    5. regimen de tratamiento con drogas psicotr6picas
    6. un control adecuado sabre las efectos secundarios
    7. informes de evoluci6n
    8. un diagn6stico adecuado

1. lineamientos para la prescripci6n de medicamentos

J. evaluaci6n regular y peri6dica de pacientes en vista de la presencia de efectos secundarios de la medicaci6n.

#### Las normas de tratamiento deben incluir:

1. procedimientos de admisi6n y egreso internacionalmente aceptados
   1. un plan de tratamiento y evaluaci6n prescrito individualmente; registro de las antecedentes personales, sociales y psicol6gicos en el historial clinico.
2. protecci6n de las libertades basicas y poder decisorio de los pacientes en instituciones psiquiatricas
3. una vida en condiciones dignas en las instituciones psiquiatricas, incluyendo acceso a ropa adecuada
4. indicaciones clinicas para la administraci6n de medicamentos psicotr6picos y la

restricci6n fisica

* 1. **Fijar mecanismos de control sobre el uso de la restriccion fisica** -Segun el Principia de Salud Mental 11(**11)** se puede recurrir a la restriccion fisica unicamente cuando se determine "que es la unica forma disponible para impedir un daiio inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas practicas no se prolongaran mas alla del periodo estrictamente necesario para alcanzar ese proposito. Todos los casos de restriccion fisica o de reclusion involuntaria, sus motivos y su caracter y duracion se registraran en el historial clinico del paciente." En ningun caso se debe sustituir la restriccion fisica por el cuidado que puede proporcionar un personal adecuado.
  2. **Establecer un sistema de control de calidad** - El control de calidad y revision debe formar parte integral del regimen de prestacion de servicios. Manuales elaborados en otros paises sobre la evaluacion, la utilizacion de servicios y las evaluaciones especiales podrian ser adaptadas para Mexico. Segun recomendaciones de la Comision Nacional de Derechos Humanos (CNDH) se deben circular y consultar de manera mas consistente los manuales existentes.
  3. **Reconocer y apoyar la privacidad, dignidad y autonomia de decision** - Las personas internadas en las instituciones psiquiatricas deben gozar de su privacidad. Los pabellones deben permitir la decoracion y las preferencias personales. Ademas debe haber un lugar seguro y bajo llave donde se puedan guardar los efectos personales. A los pacientes se les debe facilitar el acceso a sus efectos personales para su uso cotidiano.
  4. **Ofrecer actividades y oportunidades de esparcimiento** - Se deben crear programas para acabar con el aburrimiento en el que viven muchos pacientes. Las personas con discapacidad mental posiblemente necesiten mayor apoyo para participar activamente en esos programas.

#### Falta de tratamiento y rehabilitacion adecuados

La gran mayoria de personas en insituciones psiquiatricas en Mexico reciben un tratamiento psiquiatrico y programas de rehabilitacion inadecuados. Para la mayoria de las personas la reclusion en una institucion de larga estancia es inapropiada, inadecuada y anticuada. El nuevo liderazgo y el personal de algunas instituciones esta hacienda esfuerzos por agilizar el retorno de los pacientes a la comunidad. Sin embargo, no es posible poner en marcha las nuevas politicas de reintegracion comunitaria antes de crear regimenes de servicios y apoyo en el contexto comunitario.

El articulo 12(1) del Pacto Internacional de Derechos Economicos, Sociales y Culturales (PIDESC) del cual Mexico es Estado parte, garantiza el derecho al "disfrute del mas alto nivel posible de salud fisica y mental". El Comite de Derechos Economicos, Sociales y Culturales, en su Observacion General 05, Seccion IV (F) clarifico que el articulo 12(1) "implica tambien el derecho a tener acceso a los servicios medicos y sociales...y a beneficiarse de dichos servicios, para que las personas con discapacidad puedan ser autonomas, evitar otras discapacidades y promover su integracion social". Citando el articulo 3 de las Normas Uniformes, el Comite agrego que "esas personas deben tener a su disposicion servicios de rehabilitacion a fin de que logren 'alcanzar y mantener un nivel optimo de autonomia y movilidad'".

El tratamiento de las individuos en las "granjas" es principalmente custodial y par lo general no tiene coma fin la rehabilitaci6n o la asistencia para la reintegraci6n comunitaria. La mayoria de las personas permanecen internadas un afio o mas y muchas veces par el resto de sus vidas. Las practicas de tratamiento son arientadas principalmente a la terapia somatica mediante la administraci6n de medicamentos psicotr6picos y hay pocas iniciativas dirigidas a promover la reintegraci6n en la comunidad. En las ultimas afios, y par iniciativa de organizaciones no gubernamentales tales coma la FMREM, se han creado algunas actividades arientadas a la rehabilitaci6n, coma las talleres de ceramica. Tanto Ocaranza coma Jalisco han iniciado actividades de rehabilitaci6n, aunque en menor grado. Esos programas han ayudado a mejorar la calidad de vida de las personas internadas en instituciones psiquiatricas.

Los beneficios que pueden tener las actividades para pacientes internados seven limitados par la falta de programas de rehabilitaci6n psicosocial que conducen a la reintegraci6n en la comunidad. Aumentar la autonomia personal resulta infructuoso cuando no existe la oportunidad de ejercer esa autonomia. La excepci6n a esta situaci6n son las programas comunitarios operados par la ONG Fundaci6n Dignidad en la Ciudad de Mexico, las cuales permiten la reintegraci6n comunitaria de un numero aproximado de 65 personas con discapacidad mental y sin recursos econ6micos. Par otra parte, una ONG, la Confederaci6n Mexicana de Organizaciones en Favor de la Persona con Discapacidad Intelectual (CONFE), ha creado programas de empleo comunitarios para personas con discapacidad intelectual. Tambien existe informaci6n sabre otras ONGs que mantienen viviendas asistidas para personas con discapacidad intelectual y para personas que padecen paralisis cerebral. Mientras que las programas comunitarios operados par las ONGs son notables, no tienen la capacidad para responder a las necesidades de todas las personas con discapacidad mental en Mexico.

#### Recomendaciones:

* 1. **Crear programas de rehabilitacion psicosocial** -Se deben crear programas de rehabilitaci6n psicosocial que promuevan el retorno de las personas internadas en instituciones psiquiatricas a la comunidad. Asimismo, se deben crear programas comunitarios de rehabilitaci6n psicosocial para evitar la admisi6n innecesaria y ayudar a que la gente permanezca en la comunidad una vez que haya salido de la instituci6n psiquiatrica.
  2. **Ampliar Ios modelos mexicanos exitosos** - Existen en Mexico varies modelos importantes que se pueden duplicar. Se podria hacer uso de las expertos de ONGs como CONFE, la FMREM y la Fundaci6n Dignidad para capacitar al personal de otras instituciones psiquiatricas. La Fundaci6n Dignidad ademas debe recibir mas apoyo gubernamental para lograr que sus programas de vivienda apoyada sean duplicados en otros lugares. El gobierno debe brindar los recurses necesarios para adaptar este modelo a las necesidades de las personas internadas en instituciones psiquiatricas en todo el pais. Las personas que padecen enfermedades mentales severas necesitaran de un apoyo adicional incluyendo un plan de atenci6n integral en la comunidad y de un profesional de servicio social responsable de coordinar y evaluar la rehabilitaci6n del individuo. El modelo de vivienda apoyada establecida par la Fundaci6n Dignidad debe constituir la piedra angular de un nuevo sistema de servicios que promueva la integraci6n a la comunidad de personas con discapacidad mental en Mexico.

#### Admisi6n Involuntaria y Representacion Personal (Tutoria)

Las actuales garantias procesales contra la detencion arbitraria en instituciones psiquiatricas no cumplen con las normas establecidas par el derecho internacional de derechos humanos. Conforme al Principia de Salud Mental 17, cualquier persona sujeta a la admision involuntaria en una institucion psiquiatrica tiene derecho a una audiencia y la revision por un organo judicial u otro organo independiente e imparcial establecido por la legislacion nacional. Cada caso de admision involuntaria debe ser examinado de forma periodica par un organo independiente. La retencion de un individuo sin una revision independiente constituye "detencion arbitraria" conforme al articulo 9 del PIDCP y es una violacion al derecho a la libertad y seguridad personal previsto en el articulo 7 de la Convencion Americana.

La ley mexicana exige la "notificacion judicial" pero no requiere ninguna revision judicial u otra revision independiente de la decision de proceder a la admision involuntaria de una persona par motivo de enfermedad mental. La decision de retener a una persona -a menudo de par vida - es discrecion del personal de la institucion. Y mientras la Norma Oficial requiere una "revision periodica" del diagnostico de la persona retenida, dicha revision se deja tambien en manos de las autoridades medicas de la misma institucion.

Una vez que la persona ha sido admitida a la institucion, el director de la misma puede ser designado "representante personal" (tutor) de esa persona y actuar en nombre de ella. Segun informaron los directores de varias instituciones, ellos actuan como representante personal sin ninguna revision independiente u nombramiento judicial coma tal. Par ejemplo, el director de Ocaranza manifesto ser el representante personal de entre 280 y 300 personas. Con tantas personas designadas el mismo representante, es dificil o imposible que este ultimo responda a las necesidades individuales de cada una de ellas. Designar al director de una institucion coma representante personal implica que no hay ningun intermediario independiente que vele par los intereses del paciente en caso que estos difieran de las intereses institucionales. El representante personal goza de un control casi absolute sabre la vida del paciente. En este sentido la ausencia de un proceso independiente implica que, como resultado de la reclusion muchos pacientes pierden casi todos sus derechos en cuanto a tomar decisiones autonomas. Las personas retenidas en una institucion no tienen ninguna forma de protegerse contra el abuso de la representacion legal por parte del personal de la institucion ya que el representante personal forma parte del mismo personal de la institucion. No existen salvaguardias contra este conflicto de intereses inherente en la ley mexicana.

El Principia de Salud Mental 1(6) garantiza el derecho de todas las personas a una revision judicial o una revision independiente e imparcial antes de designar un representante legal. La persona tiene derecho a ser representada par un defensor que "no podra representar en las mismas actuaciones a una institucion psiquiatrica ni a su personal". Conforme a los Principios de Salud Mental, los enfermos mentales conservan las mismos derechos que todo ciudadano, entro ellos el derecho a tomar decisiones fundamentales sobre su propia vida. Par lo tanto, la representacion personal no debe ser plena sino que debe ser limitada par una autoridad independiente despues de una audiencia en la que se determine que algun aspecto especifico del juicio de la persona este impedido a tal grade que existe un riesgo para su salud o seguridad.

#### Recomendaciones:

* 1. **Crear y aplicar garantias procesales en todo caso de admisi6n involuntaria** - La ley mexicana debe ser enmendada de acuerdo a las disposiciones de las Principios de Salud

Mental sobre la admisi6n involuntaria. Ninguna persona debe ser admitida involuntariamente sin una audiencia ante un 6rgano independiente e imparcial. Toda persona admitida involuntariamente debe ser representada por un defensor, tal como disponen los Principios de Salud Mental. Toda admision involuntaria debe ser examinada periodicamente por una autoridad independiente.

#### La representacion personal debe ser limitada y sujeta a la revision independiente -

El proceso para designar a un representante personal debe garantizar el pleno ejercicio de todos los derechos internacionalmente reconocidos de las personas con discapacidad mental. Nose debe designar a un representante personal sin que se lleve a cabo con anterioridad un proceso de revision judicial independiente que limite dicha representaci6n personal a aquellas actividades que la persona no este en capacidad de manejar por si misma. La revision independiente debe garantizar que no existan conflictos de interes entre el representante personal y la persona bajo su custodia. Ningun miembro del personal ni de la direcci6n de una institucion debe actuar como representante personal de un individuo.

#### Detencion injusta y arbitraria en instituciones psiquiatricas

Muchas de las violaciones a los derechos humanos en el sistema de salud mental en Mexico se deben a la practica de mantener a personas con discapacidad mental indebidamente segregadas del resto de la sociedad. El sistema publico de salud mental en Mexico depende casi exclusivamente de instituciones grandes para pacientes internados. Al mismo tiempo son casi inexistentes los servicios comunitarios. Como consecuencia de esto, muchas personas con discapacidad mental perfectamente capaces de vivir en la comunidad permanecen detenidas injustificadamente en las "granjas", instituciones psiquiatricas con caracteristicas asilares. Estas "granjas" se encuentran en las afueras del Distrito Federal lejos de los centros urbanos habitados por los usuarios. Dichas instituciones mantienen a los usuarios aislados de sus familiares, amigos, organizaciones comunitarias y puestos de trabajo u otras oportunidades para participar en la vida comunitaria. La mayoria de las personas internadas en las instituciones visitadas - Nieto, Sayago, Ramirez Moreno, Ocaranza y Jalisco - permanecen internadas de por vida.

Un gran numero de personas internadas en este tipo de institucion son calificados oficialmente de *abandonados* - personas internadas porque no tienen familia u otro lugar a donde ir. En noviembre de 1999, los directores de dos instituciones calcularon que el numero de abandonados en sus propias instituciones ascendia al 75 - 80 por ciento. En 1998, la presidente de la Comision Nacional de Derechos Humanos (CNDH) calcul6 la cifra en un setenta por ciento a nivel nacional. La costumbre de retener a los abandonados en instituciones sin ningun proceso individualizado para determinar si cumplen o no con los requisites de admision involuntaria constituye una violacion del derecho internacional de derechos humanos.

Ademas de los abandonados, el equipo de MDRI identifico otros grupos detenidos injustificadamente en instituciones psiquiatricas. Entre un tercio y la mitad de las personas internadas

en "granjas" mexicanas se identifican como personas que padecen epilepsia o retraso mentaI2. Dichas personas no necesitan ni se benefician de la internaci6n psiquiatrica. La gran mayoria de personas que padecen epilepsia podria vivir en la comunidad si tuviera acceso a los medicamentos indicados y a una asistencia limitada. Para facilitar su reintegraci6n a la comunidad, la mayoria de personas con retraso mental necesitaria una amplia gama de servicios comunitarios y sistemas de apoyo.

Por otra parte, aunque la investigaci6n realizada por el equipo de MDRI en Mexico se concentr6 principalmente en adultos internados en instituciones psiquiatricas, se descubri6 un pabell6n con sesenta niiios recluidos en una instituci6n en Guadalajara. Conforme a la Convenci6n sobre los Derechos del Nifio (CDN), todo nifio tiene derecho a crecer en el seno de la familia (con sus padres biol6gicos o una farnilia sustituta si fuera necesario). Conforme al articulo 23(3) de la CDN, es obligaci6n del gobierno mexicano asegurar que todo nifio con discapacidad mental o fisica tenga "acceso efectivo a la educaci6n , la capacitaci6n, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitaci6n, la preparaci6n para el empleo y las oportunidades de esparcimiento...y reciba tales servicios con el objeto de que el nifio logre la integraci6n social y el desarrollo individual. ..".

Segun el actual director de salud mental del gobierno federal - el funcionario encargado de supervisar el sistema de salud mental en Mexico- al disponer de los servicios comunitarios y sistemas de apoyo adecuados, toda la poblaci6n de las "granjas" (incluyendo las *abandonados* y otros pacientes) podria reintegrarse en la comunidad. La detenci6n injustificada de las abandonados y de otras personas capaces de vivir en la comunidad - sin ningun proceso individualizado para determinar si existe un riesgo de dafios al individuo o a terceros, constituye una violaci6n al derecho internacional de derechos humanos. Segun las Principios de Salud Mental elaboradas par las Naciones Unidas, toda persona que padezca una enfermedad mental tiene derecho a vivir, trabajar y recibir tratamiento en la comunidad de una manera "que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad fisica de terceros". La detenci6n de un sector tan amplio de personas capaces de vivir en la comunidad constituye "detenci6n arbitraria" conforme al articulo 9 del PIDCP y es una violaci6n al derecho a la libertad y seguridad personal previsto en el articulo 7 de la Convenci6n Americana.

Para las personas capaces de vivir en la comunidad, el aislamiento en las "granjas" psiquiatricas del resto de la sociedad Mexicana, lleva a la ruptura de la familia y las relaciones sociales con la comunidad hacienda la estancia de largo plaza inevitable. En la rnedida que la persona pierde sus lazes con la comunidad, su detenci6n puede llevar a un declive en su funcionamiento social y psicol6gico. Por lo tanto, el aislamiento de personas en instituciones psiquiatricas de Mexico tambien es una violaci6n del derecho consagrado por el Articulo 12 del **PIDCP** que establece el derecho de toda persona a gozar del mas alto nivel de salud fisica y mental. La utilizaci6n exclusiva en Mexico de instituciones de larga estancia viola la Declaraci6n de Caracas adoptada par la Organizaci6n Panamericana de Salud. La detenci6n innecesaria de cualquier individuo con una discapacidad es violatoria del derecho a la integraci6n comunitaria establecida bajo la Convenci6n

2 Un segmento de dichos individuos tambien se encontraria en la categoria de abandonados. Sin embargo, el equipo descubri6 que muchos de ellos tienen familiares en la comunidad. Las autoridades consideran incapaces de vivir en la comunidad a muchas personas con retraso mental o epilepsia aun cuando estas cuentan con familiares dispuestos a cuidarlos en casa.

Americana sobre Discapacidades adoptada por la Organizacion de Estados Americanos en Mayo de 1999 (OEA).

La Norma Oficial Mexicana sobre la salud mental enuncia el derecho a recibir servicios en el contexto comunitario y este debe hacerse cumplir plenamente. La interpretacion que se da a dicha ley en la actualidad excluye toda una categoria de instituciones denominadas Casas de Proteccion que oficialmente operan fuera de! sistema de salud mental. Las Casas de Proteccion son dirigidas por la Ciudad de Mexico con el fin de prestar servicios a personas sin hogar y cuentan con dos instalaciones especiales para personas con discapacidad mental. Es posible que existan estructuras similares en otras ciudades mexicanas. Conforme al derecho internacional de derechos humanos, toda persona con discapacidad, donde quiera que reciba servicios, tiene el derecho a la integracion comunitaria. Por ello, para asegurar el pleno cumplimiento de la ley internacional, la Norma Oficial Mexicana debe aplicarse de igual forma a las Casas de Proteccion. La Norma Oficial Mexicana debe aplicarse por igual a toda persona con discapacidad mental, dondequiera que reciba servicios.

#### Recomendaciones:

* 1. **Proponerse acabar con la detencion de los abandonados** - Ninguna persona debe ser recluida en una institucion psiquiatrica en Mexico porque no exista otro lugar para ella. La reclusion de pacientes en instituciones psiquiatricas se debe limitar estrictamente a aquellos individuos que llenan las condiciones establecidas en las normas internacionales de admision involuntaria debido a la existencia de un riesgo grave de dafio inminente para esa persona o para terceros por motivos de enfermedad mental. Sera necesaria una cuidadosa planificacion para asegurar que la transicion de los abandonados a los servicios comunitarios adecuados se lleve a cabo en condiciones de seguridad.
  2. **Proponerse acabar con la detencion de personas con retraso mental, epilepsia u otra discapacidad** - Las personas con retraso mental y epilepsia no deben ser recluidas en instituciones de larga estancia. El gobierno tiene la responsabilidad de emprender iniciativas de forma inmediata con el fin de crear programas de servicios y redes de apoyo adecuados en la comunidad para esas personas.
  3. **Proponerse acabar con la detencion de nifios en instituciones psiquiatricas** - Tal como lo requiere la Convenci6n sobre los Derechos del Nifio, Mexico debe crear una red de casas hogares [familias sustitutas] a fin de evitar la desintegracion familiar innecesaria y la reclusion en instituciones de nifios con discapacidades. Mexico debe crear ademas un sistema de casas hogares para aquellos nifios que no puedan permanecer con sus padres, aun cuando cuenten con sistemas de apoyo, asi como tambien para nifios huerfanos. Por otra parte, se deben crear programas educacionales que aseguren a los nifios con discapacidad mental una educacion integrada al sistema escolar principal.
  4. **Crear servicios comunitarios integrales** - Hacen falta servicios comunitarios integrales para asegurar una asistencia de salud mental adecuada y garantizar la disponibilidad de servicios para todas las personas con discapacidad mental. Los servicios comunitarios integrales deben incluir: vivienda asistida, empleo asistido, asistencia social integral [case management], los servicios de rehabilitacion psicosocial, los servicios de apoyo para las personas que cuidan

de la persona con discapacidad mental, atenci6n medica adecuada y accesible y servicios de emergencia <lento de los hospitales comunitarios. Se deben crear ademas programas para mejorar la calidad de vida y ofrecer oportunidades de esparcimiento. Otro elemento importante en un sistema de servicios comunitarios es fomentar los clubs y asociaciones de promoci6n propios de los usuarios y sus familiares.

* 1. **Asegurar el pleno cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana (NOM-025-SSA2-1994)** Muchas de las reformas que hacen falta en Mexico ya forman parte de la ley federal. Norma Oficial Mexicana 025 sabre salud mental requiere que el sistema de salud mental disponga de servicios comunitarios y ofrezca oportunidades para la reintegraci6n comunitaria de todas las personas capaces de vivir en la comunidad. Se debe asegurar el pleno cumplimiento de dicha ley.
  2. **Iniciar una proceso abierto y participativo, a nivel nacional y local, para la planificaci6n de reformas** - La transformaci6n del sistema de servicios de salud mental en Mexico requiere la elaboraci6n de planes a nivel nacional y local a fin de financiar y establecer una red integrada de servicios comunitarios. Dichos planes deben incluir un horario para trasladar a las personas actualmente detenidas sin justificaci6n a los programas de servicio comunitario tan pronto coma estos esten disponibles. De acuerdo a las Normas Uniformes sabre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (NUI), cada pais debe elaborar dichos planes de tal forma que sus sistemas acaten al derecho internacional de derechos humanos, incluyendo el derecho de todo ciudadano a la integraci6n comunitaria. Las NUI requieren que tanto las personas con discapacidad coma sus asociaciones representativas participen en todos los aspectos de planificaci6n y ejecuci6n de programas. Mexico debe crear Consejos de Discapacidad (Vease Recomendaci6n E-3) con el fin de asegurar que la participaci6n civica sea abierta y democratica.
  3. **Procurar una financiaci6n adecuada para los servicios comunitarios** - El gobierno debe estar dispuesto a aumentar la inversion en servicios de salud mental con el fin de financiar la creaci6n de servicios comunitarios. Tal como lo demuestran los programas de Fundaci6n Dignidad, es menos costoso prestar servicios a algunas personas en la comunidad y no en una instituci6n. Aunque este sea el caso, durante la transici6n resultara mas costoso el sistema debido a que el gobierno tendra que financiar tanto las instituciones como los nuevos servicios que establezca en la comunidad. El gobierno obtendra ahorros sustanciales a raiz de la integraci6n comunitaria unicamente despues de que el sistema de servicios comunitarios entre en vigencia, lo que permitira el cierre de las instituciones. Aun asi, es posible que el costo global de los servicios de salud mental aumente ya que es probable que muchas personas con discapacidad que actualmente no reciben los servicios que necesitan, acudan a ellos una vez que esten disponibles en la comunidad.

#### Fiscalizaci6n de los Derechos Humanos y la Participaci6n Civica

Se han visto avances importantes en los modelos de verificaci6n de derechos humanos en Mexico y estos deben ser apoyados y ampliados. Norma Oficial 025 prescribe la creaci6n de Comites Ciudadanos para vigilar las condiciones dentro de todas las instituciones

psiquiatricas y el l\1DRI ha observado que las Comites Ciudadanos estan operando en varios de las hospitales psiquiatricos publicos. Segun las autoridades federales, actualmente hay Comites Ciudadanos funcionando en el 90 par ciento de las instituciones en el pais. Los Comites Ciudadanos representan un gran progreso y sin duda ayudaran a promover futuras reformas en Mexico. A partir de la creaci6n de estos comites, han mejorado las condiciones en algunas de los hospitales psiquiatricos. Entre la visita realizada en 1996 y la realizada en 1998, par ejemplo, el equipo de l\1DRI not6 queen el hospital Ramirez Moreno aumentaron el personal y las actividades. Tambien se notaron mejoras en el area de la higiene. Estos cambios recalcan la importancia de seguir promoviendo la defensa de los derechos humanos y mecanismos de fiscalizaci6n eficaces. Sin embargo, el hecho es que persisten violaciones a los derechos humanos en algunas instituciones lo demuestra la necesidad de mejorar los mecanismos que garanticen el respeto de la ley mexicana y las normas internacionales de derechos humanos.

#### Recomendaciones:

* 1. **Apoyar y ampliar los Comites Ciudadanos** - Los Comites Ciudadanos en Mexico deben ser apoyados y deben extenderse en todas partes del pais. Los Comites deben ser entidades independientes tanto del gobierno como de las instituciones psiquiatricas en todos los aspectos. Los Comites Ciudadanos deben contar con acceso total y abierto a las instituciones psiquiatricas. Deben tambien estar facultados para examinar todos los expedientes pertinentes incluyendo denuncias de abuso o negligencia, documentaci6n sabre la utilizaci6n de restricci6n fisica y reclusion, informes sabre la investigaci6n de cada caso de defunci6n de un paciente y cualquier otra queja de los pacientes. Conforme a la ley mexicana, los Comites Ciudadanos deben contar ademas con acceso a informaci6n administrativa, la que incluiria informaci6n sabre presupuestos anuales e informes sabre c6mo se han gastado los fondos publicos.
  2. **Apoyar las iniciativas de promocion y defensa propias de los usuarios y sus familiares** - El gobierno debe destinar fondos para el fomento de asociaciones de usuarios y familiares dedicadas a promover mejores servicios y la vigencia de sus derechos. Estas asociaciones deben ser de caracter completamente independiente y no gubernamental.
  3. **Crear un consejo de discapacidad** - Los consejos de discapacidad son entidades publicas compuestas por personas con discapacidad y por sus aliados en la comunidad. Sirven como un mecanismo para asegurar la participaci6n plena, abierta y democratica de las personas interesadas en la fiscalizaci6n de los derechos humanos, la formulaci6n de politicas de salud mental y la ejecuci6n de programas. Las personas interesadas incluyen los usuarios del sistema, sus familiares, los profesionales de salud y el personal de las instituciones. De acuerdo a las Normas Uniformes de la ONU, las personas con discapacidad deben participar en la planificaci6n nacional para la transformaci6n del sistema de servicios a fin de garantizar la plena vigencia de los derechos humanos. Por lo tanto, un Consejo de Discapacidad debe estar compuesto en su mayoria por usuarios (usuarios de servicios de salud mental actuales o anteriores).
  4. **Crear mecanismos de supervision y verificaci6n independiente** - El gobierno debe crear mecanismos especializados que garanticen la verificaci6n y fiscalizaci6n peri6dica del estado general de los derechos humanos y la calidad de la atenci6n en las instituciones psiquiatricas y que protejan los derechos de los pacientes con discapacidad mental en la comunidad. Como minimo, cada hospital debe ser sujeto a una evaluaci6n anual realizada por un equipo de profesionales calificados e independientes. Las evaluaciones deben basarse en los principios aceptados de derechos humanos (inclusive los Principia de Salud Mental en su totalidad), la ley mexicana y las normas minimas internacionalmente reconocidas para la atenci6n medica y psiquiatrica. Los resultados de cada evaluaci6n deben ser diseminados a las organizaciones profesionales, los grupos de usuarios y sus familiares, los Comites Ciudadanos y a la sociedad en general. Personas con discapacidad, usuarios de servicios de salud mental, representantes de los Comites Ciudadanos y los Consejos de Discapacidad deben participar en la evaluaci6n y verificaci6n continua de los derechos humanos.
  5. **Aumentar el papel de la Comisi6n Nacional de Derechos Humanos** - En la actualidad la Comisi6n Nacional de Derechos Humanos de Mexico (CNDH) juega un papel importante en hacer conocer la problematica de los derechos humanos dentro de las instituciones psiquiatricas en la sociedad mexicana. Se debe conservar y ampliar este papel independientemente de la creaci6n de **un** nuevo mecanismo de verificaci6n de derechos humanos. En este momenta la CNDH no brinda la verificaci6n minima necesaria para salvaguardar los derechos de personas con discapacidad mental, tal como se plantea en E-4, puesto que no realiza revisiones peri6dicas de las condiciones en cada instituci6n y tampoco evalua la gama de derechos previstos en la ley mexicana y los Principios de Salud Mental. Para hacer cumplir las recomendaciones de la CNDH, los tribunales deben ademas contar con poderes de acatamiento.

## Prefacio: Objetivos y metodologia del presente informe

Este informe documenta la situaci6n de personas con discapacidad mental internadas en instituciones psiquiatricas del sistema de salud mental mexicana. El informe ofrece recomendaciones en conformidad con las pactos y convenciones internacionales de derechos humanos, las normas de derechos humanos internacionalmente reconocidas y la ley interna mexicana. Los equipos de MORI se reunieron con funcionarios mexicanos, profesionales de salud mental, personal de instituciones psiquiatricas y activistas independientes profundamente comprometidos con el bienestar de las usuarios del sistema. El presente informe tiene coma objetivo principal apoyar y asistir a funcionarios, profesionales y activistas en su labor de hacer realidad la transformaci6n del sistema de salud mental y la plena efectividad de las derechos de personas con discapacidad mental.

Este informe se dirige ademas a la comunidad internacional, la cual puede jugar un papel mucho mas significativo de supervision y fiscalizaci6n de las derechos humanos de personas internadas o que reciben tratamiento dentro de las instituciones psiquiatricas. El apoyo tecnico y econ6mico internacional puede servir de respaldo para las que luchan par la reforma del sistema mexicano. Tomando en cuenta la gravedad de las violaciones a las derechos humanos documentados en el presente informe, la situaci6n de las personas con discapacidad mental en Mexico debe ser una prioridad para las organizaciones internacionales de derechos humanos y de desarrollo.

La critica presentada en este informe no pretende particularizar a Mexico sino analizar la efectividad de la ley internacional de derechos humanos cuyas garantias se extienden a todas las personas con discapacidad. En Estados Unidos y en muchos otros paises existen abusos a los derechos humanos de personas con discapacidad mental. Asimismo, en toda sociedad hacen falta iniciativas de promoci6n y defensa constantes para proteger esta poblaci6n tan vulnerable. Mental Disability Rights International **(MORI)** es una organizaci6n no gubernamental independiente que se dedica a promover el reconocimiento y la vigencia de los derechos de personas con discapacidad mental a nivel internacional. MORI ha llevado a cabo estudios similares en otros paises de America Latina y Europa Oriental y Central y ha publicado informes sabre la situaci6n de derechos humanos en las sistemas de salud mental de Uruguay y Hungria, yen las orfanatos de Rusia.3

El presente informe es el resultado de una serie de misiones de investigaci6n realizadas en un periodo de tres aft.as. Los equipos de MDRI visitaron Mexico en agosto de 1996, a finales de julio y principios de agosto de 1998 yen noviembre de 1999. Eric Rosenthal, Director Ejecutivo de MORI, y el psiquiatra Dr. Robert Okin, Jefe de Psiquiatria del Hospital General de San Francisco participaron en todas las ya mencionadas misiones. Debora Benchoam, consultora independiente en materia de derechos humanos, se integr6 a las misiones en 1998 y 1999. El Dr. Humberto Martinez, Director Ejecutivo del Consejo de Salud Mental del Sur del Bronx y afiliado del Comite de Derechos Humanos de la Asociaci6n Americana de Psiquiatria se integr6 al equipo de

'Mental Disability Rights International , *Children in Russia's Institutions: Human Rights and Opportunities for Reform. Conclusiones y recomendaciones de una misi6n de investigaci6n patrocinada par UNICEF a la Federaci6n Rusa, el 20 de octubre a 6 de noviembre de I998* (February 1999). MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL, HUMAN RIGHTS AND MENTAL HEALTH:HUNGARY (1997); MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL, HUMAN RIGHTS ANDMENTALHEALTH: URUGUAY (1995). Los articulos publicados por MDRI e

informaci6n acerca de c6mo obtenerlos se encuentran en la pagina web de MDRI al: [www.MDRI.org](http://www.MDRI.org/) o comunicandose directamente con MDRI (la direcci6n actual se encuentra en la portada del presente informe)

#### *xviii* • Derechos Humanos y Salud Mental En Mexico

investigaci6n de 1999. Los equipos fueron ademas integrados por peritos en la esfera del derecho de salud mental y trabajo social.4 Este informe esta basado principalmente en las visitas realizadas por el equipo en agosto de 1998 y noviembre de 1999. En casos en que **1\1DRI** observ6 cambios importantes en las practicas y el trato de una visita a la otra, dichos cambios se han notado en el texto.

El presente informe se concentra principalmente en los derechos humanos de las personas internadas en las instituciones psiquiatricas de Ciudad de Mexico y sus alrededores, ademas de una instituci6n ubicada en las afueras de Guadalajara y otra en el Estado de Hidalgo. El equipo visit6 tambien otros centros de salud mental y una ca.reel de mujeres con un sector reservado para personas con discapacidad mental. El equipo visit6, en 1996, 1998 y 1999, cuatro instituciones psiquiatricas en el Distrito Federal de Ciudad de Mexico y el Estado de Mexico siendo estas: el *Hospital Campestre Dr. Jose Sayago* ("Sayago"), el *Hospital Campestre Adolfo M Nieto* ("Nieto"), el *Hospital Psiquiatrico Dr. Samuel Ramirez Moreno* ("Ramirez Moreno") y Fray Bernardino Alvarez ("Fray Bernardino"). 5 En 1998, el equipo visit6 el *Hospital Psquiatrico Dr. Fernado Ocaranza* ("Ocaranza") en Pachuca, Hidalgo y el *Hospital Psiquiatrico de Jalisco* (Jalisco) ubicado en las afueras de Guadalajara, Jalisco. En su visita de 1999, el equipo visit6 el *Hospital Psiquiatrico lnfantil Dr. Juan N Navarro* ("Navarro") y dos Casas de Protecci6n *Social* para personas indigentes con discapacidad mental administradas por las autoridades de Ciudad de Mexico. La mayoria de las instituciones visitadas cuentan con entre dos y tres cientas camas. En conjunto las instituciones psiquiatricas visitas por el equipo atendian a aproximadamente 2.000 pacientes internados en cualquier momenta.

En la mayoria de las instituciones visitadas, se le facilit6 al equipo de 1\1DRI el acceso sin restricciones a las instalaciones, el personal y a los usuarios. El equipo llevaba una videocamara para grabar sus observaciones durante las visitas a las instituciones.6 El equipo fue recibido con mucha amabilidad y apertura y muchas personas asistieron a 1\1DRI generosamente con su tiempo. Casi sin excepci6n, estas personas manifestaron su preocupaci6n por la necesidad de mejorar los servicios y proteger los derechos de las personas con discapacidad mental. Sin el apoyo de todas estas personas, no hubiera sido posible elaborar el presente informe.

En este informe se presenta un panorama global de los servicios publicos disponibles para personas con discapacidad mental en la Ciudad de Mexico, con una poblaci6n total de 22 millones de personas. El informe ademas ofrece ejemplos de las condiciones de vida y el tratamiento y

4En 1996, se integraron al equipo Catherine O'Malley, J.D., MDRI y Sara Lee, MSW, Directora de Trabajo Social del Hopsital St. Elizabeth en Washington, D.C. En 1998, el equipo fue integrado por Profesora Lynda Frost Clausel del Instituto de Derecho y Psiquiatria de la Universidad de Virginia. Brittany Benowitz, Asistente de Programas de MDRI particip6 en la misi6n de 1999.

5Con la excepci6n de Nieto, que nose visit6 en 1999.

0No se le autoriz6 a MDRI grabar pacientes individuales en Fray Bernardino ni en las Casas de Proteccion Social. El Programa de Testigos del Lawyers Committee for Human Rights en Nueva York le facilit6 a MDRI el uso de la videocamara. Las videograbaciones de MDRI se encuentran archivadas en la biblioteca de videograbaciones del Programa de Testigos en NuevaYork y se pueden revisar al hacer los arreglos correspondientes con MDRI.

cuidados proporcionados a las personas internadas en dos insitituciones fuera de la Ciudad de Mexico. Mexico es un pais grande y variado y por lo tanto MORI es conciente de que este informe describe sino una porcion de un complejo sistema de servicios. Mientras que las condiciones suelen variar de lugar en lugar, el jefe de servicios de salud mental del Gobierno Federal afirmo que en las instituciones del Distrito Federal visitadas por el equipo las condiciones son mucho mejores que las de otras instituciones del pais.

Las observaciones y conclusiones presentadas en el presente informe representan la postura de los autores y de MORI. Se ha hecho todo lo posible para que el contenido del mismo sea lo mas exacto posible. Antes de su publicacion, el informe fue enviado por adelantado al gobierno mexicano y se le pidio que notificara a MORI de cualquier error contenido en el informe. Por otra parte, MORI ha solicitado las observaciones del gobierno de Mexico con respecto al informe y ha manifestado su disponibilidad de publicar dichas observaciones junto con el informe.

Si existe cualquier error de hecho en el presente informe, se les ruega a los lectores hacerle llegar a MORI la informaci6n correcta. Se solicitan ademas observaciones y sugerencias para el futuro trabajo de MORI a favor de los derechos humanos de las personas con discapacidad en Mexico. Favor de enviar sus observaciones a:

Mental Disability Rights International 1156 15th St. NW, Suite 1001

Washington, D.C. 20005 E-mail: [MORI@mdri.org](mailto:MORI@mdri.org)

El presente informe ha sido traducido del ingles al castellano. Agradeceriamos cualquier comentario sobre correcciones en el lenguaje o la terminologia utilizados en la traduccion. Tambien se agradecen observaciones sobre la calidad de la misma. En caso de que existan diferencias en el contenido entre la version del ingles y el castellano, se debe reconocer el texto de la version en ingles como el texto original de los autores.

# Introduccion

#### Los derechos de personas con discapacidad mental: un tema que preocupa a la comunidad internacional

* + 1. **El derecho internacional de derechos humanos**

Los derechos de personas con discapacidad mental se reconocen como parte integral del derecho internacional de derechos humanos. 7 Desde la perspectiva legal, los derechos fundamentales de todas las personas se aplican por igual a las personas con discapacidad mental, aunque tradicionalmente su aplicaci6n ha sido inadecuada. Los derechos fundamentales de personas con discapacidad mental se enuncian en la Declaraci6n Universal de Derechos Humanos (DUDH), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Politicos (PIDCP)8 y el Pacto Internacional de Derechos Econ6micos, Sociales y Culturales (PIDESC).9 En el sistema interamericano, la Convenci6n Americana sabre los Derechos Humanos reconoce un amplio espectro de importantes derechos para las personas con discapacidad mental incluyendo la protecci6n contra la discriminaci6n y tratos inhumanos y degradantes y la protecci6n de la libertad e integridad personal.10

En las ultimas decadas, la Asamblea General de la ONU ha adoptado una serie de resoluciones que sirven de guia para la aplicaci6n de la ley internacional de derechos humanos para

7 Durante muchos afios no se han hecho cumplir para las personas con discapacidad mental las promesas del derecho intemacional. La Declaraci6n Universal de Derechos Humanos (DUDH) de 1948, el fundamento del derecho internacional de derechos humanos, declara que "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como estan de raz6n y conciencia..." (Articulo 1). La DUDH prohibe la discriminaci6n por razones de raza, color, sexo...o cualquier otra condici6n". En teoria, las personas que padecen discapacidades siempre han sido protegidos contra la discriminaci6n conforme a la DUDH, pero pasaron muchos afios antes de que la comunidad internacional comenzara a examinar la aplicaci6n de este derecho para las personas con discapacidad mental. En la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos en 1993, la comunidad internacional rea:firm6 la aplicaci6n universal de los derechos humanos conforme a los pactos y declaraciones existentes. Al mismo tiempo, dicha Conferencia hizo hincapie en la necesidad de una creciente atenci6n a poblaciones especialmente vulnerables, incluidas las personas con discapicad. "Se debe prestar atenci6n especial para asegurar la no discriminaci6n y el gozo equitativo de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para las personas discapacitadas, inclusive su participaci6n activa en la sociedad [traducci6n no oficial de MDRI]." *Declaraci6n de Vienna,* articulo 1 *(22).reproducido en* CENTER FOR THE STUDY OF THE GLOBAL SOUTH, AMERICAN UNIVERSITY, EVALUATING THE VIENNA DECLARATION: ADVANCING THE HUMAN RIGHTS AGENDA 98 (1993)

(procedimientos de conferencia).

8A.G. Res. 2200, 21 U.N. GAOR. Supp. (No. 16) 52, ONU Doc. N6316 (1966), ratificado por Mexico el 23 de marzo de 1981 (con reservaciones).

9 A.G. Res. 2200, 21 U.N. GAOR. Supp. (No. 16) 49, ONU Doc. N6316 (1966), ratificado por Mexico el 23 de marzo de 1981 (con reservaciones).

100.E.A. Off. Rec. OENSer.L./V.1123, doc. 21, rev.6 (1979), adoptado por Mexico el 3 de abril de 1982 (con reservaciones).

personas con discapacidades mentales y fisicas.11 En 1971, las Naciones Unidas adopt6 la *Declaraci6n sabre las Derechos de las Personas con Retraso Mental12* y, en 1975, la *Declaraci6n sabre las Derechos de Personas Discapacitadas.*13 A pesar de la aplicaci6n universal de dichos derechos, durante muchos afi.os la comunidad internacional dej6 de responsabilizar a los estados con respecto a su aplicaci6n para personas internadas a largo plaza en instituciones psiquiatricas. En 1982, las Naciones Unidas llam6 la atenci6n de la comunidad internacional sobre la situaci6n de las personas con discapacidad declarando el "Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos" el que llev6 al establecimiento del "Programa de Acci6n Mundial para los Impedidos". 14 Durante el transcurso del Decenio de los Impedidos, un equipo internacional de expertos se dedic6 a la elaboraci6n de normas internacionales de derechos humanos que enuncian las obligaciones de todos los estados con respecto a personas con discapacidad mental.

Al mismo tiempo que las Naciones Unidas elaboraba las normas de derechos humanos para personas con enfermedades mentales, organizaciones regionales de America Latina como la Organizaci6n Panamericana de Salud **(OPS)** exhortaron a los paises a tomar medidas concretas para

asegurar la plena protecci6n de los derechos humanos de personas con discapacidad mental 5 En

1 .

una reunion hist6rica convocada por la OPS en noviembre del 1990, se adopt6 la *Declaraci6n de Caracas* por legisladores, profesionales de salud mental y defensores de los derechos humanos y los derechos de personas con discapacidad de Norte y Sudamerica. La *Declaraci6n* representa un consenso entre profesionales de distintas partes de las Americas de que el hospital psiquiatrico, como (mica modalidad de asistencia "[aisla] al enfermo mental de su medio, generando en esa manera

11*Vease* Eric Rosenthal & Leonard S. Rubenstein, *International Human Rights Advocacy under the Principles for the Protection of Persons with Mental 1/lness,* 16 INT'L J. L. & PSYCHIATRY 257 (1993) (describiendo el desarrollo del derecho internacional de derechos humanos para personas con discapacidad mental). Para un resumen en espafiol de los derechos de las personas con discapacidad bajo la ley internacional vease Los DERECHos HUMANOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (compilador y analista, Rodrigo Jimenez, 1996). Este valioso documento, que incluye una compilaci6n de los instrumentos de derechos humanos pertinentes a las personas con discapacidad, se puede obtener de ILANUD, Apartado Postal 10071-1000, San Jose, Costa Rica o del Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Apartado 10081-1000, San Jose, Costa Rica. El libro fue editada conjuntamente par dichas organizaciones y Disabled People International, Canada.

12A.G. res. 2856, 26 UN GAOR Supp. (No. 29) p. 99, ONU Doc. N8429 (1971).

13A.G. res. 3447, 30 U.N. GAOR Supp. (No.34) p. 92, ONU Doc. Nl0,034 (1975).

14 A.G. res. 52, 37 UN GAOR, Supp. (No. 34), p.99. ONU Doc. (1982) (adoptado por consenso). *Vease tambien, Jmplementaci6n de/ Programa de Acci6n Mundial para las Impedidos y el Decenio de las Naciones Unidas para los Jmpedidos,* Asamblea General de las Naciones Unidas, ONU Doc. N41/605 (1986).

15 *Vease* Itzhak Levav, Helena Restrepo y Carlyle Guerra de Macedo, *The Restructuring of Psychiatric Care in Latin America: A New Policy for Mental Health Services,* 15 J. PUBLIC HEALTH & POLICY 71 (1994) (que contiene una descripci6n de la evoluci6n del campo de salud mental, la politica y el derecho que fundamenta la *Declaraci6n de Caracas).* Una reproducci6n completa de la *Declaraci6n* aparece en lap. 82 del articulo. Una traducci6n al espafiol esta en Jimenez, *supra* nota 11, en lap. 186.

mayor discapacidad social". 16 La *Declaraci6n* concluye que dichas condiciones "ponen en peligro las derechos humanos y civiles del enfermo".17

La *Declaraci6n de Caracas* hace un llamamiento tanto a las autoridades nacionales como a las ONGs a que emprendan una reestructuraci6n de los sistemas de atenci6n primaria de salud que "permite la promoci6n de modelos alternativos de servicios en la comunidad y dentro de sus redes sociales".18 Se deben disponer de los recursos necesarios para los servicios de salud mental con el fin de "salvaguardar invariablemente la dignidad personal y los derechos humanos y civiles"19 y las "legislaciones de los paises deben ajustarse de manera que aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales".20

Los principios fundamentales contenidos en la *Declaraci6n de Caracas* recibieron un fuerte impulso en 1991 cuando la Asamblea General de la Organizaci6n de las Naciones Unidas aprob6 los *Principios para la Protecci6n de las Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atenci6n de SaludMental* (en adelante *Principios de SaludMental).* 21 Los *Principios de SaludMental,* el fruto de diez afios de trabajo por expertos internacionales, establecen normas minimas de derechos humanos para personas con discapacidad mental. A falta de una convenci6n especializada sobre los derechos de personas con discapacidad mental, la Comisi6n Interamericana de Derecho Humanos ha sostenido que los *Principios de Salud Mental* sirven coma guia autoritaria para la interpretaci6n de la Convenci6n Americana con respecto a su aplicaci6n para personas con discapacidad mental22. Al mismo tiempo, los *Principios de Salud Mental* son una herramienta valiosa para la documentaci6n de los derechos humanos internacionales porque constituyen una norma equilibrada y consistente para la evaluaci6n de la efectividad de los derechos human.as en los sistemas de salud

*16Jdem.* p. 83, *preambulo,* parr. 2.

*11Idem.*

*18ldem.,* articulo l.

19*Idem.,* articulo 3.

*20Jdem.,* articulo 4.

21 A.G. res. 119, 46 UN GAOR, Supp. No. 49, Anexo, pp. 188-92, ONU Doc. A/46/49 (1991). *Vease* Rosenthal y Rubenstein, *supra* nota 11, 15, (analizando las garantias contenidas en los *Principios de Salud Mental* y describiendo su utilizaci6n como guia para la interpretaci6n de las convenciones de derechos humanos.).

22Caso de Victor Rosario Congo, Informe 29/99, Caso 11.427, Ecuador, adoptado por la Cornisi6n en su Sesi6n 1424, OEA/Ser/L/Vll.102, Doc. 36, 9 de marzo de, 1999. La Comisi6n Interamericano cit6 a Rosenthal & Rubenstein, nota 11, 15, en su plantearniento que los Principios de Salud Mental pueden servir de guia para la interpretaci6n de los pactos de derechos humanos. *Idem.* P. 8, n.7.

mental a nivel mundial. El presente informe recurre a *Los Principios de Salud Mental* coma guia principal para la evaluaci6n de los servicios de salud mental en Mexico.

Los *Principios de SaludMental* se aplican no solo a los pacientes internados en instituciones psiquiatricas sino a toda personas con discapacidad mental. Los *Principios de Salud Mental* se aplican ademas a "todas las personas que ingresan en una instituci6n psiquiatrica",23 independientemente de que hayan sido diagnosticadas con una enfermedad mental. Asimismo, los *Principios de Salud Mental* contienen garantias contra la discriminaci6n24 y enuncian una serie de derechos disenados para garantizar que las personas detenidas en instituciones psiquiatricas sean "tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana"25.

Los *Principios de Salud Mental* adquieren gran importancia para la estructura misma de los sistemas de salud mental. Por ejemplo, especifican que "toda persona que padezca una enfermedad mental tendra derecho a vivir y a trabajar, en la medida de los posible, en la comunidad."26 Para asegurar esto, "todo paciente tendra el derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive"27. Segun los Principios de Salud Mental, una persona admitida a una instituci6n o centro psiquiatrico debe ser "tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar...y tendra derecho a regresar a la comunidad lo antes posible."28 Dentro de la instituci6n psiquiatrica "el tratarniento de cada paciente estara destinado a preservar y estimular su independencia personal"29.

*23Principios de Salud Mental,* principio 24.

*24Jdem,* principio 1(4).

*25Jdem,* principio 1(2).

*26Jdem,* principio 3.

*27Jdem,* principio 7(1).

*18Jdem,* principio 7(2).

*19Jdem,* principio 9(4).

#### Mental Disability Rights International es

Los *Principios de Salud Mental* contienen normas sustantivas30 ademas de garantias procesales31 contra la admisi6n involuntaria. Entre los criterios sustantivos de adrnisi6n en una instituci6n psiquiatrica, los *Principios de Salud Mental* limitan la adrnisi6n involuntaria a personas diagnosticadas como enfermos mentales "con arreglo a las normas medicas aceptadas internacionalmente"32.

Conforme a los *Principios de Salud Mental,* se protegera a toda persona que recibe tratamiento de salud mental de "cualesquiera dafios, incluida la administraci6n injustificada de medicamentos ..."33 El tratamiento se basara en un "plan prescrito individualmente..."34 Por otra parte, los *Principios de Salud Mental* aseguran que "no se administrara ningun tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado..." salvo en los casos previstos en los *Principios de Salud Mental* mismos35.

Hoy en dia, la legislaci6n interna de muchos paises de las Americas, Europa y otras regiones del mundo prohibe la discriminaci6n por motivos de discapacidad mental. Esto contribuye a que las personas con discapacidad mental tengan mayor acceso al empleo, la vivienda, los servicios publicos y a otras comodidades. Este tipo de legislaci6n constituye un elemento importante de la reforma de los sistemas de salud mental y ha contribuido a que las personas con discapacidad mental vivan plenamente en la comunidad.

30Una persona solo podra ser admitida como paciente involuntario en una institucion psiquiatrica cuando se determine que padece una enfermedad mental y que "debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daiio inrnediato o inminente para esa persona o para terceros". *Id.* principle 16(l)(a). "En el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio este afectada", podra ser admitida involuntariamente para evitar un "deterioro considerable" o para proporcionar "un tratamiento adecuado que solo puede aplicarse si se admite al paciente en una institucion pisquiatrica de conformidad con el principio de la opcion menos restrictiva.

Principle 16(1) (b). Conforme a este principio, "todo paciente tendra derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y la necesidad de proteger la seguridad fisica de terceros." Principle 9(1).

31 Toda persona sometida a la admisi6n involuntaria tendra derecho a una revision independiente por un "organo judicial y otro organo independiente e imparcial..." Idem. Principio 17(1). Se puede apelar ante un "tribunal superior" de la decision del organo de revision. Principio 17(7). Se puede apelar "ante un tribunal superior" de la decision del organo de revision. Asimismo, la persona sujeta a una admision involuntaria tiene derecho a un defensor, a solicitar y presentar 1m dictamen independiente sobre su salud mental, a examinar a los declarantes y a presentar informes o pruebas orales, escritas y de otra indole. Principio 18.

32Jd., principle 4.

*33Jd.,* principle 8.

*3"Jd.,* principle 9(2).

*351d.* principle 11(1).

#### Una tendencia internacional hacia la integracion comunitaria

Los avances en el reconocimiento juridico de las derechos de personas con discapacidad se dan en un contexto de adelantos entrelazados en las ambitos social, econ6mico y politico que han llevado a mejoras importantes en las vidas de las personas con discapacidad mental. En muchos paises se han emprendido reformas que demuestran una amplia tendencia hacia la integraci6n comunitaria a nivel mundial. Segun la Organizaci6n Mundial de Salud (OMS) en Europa existe "un grado notable de concertaci6n" con respecto a la importancia de desviar el enfoque de las instituciones psiquiatricas grandes a favor de programas comunitarios que permitan una mayor integraci6n a la comunidad36. En su analisis retrospectivo de treinta paises entre las afios 1972 - 1982, la Organizaci6n Mundial de Salud describi6 las cambios en las servicios de salud mental de la siguiente forma:

En las ultimas 30 afios, la practica psiquiatrica ha sufrido cambios muy significativos y par consiguiente la estructura de servicios de atenci6n y tratamiento de las enfermos mentales tambien ha cambiado. Se han desarrollado nuevos programas, politicas y legislaci6n de Salud Mental en rnuchos paises y se siguen desarrollando en otros...La psiquiatria institucional se ha vista reemplazada par la psiquiatria comunitaria, concentrandose, en primer lugar, en las centros extrahospitalarios coma clinicas de consulta externa, centros de salud mental, unidades en las hospitales generales, centros de intervenci6n de urgencia, y sus semejantes. [Traducci6n no oficial de MORI]

Aunque existe una mayor aceptaci6n de la salud mental comunitaria, la transformaci6n de las servicios de salud mental tanto en Europa37 coma en Estados Unidos38 no se ha dado sin dificultades. En Estados Unidos, la reducci6n de las programas sociales en las afios ochenta llev6 a mucha gente a relacionar el creciente problema de las desamparados con la falta de servicios comunitarios adecuados. Sin embargo, aunque las servicios comunitarios de salud mental nunca han gozado de suficiente apoyo, las estudios demuestran que el problema de las desamparados en Estados Unidos no se debe a la desinstitucionalizaci6n. Mas bien, dicha situaci6n obedece a otros factores mas alla del sistema de salud mental39. A pesar de las dificultades inherentes a la transici6n y la financiaci6n de las servicios comunitarios adecuados en Estados Unidos, el enfoque de las servicios de hospitalizaci6n ha cambiado de ser uno de cuidado custodial a uno de tratamiento a corto plaza de caracter agudo para responder a crisis que no pueden ser tratadas en la comunidad. 40

36OMS, Public Health in Europe, *Mental health services in Europe: 10 years on 75* (1985).

*37ldem,* p. 71.

*38Vifose* John Q. LaFond and MaryL. Durham, *BACK TO THEASYLUM: THEFUTUREOFMENTALHEALTH LAW AND POLICY IN THE UNITED STATES 100* (1992).

39 La gran mayoria de las personas sin hogar necesitan del apoyo de la comunidad. Sin embargo no es apropiado la admisi6n en una instituci6n psiquiatrica de dichos individuos. *Idem, p.* 104.

*40DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, MENTAL HEALTH: A REPORT TO THE SURGEON GENERAL* 287

(1999).

En America Latina tambien se ha visto un movimiento hacia el desarrollo de programas de salud mental comunitarios. La Organizaci6n Panamericana de Salud (OPS) ha documentado la creaci6n de programas comunitarios de salud mental en Buenos Aires, Argentina, Puerto Alegre, Brasil, Cali, Colombia y Curundu, Panama.41 Dichos programas son particularmente significativos porque demuestran como los servicios de consulta externa existentes se pueden convertir en fundamento para el desarrollo de un sistema integral de servicios comunitarios. Ademas los hospitales generales juegan un papel cada dia mas importante en la prestaci6n de servicios antes disponibles unicamente en instituciones psiquiatricas con caracteristicas asilares. En Costa Rica, por ejemplo, entre 1965 y 1986, aument6 de uno a diecisiete el numero de unidades psiquiatricas en los hospitales generales. 42 Esta transformaci6n en Costa Rica ha resultado en un mayor enfasis sobre la hospitalizaci6n de corta estadia y la reintegraci6n social de los enfermos mentales.43 En la medida que crece el consenso en Latinoamerica, las organizaciones de derechos humanos ban reconocido que la integraci6n comunitaria es una necesidad y un derecho y exigen cada vez mas la protecci6n de los derechos consagrados en los Principios de Salud Mental.44

#### Antecedentes y estructura de los servicios de salud mental

* + 1. **Evolucion historica del sistema de servicios mentales en Mexico**

En Mexico, la institucionalizaci6n de los enfermos mentales data del siglo1500 cuando se fund6 el Hospital San Hipolito, el primer hospital psiquiatrico especializado en todo el continente.45 En 1910, se fund6 el asilo "La Castaneda" para enfermos mentales y personas con retraso mental asi como para amplios sectores de personas marginadas de la sociedad. Aproximadamente 1.000 personas fueron trasladadas a la Castaneda desde otras regiones de Mexico. En la primera mitad de los anos sesenta, el asilo La Castaneda albergaba a 3.500 pacientes internados, los cuales vivian en pesimas condiciones, segun los informes disponibles. No se contaba con alimentaci6n, no habia tratamiento adecuado y en las areas residenciales se vivia en hacinamiento. Durante las reformas de 1965-70, el asilo La Castaneda fue cerrado. Bajo un plan de acci6n nacional denominado "Operaci6n Castaneda, se crearon once instituciones psiquiatricas, incluyendo seis "granjas" , instituciones con caracteristicas asilares ubicadas en las afueras de la ciudad. Durante este periodo se fundaron las siguientes "granjas": Jose Sayago, Samuel Ramirez Moreno, Jose Maria Nieto, Fernando Ocaranza, y La Salud, Tlazolteotl. En el presente informe se describen las "granjas" Sayago, Moreno y Nieto.

41 ORGANIZACI0N PANAMERICANADE SALUD, REESTRUCTURACI0N DE LAATENCI0N PSIQUIATRICA: BASES

CoNCEPTUALES y GuiAS PARA SU IMPLEMENTACI0N, 38-42 (R. Gonzalez Uzcategui & I. Levav, eds., 1991).

42 Idem. p. 44.

43 Idem, p. 51.

44 *Vease,* p.e. ILANUD, *Programa Mujer, Justicia y Genera,* DERECH0S HUMAN0S DE LAS PERS0NAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA (1998).

*45Hospitales Psiquiatricos: Resumideros de la Sinraz6n, Editorial Tres,* en 3 (107) *MIRA,* (Mexico, D.F., 16 de marzo de 1992) y comunicaci6n personal con Virginia Gonzalez Torres, Presidenta de la *Fundaci6n Mexicana para la Rehabilitaci6n de! Enfermo Mental,* I.AP.

En esta misma epoca, se fund6 el hospital psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez en el centro del Distrito Federal. El hospital Fray Bernardino fue concebido como un centro academico de investigaci6n y tratamiento con programas de capacitaci6n para trabajadores de salud mental. Todas estas nuevas instituciones fueron fundadas por *laDirecci6n de SaludMental* que operaba bajo lo que en ese entonces se denominaba la *Secretaria de Salubridad y Asistencia* o "SSA").

#### Accion civica y reforma

Existen numerosas organizaciones no gubernamentales (ONGs) en Mexico compuestas de personas con retraso mental y paralisis cerebral y sus familiares. La *Fundaci6n Mexicana para la Rehabilitaci6n de! Enfermo Mental* -FMREM.

La FMREM es una organizacion no gubernamental que ha participado en faros nacionales he internacionales defendiendo los derechos humanos de las personas con enfermedades mental sin recurses economicos manteniendo una postura en contra del modelo asilar dentro de los hospitales psiquiatricos publicos apoyando el modelo de rehabilitacion psicosocial. La FMREM fue la de la inicitiva de que se crearan comites ciudadanos dentro de los hospitales psiquiatricos publicos, a la fecha el Comite Ciudadano del Hospital Campestre Jose Sayago, del Hospital D. Samuel Ramirez Moreno, del Hospital Adolfo M. Nieto, y del Hosptal Fernando Ocaranza fueron creados por iniciativa de la Fundacion, asi como la Fundacion Dignidad cuyo objetivo es impulsar programas en la comunidad. La Fundacion Dignidad administra los unicos programas comunitarios y unidades de vivienda asistida gratuitos para personas con discapacidad psiquiatrica, dichos programas atienden a 62 personas.

Virginia Gonzalez Torres, fundadora y presidenta de la FMREM, ha trabajado incansablemente en favor del mejoramiento de las condiciones en las instituciones psiquiatricas en Mexico. La Asociaci6n Mundial para la Rehabilitaci6n Psicosocial ha reconocido la labor de la Sra. Gonzalez Torres, nombrandola parte de la junta directiva de su Comite de Derechos Humanos. A principios de los afios noventa, el tema del maltrato y abuso dentro de las instituciones psiquiatricas en el Mexico fue ampliamente divulgado en los medias de comunicaci6n despues de una serie de revelaciones difundidas por la FMREM y por otros activistas preocupados por los derechos de personas con discapacidad mental.46 Debido a la protesta popular generada por dichas revelaciones, se llevaron a cabo varias mejoras en las "granjas". Asimismo, la continua presi6n popular llev6 al gobierno a elaborar una nueva ley federal de salud mental. La FMREM jug6 un papel protagonista en la elaboraci6n y revision de dicha legislaci6n. En 1995, esta nueva ley federal de salud mental, *Norma Oficial Mexicana 025* fue adoptada por la asamblea legislativa federal y ese mismo afio entr6 en vigor en el Distrito Federal de la Ciudad de Mexico.47. Entre 1996 y 1998, algunos elementos de la ley fueron integrados a la legislaci6n de otros estados del pais. Aunque persisten grandes deficiencias con respecto a su aplicaci6n (vease mas adelante), hoy en dia dicha ley tiene caracter obligatorio en todo el pais.

46 Idem.

47 Norma Oficial Mexicana, NOM-025-SSA2-1994 Para la prestaci6n de senricios de salud en unidades de atenci6n integral hospitalaria medico-psiquiatrica. (En adelante, Norma Oficial Mexicana).

Uno de los logros principales de la FMREM fue la organizaci6n de Comites Ciudadanos para la protecci6n de los derechos de las personas internadas en instituciones psiquiatricas. Por media de dichos comites, las personas internadas tienen la oportunidad de participar en la formulaci6n de politicas y programas en las instituciones. La FMREM organiz6 el primer Comite Ciudadano en el hospital Samuel Ramirez Moreno por media de un acuerdo directo con la Secretaria de Salud. Posteriormente, los comites fueron reconocidos oficialmente en la Norma Oficial Mexicana, la cual exige su creaci6n en todas las instituciones psiquiatricas del pais. La FMREM ha creado ademas varias organizaciones independientes que operan coma Comites Ciudadano en los hospitales de Ramirez Moreno, Sayago, Nieto y Ocaranza.

Por otro lado, se dieron cambios importantes coma resultado de un ataque de violencia fisica perpetrado contra la Sra. Gonzalez Torres en octubre de 1997 en la instituci6n Jose Sayago. En esa fecha la Sra. Gonzalez Torres se dirigi6 a la instituci6n solicitando la entrada para ella y otros miembros del Comite Ciudadanos oficialmente reconocido. Previamente, el hospital Sayago le habia negado acceso a partir de la divulgaci6n de denuncias sabre una violaci6n sexual dentro de esa instituci6n tres semanas antes. Aunque se les neg6 la entrada a los miembros del Comite, se permiti6 que la Sra. Gonzalez Torres entrara sola. Segun manifesto la Sra. Gonzalez Torres, una vez adentro fue atacada por el personal de la instituci6n a golpes y patadas y tambien sufri6 un golpe a la cabeza mientras fue sacada a empujones por la puerta de la instituci6n. La Sra. Gonzalez Torres fue trasladada a un hospital general de Ciudad de Mexico donde se constat6 que habia sufrido contusiones y un edema cerebral.

El ataque contra la Sra. Gonzalez Torres fue ampliamente difundido en la prensa mexicana. Como resultado, se despidi6 al director de Sayago y, poco tiempo despues, se reemplaz6 a varios funcionarios de la direcci6n superior de las instituciones psiquiatricas de Ciudad de Mexico. Se sustituyeron los directores de Ramirez Moreno y Nieto al igual que a otros importantes funcionarios administrativos del gobierno de Ciudad de Mexico. A los dos meses, la Sra. Gonzalez Torres y miembros de los Comites Ciudadanos de Sayago, Nieto, Ramirez Moreno (y luego Ocaranza) gozaron del acceso abierto a dichas instituciones.

#### La Ley Federal de Salud Mental

La nueva ley federal de salud mental, Norma Oficial Mexicana 025, fue adoptada antes del atentado contra la Sra. Torres. Sin embargo, su implementaci6n se ha dado en un media muy afectado por los cambios en la direcci6n superior que se realizaron coma consecuencia de dicho incidente.

La Ley de Salud Mental (Norma Oficial 025) sigue el modelo de los *Principios de Salud Mental.* Aunque muchas secciones de los Principios fueron integrados en forma textual a la ley de salud mental, dicha ley contiene algunas secciones adicionales y omite otras secciones importantes de los Principios. Sin embargo, la secci6n 11 de la Norma Oficial Mexicana afirma que dicha legislaci6n "tiene concordancia" con los Principios de Salud Mental.48 La Norma Oficial Mexicana

48 Norma Oficial Mexicana, Seccion 1 l.

ofrece a las instituciones psiquiatricas publicas directrices generales sabre los derechos, el cuidado y la rehabilitaci6n de personas con discapacidad mental.

Conforme a la Norma Oficial Mexicana, el gobierno asume la responsabilidad de proveer servicios en la comunidad para personas con discapacidad mental.49 La secci6n 7.1.3 estipula que los hospitales tienen la obligaci6n de promover la creaci6n de programas comunitarios en la comunidad para facilitar la reintegraci6n a la comunidad de los enfermos mentales50. Para lograr una transici6n exitosa a la comunidad, las hospitales deben ofrecer programas de rehabilitaci6n integral. En este sentido, la secci6n 3.5 de la Norma Oficial Mexicana define la rehabilitaci6n integral coma "un conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilizaci6n del potencial maxima de crecirniento personal de un individuo, que le perrnita superar o disrninuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad mental". Segun la ley, las programas de rehabilitaci6n deben "promover en el paciente el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana" para perrnitir su "plena participaci6n en actividades productivas y en la vida socio-cultural".51.

Segun la Secci6n 4.2.2 de la Norma Oficial Mexicana cada instituci6n psiquiatrica u hospital se encarga de evaluar las necesidades de cada individuo. Los servicios de salud mental que se ofrecen a las usuarios deben incluir un ambiente seguro e higienico y humano y garantizar el respeto de la dignidad humana y las derechos civiles y humanos52.

La Norma Oficial Mexicana exige la creaci6n de Cornites Ciudadanos" para vigilar las condiciones en las "granjas" y las demas instituciones psiquiatricas53. Por otra parte, la ley prescribe la creaci6n de la Coordinaci6n de Salud Mental, una dependencia de la Secretaria de Salud cuyo fin es formular politicas de salud mental. La Coordinaci6n de Salud Mental tambien actua como agencia de supervision y puede transmitir a las instituciones recomendaciones confidenciales sabre reformas necesarias a las practicas de tratamiento para que las sistemas de servicios acaten la Ley de Salud Mental.

Los Comites Ciudadanos gozan de acceso total para revisar los programas de tratamiento, incluyendo las historiales clinicos de los pacientes tanto fisicos como psiquiatricos asi coma tambien

49 Idem, Secci6n 7. (Describienda "Actividades de rehabilitacian integral").

50 Idem, Secci6n 7.1.3.1 Se debe desarrollar programas en la camunidad, incluidas centros comunitarias de salud mental, centros de dia, casas de media camino y las demas servicios extrahaspitalarios).

51 Idem, Secci6n 3.5, (Describienda programas de "Rehabilitaci6n Integral").

52 Idem, Secci6n 4.2.2., (Disposiciones Generales y Secci6n 8, Derechos Humanos y de Respeto a la Dignidad de las Usuarios.).

53 Idem, Secci6n 12.2., Apendice B. *Vease tambien* SECRETARIA DE SALUD, COORDINACION DE SALUD MENTAL, PROGRAMANACIONAL DE SALUD MENTAL 1998-2000, (En adelante Programa *2000).*

los registros administrativos del hospital. Un(a) representante del Comite Ciudadano participa en el Comite Etico y de Supervision que debe ser organizado en cada instituci6n. La informaci6n transmitida al Comite mediante observaciones, comunicaci6n directa o los historiales clinicos de los pacientes se debe mantener estrictamente confidencial54. Desde la aprobaci6n de la Ley de Salud Mental, se han organizado Comites Ciudadano en aproximadamente veinte hospitales psiquiatricos en el Distrito Federal55.

La mayor limitacion de la Ley Federal de Salud Mental es que no cuenta con disposiciones que obligan a la revision independiente de la admisi6n involuntaria. Este aspecto de la ley mexicana se examina mas a fondo en Parte III (C) del presente.

#### Estructura de los servicios en la actualidad

Mexico tiene treinta-y-un estados y territorios cada uno de los cuales administra sus propios programas de servicios de salud, incluyendo los programas de salud mental. El gobierno federal fiscaliza todos los programas estatales. El Secretario de Salud, supervisa el sistema nacional de salud y dirige las politicas sabre tratamiento preventive y servicios sociales en las distintas instituciones de salud mental. En la actualidad, hay treinta-y-dos instituciones psiquiatricas publicas en Mexico, diez hospitales psiquiatricos privados y cuatro hospitales psiquiatricos de seguro social 6 Se agrega a esto que las autoridades de la Ciudad de Mexico prestan servicios a personas pobres y desamparadas por media de Casas de Protecci6n Social, de las cuales dos son administradas especialmente para personas con discapacidad mental.

5 .

La Secretaria Mexicana de Salud (anteriormente el "SSA") se encarga de la formulaci6n de politicas nacionales en la esfera de la salud, mientras que la Direcci6n General de Regulaci6n de los Servicios de Salud supervisa la ejecucion de politicas y reglamentos nacionales que afectan las instituciones de la salud, incluida la salud mental57. En el Distrito Federal de la Ciudad de Mexico, la Subsecretaria de Coordinacion Sectorial de Salud Mental se encarga de fiscalizar tanto los servicios psiquiatricos publicos como las instituciones de salud mental.

El sistema de Seguridad Social ofrece protecci6n para la mitad de la poblaci6n mexicana, individuos de recursos econ6micos medianos que han trabajado y contribuido al sistema de seguridad social. Los pobres y otras personas no protegidas por la seguridad social pueden acudir a los servicios de salud mental del gobierno federal y los gobiernos estatales.

54 Idem, Secci6n 12.2 Apendice B, 77.

55 Segun la FMREM, existen Comites Ciudadano en los hospitales de Sayago, Ocaranza,, Nieto y Ramirez Moreno.

*56* Las instituciones publicas y las del sistema de seguridad social son financiados par donativos privados, individuales y de caracter caritativo ademas de fondos publicos y del sistema de seguridad social. El sistema de Seguridad Social es un sistema de seguro para las trabajadores en el cual las costos medicos se cubren con fondos publicos, del empleador y del trabajador.

57 Esta direcci6n fue creada en el contexto de las reformas administrativas emprendidas entre 1982 - 1987 en Mexico para decentralizar la administraci6n del sistema de salud y para transferir autoridad a las estados.

La mayoria de los estados mexicanos (pero no todos) cuentan con un hospital psiquiatrico. El sistema de salud mental mexicana cuenta con aproximadamente 5.500 camas en instituciones con caracteristicas asilares (esto comprende los servicios en el Distrito Federal de Ciudad de Mexico y demas programas de las autoridades federales de Mexico; no comprende los servicios estatales de salud mental y camas para casos cr6nicos en instituciones financiadas a nivel local coma las Casas de Protecci6n). 58 Un estudio de la Subsecretaria de Salud Mental para el Distrito Federal de Ciudad de Mexico calcula que uno de cada seis Mexicanos padece una enfermedad mental y tendra necesidad de acudir a tratamiento especializado en algun memento de su vida.59. Segun las politicas nacionales vigentes, la gran mayoria de los servicios de salud mental deben estar disponibles en la comunidad o en los hospitales generales60. Segun el Programa Nacional para la Salud Mental de 1998-2000, se debe recurrir a los hospitales psiquiatricos unicamente si existe "una patologia o trastorno de la conducta que constituye un peligro para el usuario o para la comunidad" o si alguien requiere de "un tratamiento especializado y sumamente tecnico"61.

58 Informaci6n proporcionada por la Coordinaci6n de Salud Mental, Recursos de Atenci6n Psyquiatrica Hospitales SSA (1997).

59 PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL 1998-2000 a 8. Segun el informe, "Los resultados encontrados en este estudio con los realizados en otros paises, e indican que una de cada seis personas sufrira un problema significativo en su salud mental, que podria requerir de atenci6n medica especializada para su resoluci6n."

6°COORDINACIONDE SALUD MENTAL, PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL, 1998-2000, 24-27.

61 Idem, 29-30.

**Mental Disability Rights International e**13

# Esperanza y peligros de las nuevas reformas hacia la integraci6n comunitaria

El panorama de reforma del sistema de salud mental y la vigencia de los derechos humanos en Mexico es prometedor a pesar de las graves violaciones a los derechos humanos documentadas dentro de las instituciones psiquiatricas (vease el Capitulo III). Muchas personas se encuentran injustamente detenidas en instituciones y segregadas del resto de la sociedad por no tener a su disposici6n alternativas comunitarias. En este contexto es importante y prometedor el que la nueva ley federal de salud mental (Norma Oficial Mexicana 025) contemple el derecho de las personas con discapacidad mental a recibir servicios en la comunidad. Muchos de los profesionales de salud mental y directores de instituciones entrevistados por el equipo de MDRI manifestaron su interes en la creaci6n de programas que promuevan la reintegraci6n comuni.taria de pacientes hospitalizados. Algunos de dichos profesionales calificaron de alentadora la nueva ley mexicana mientras que otros estaban conscientes de la nueva tendencia intemacional hacia la integraci6n comunitaria. El director de Jalisco en Guadalajara, por ejemplo, describi6 una nueva iniciativa para la creaci6n del primer hogar colectivo en la comunidad para pacientes ahora internados. Desgraciadamente, en este momento no existen fondos federales o estatales disponibles para la implementaci6n de este nuevo tipo de servicios comunitarios.

En su reunion con el equipo de MDRI, el director de la *Coordinaci6n de Salud Mental* manifesto que es urgente llevar a cabo esfuerzos para la integraci6n comunitaria en conformidad con la Norma Oficial Mexicana. Dijo ademas que se estan elaborando planes para que se aplique la nueva ley sobre el derecho a ser tratado en la comunidad. Asegur6 queen los pr6ximos afios, se reintegrara a la comunidad la totalidad de pacientes que requieren atenci6n a largo plazo. Dicho funcionario mencion6 tambien un plan para reducir en un tercio el censo de pacientes intemados en las instituciones de todo el pais en el plaza de un afio. Como un primer paso bajo este plan, las "granjas" se transformarian en "hospitales de noche" mientras que los pacientes se integrarian a la comunidad durante el dia.

Los aspectos prometedores de la Norma Oficial Mexicana coinciden tanto con la ley internacional de derechos humanos como con el derecho a la reintegraci6n comunitaria enunciados en los Principios de Salud Mental. Segun los Principios de Salud Mental, los gobiemos deben disponer de servicios y sistemas de apoyo adecuados de manera que las personas con discapacidad mental puedan vivir sin peligro en la comunidad62. Los Principios de Salud Mental dejan claro que

62 Los Principia de Salud Mental contemplan un derecho "negativo" contra la detenci6n injustificada en una instituci6n psiquiatrica de personas que puedan vivir en la comunidad ademas de un derecho positivo a ser tratado en la comunidad. El derecho negativo se enuncia en el Principia 09 en cuanto a que: "todo paciente tendra derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y la necesidad de proteger la seguridad fisica de terceros". El derecho positivo a ser tratado en la comunidad aparece en el Principia 7(1) el cual afirma que "todo paciente tendra derecho a ser tratado y atendido , en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive". El derecho a ser tratado en la comunidad aplica a todas las personas en la comunidad, sin importar si han estado o no institucionalizadas por el gobierno. Por lo tanto, "Todas las personas tienen derecho a la mejor atenci6n disponible en materia de salud mental que sera parte del sistema de asistencia sanitaria y social". Principia 1(1). Con este fin, la Comisi6n Nacional de Derechos Humanos se encarga de supervisar y fiscalizar los servicios y las condiciones. *(Vease* Secci6n III). En sus recomendaciones la Comisi6n exhorta a las autoridades mexicanas a proporcionar los recursos necesarios previstos por los *Principios de Salud Mental.* Comisi6n Nacional de Derechos Humanos,

en ultima instancia es responsabilidad del gobierno garantizar el respeto de las derechos de personas con discapacidad mental mediante la creaci6n de sistemas de apoyo adecuados tanto en la comunidad coma dentro de las instituciones psiquiatricas.

Sin embargo, las autoridades mexicanas estan abordando la aplicaci6n de la Norma Oficial Mexicana y el derecho a la integraci6n comunitaria de una manera que da lugar a graves preocupaciones en cuanto a la seguridad y el cuidado de los pacientes. Segun las autoridades mexicanas, no se dispone de nuevos recursos para crear sistemas de servicio y apoyo en la comunidad. Es mas, las autoridades federales manifestaron que en la actualidad no existen, ni se estan creando, programas comunitarios publicos en ninguna parte del pais. Las autoridades responsables de la salud mental han solicitado fondos, pero la cantidad solicitada, 200,000 pesos, es minima. Para la Ciudad de Mexico, una ciudad de 22 millones de habitantes, las autoridades federales han solicitado una cantidad equivalente al presupuesto anual de los programas comunitarios de la Fundaci6n Dignidad que ofrecen servicios a 62 personas.

La no planificaci6n del periodo de transici6n a la comunidad de pacientes ahora internados puede resultar en un fracaso garantizado que pone en duda el compromiso por llevar a cabo una verdadera reforma. Los directores de algunas instituciones entrevistados en noviembre de 1999 desconocian por completo las reformas planteadas. A pesar de esto, ya estaba en marcha una iniciativa para reducir el censo de pacientes internados en las "granjas" ubicadas en las afueras de Ciudad de Mexico y de hecho, ya se habia comenzado a reducir el censo de pacientes en cada una de las '"'granjas"" visitadas por el equipo. Por ejemplo, en Ramirez Moreno, en poco mas de un afio se habia reducido la poblaci6n de pacientes cr6nicos en casi doscientas personas. Aunque el director asegur6 que todos las pacientes egresados habian sido entregados a sus familias o trasladados a hospitales estatales, reconoci6 tambien que el hospital no habia llevado a cabo ningun tipo de seguimiento a dichos individuos. Par otra parte, no se contaban con nuevos servicios comunitarios para atender a las personas egresadas del hospital. El director reconoci6 la posibilidad de que algunos de estos pacientes ahora se encuentren desamparados y en la calle.

Cuando se le pregunt6 al jefe de la Coordinaci6n de Salud Mental del gobierno federal por que habia pedido tan limitados fondos para promover la integracion comunitaria, manifesto que se anticipaba que los programas comunitarios serian menos costosos que los servicios de hospitalizaci6n. Sin embargo seria precipitado emprender una rapida disminuci6n de la poblaci6n institucionalizada sin contar con estudios sabre las costos reales de los servicios comunitarios en Mexico y tomando en cuenta la falta de nuevos programas y fondos para su financiamiento. Las experiencias de otros paises demuestran que la reintegracion de personas con discapacidad requiere tanto de una cuidadosa planificacion como de una inversion de recursos. Es mas, en numerosos paises, personas con discapacidad mental han resultado desamparadas y descuidadas aun cuando se han creado algunos programas y servicios en la comunidad.

Aunque las experiencias de otros paises indican que podria resultar menos costoso un sistema de integraci6n comunitaria de personas con discapacidad mental - especialmente en el caso de los nifios, de personas con retraso mental y de personas que no presentan enfermedades mentales severas

*Recomendaci6n 70/95 Caso de Hospital Psiquiatrico Campestre "Dr. Fernando Ocaranza"* (1995). El gobierno de Mexico no ha cumplido esta obligaci6n.

#### Mental Disability Rights International e1s

-es muy posible que los costos globales aumenten (Vease el Capitulo V para una discusi6n de la planificaci6n y financiaci6n de reformas). Por lo general, los servicios comunitarios requieren menores gastos que los servicios de hospitalizaci6n cuando los primeros se han financiado con recurses desviados de los hospitales63. Sin embargo, antes de poder cerrar algunas de las instituciones, los costos globales aumentaran en la medida en que sea necesario sostener en forma simultanea dos sistemas paralelos. La creaci6n de "hospitales de noche" dentro de la propuesta mexicana de reintegraci6n a la comunidad no resultara en un ahorro importante de recurses a corto plazo puesto que segun dicho plan se conservan las funciones mas costosas de las instituciones.

La transformaci6n del sistema de salud mental en Mexico debe entenderse como un imperativo de derechos humanos y no como una medida de reducci6n de costos. El actual sistema de servicios con caracteristicas asilares en Mexico, obsoleto y abusivo, probablemente no atiende a las necesidades de muchas de las personas con discapacidad mental. Dichas personas prefieren luchar a solas en la comunidad con el apoyo de familiares y amigos en vez de acudir a los unicos lugares donde existen programas de tratamiento en la actualidad, o sea, las instituciones. A largo plazo, al contar con programas de tratamiento en la comunidad, es posible que muchas personas con discapacidad busquen ayuda par primera vez. Si bien el costo *per capita* de atender a dichos individuos sera menor al costo de prestar los mismos servicios en las instituciones, un sistema de salud mental mas eficaz podria generar costos adicionales en la medida que se atienda a un mayor numero,de personas.

Para salvaguardar los derechos de las personas con discapacidad mental es imprescindible planificar cuidadosamente los servicios de atenci6n y protecci6n. En un pais como Mexico que carece de una tradici6n de servicios comunitarios y sistemas de apoyo, esto cobra aun mas importancia. En 1998, las autoridades mexicanas aseguraron al equipo de MDRI que para ellos la creaci6n de programas comunitarios implica un gran desafio, Dichos funcionarios aiiadieron que el gobierno se ha propuesto crear alternativas comunitarias a las instituciones psiquiatricas, pero que dichas alternativas no existen en la actualidad. Por otra parte, para posibilitar la creaci6n de servicios comunitarios a nivel nacional -aun para un numero reducido de pacientes- hace falta capacitar a las profesionales de salud mental necesarios, segun informaron las autoridades mexicanas en 1998. En general, la mayoria de los profesionales de salud mental no esta al tanto de los modelos de rehabilitaci6n psicosocial existentes ni de los sistemas de apoyo para personas con enfermedades mentales o discapacidad intelectual.

63Las experiencias de ONG mexicana *Fundaci6n Dignidad* demuestran que los setvicios comunitarios pueden ser menos costosos per capita que los servicios de hospitalizaci6n. La *Fundaci6n* presta setvicios a sesenta-y-dos personas en la comunidad. y afirma que el costo medio de atender a dichas personas es mucho menor que el costo de la atenci6n en Ramirez Moreno. Esta experiencia alentadora implica que con una cuidadosa planificaci6n los recursos existentes podrian ser mejor utilizados. Sin embargo, es posible que no se obtendran los mismos resultados con un gmpo mas grande de pacientes que requieren de mayor asistencia y apoyo para vivir en la comunidad.

El Capitulo V del presente informe, ''La Planificaci6n y Financiaci6n de la Reforma," detalla las experiencias y el aprendizaje adquirido a nivel internacional. Estas experiencias podrian ser valiosas para lograr la elaboraci6n de un programa de reforma seguro y eficaz64.

1>1 La Orgru1izaci6n Panamericana de Salud cuenta con otros materiales en castellano sobre la rehabilitaci6n psicosocial. Estas publicaci011es aparecen en 511 pagina web: *w1vw.prJho.org. Vease* ademas, Humberto L. Martinez, MD, *l'rincipio de Rehabilitaci6n Bio Psico ·ocial; Fuente: Programa de Acreditaci6n de Los E.·tados Unidos por la Comfsion onjunta obre el Cuidado de ahld Mental como aparece en el Boletin de la Asociacion*

*Mund/a/ de Rehabilitaci6n P lcasocial,* traducido por Hwuberto L. Marlinez. J'vID (para mayor informaci6n, sirvase estar en contacto con MDRJ).

# Los derechos humanos en las instituciones

Se presenta a continuaci6n una descripci6n de las principales violaciones a los derechos humanos observadas en las instituciones psiquiatricas, 11granjas11 y casas de protecci6n en Mexico. La investigaci6n del equipo de l\1DRI encontr6 caracteristicas variadas entre las distintas instituciones asi como tambien algunas caracteristicas compartidas. Las condiciones mas preocupantes se encontraron en las instituciones psiquiatricas Ocaranza, ubicada en Pachuca, Hidalgo, y el Hospital Psiquiatrico de Jalisco en Guadalajara donde tanto adultos como nifios se encontraban recluidos en condiciones de extrema suciedad. Mientras que las tres principales 11granjas11 ubicadas en las afueras de Ciudad de Mexico, Ramirez Moreno, Nieto y Sayago, se encontraban mas aseadas y ofrecian condiciones de vida mas dignas, igualmente presentan deficiencias compartidas en todas las instituciones con caracteristicas asilares (las cinco 11granjas11 y las dos casas de protecci6n): la gente esta segregada de la sociedad por un tiempo prolongado, a menudo de por vida, y no se encuentra un ambiente que promueva la rehabilitaci6n. La vida en las instituciones generalmente se caracteriza por un estado de aislamiento e inactividad. Los pacientes, una vez separados de la comunidad, pierden no solo su capacidad de desenvolvimiento social sino tambien los contactos en la comunidad que representan su unica esperanza de reintegraci6n a la vida comunitaria.

La situaci6n en el Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez, par ser mayormente una instituci6n de corta estancia, es menos preocupante que la de las otras siete instituciones que se describen en el presente informe65. Sin embargo, varios factores ponen en peligro a todas las personas con discapacidad mental en el sistema de salud mental en Mexico. Esto incluye a las instituciones de corta estancia coma Fray Bernardino. Entre dichos factores se encuentran la falta general de protecci6n y fiscalizaci6n en cuanto a las derechos humanos de las pacientes, la escasez de programas de promoci6n y defensa de sus derechos y la falta de respeto hacia la autonomia de las usuarios en la toma de decision incluyendo las instituciones de corta estancia como Fray Bernadina.

Tal como se describe a continuaci6n, l\1DRI ha concluido que el actual sistema de 11granjas11 y casas de protecci6n en Ciudad de Mexico, Hidalgo y Guadalajara da origen a muchas violaciones de los derechos fundamentales de las personas internadas en dichas instituciones. Estos derechos incluyen la protecci6n contra la detenci6n arbitraria66, la privaci6n arbitraria de la libertad y seguridad personal67, y el derecho a ser "tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible...que corresponda a las necesidades del paciente". En algunas instituciones la falta de atenci6n medica y psiquiatrica adecuada y la presencia de condiciones antihigienicas ponen en

65Las observaciones generales presentadas en este infonne con respecto a las instituciones con caracteristicas asilares, o "granjas", en Mexico nose refieren al Hospital Fray Bernardino Alvarez.

66PIDCP, articulo 13.

67Convenci6n Americana, articulo 7.

peligro la vida de los pacientes ademas de ocasionar gran sufrimiento68. Dichas condiciones constituyen trato "inhumano y degradante" en contravenci6n al derecho internacional de derechos humanos.

#### Condiciones inhumanas y degradantes

Las condiciones insalubres de las "granjas" y casas de protecci6n en Mexico, junto con la falta de tratamiento medico adecuado ocasiona un sufrimiento extrema entre los pacientes internados y constituye una amenaza para su salud y seguridad. En los casos mas extremos, las pesimas condiciones fisicas constituyen una violaci6n no solo del derecho a la protecci6n contra el trato inhumano y degradante sino que tambien del derecho a la vida.69 Conforme a los Principios de Salud Mental, "Todas las personas que padecen una enfermedad mental...seran tratadas con humanidad y con respecto a la dignidad inherente de la persona humana"70 y por lo tanto, "las condiciones de vida en las instituciones psiquiatricas deberan aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas..."71 La Comisi6n Nacional de Derechos Humanos ha denunciado condiciones antihigienicas, violaciones al derecho a la salud y tratos contra la dignidad personal en los hospitales de todo el pais.

En el largo plazo, la existencia de condiciones degradantes en las instituciones tiene un impacto psicol6gico devastador en la mayoria de los pacientes internados. Pueden generar en los pacientes la letargia o depresi6n, la falta de autoestima y una tendencia al descuido al punto de no contar con las habilidades de autoayuda con las que contaban en el momenta de ser ingresados en la instituci6n. La existencia de dichas condiciones obra en contra de cualquier intento para promover la rehabilitaci6n psicosocial, la autonomia personal o la reintegraci6n a la comunidad previstos en los Principios de Salud Mental? La existencia de condiciones insalubres constituye una violaci6n del derecho al "mas alto nivel posible de salud fisica y mental"73 aun tomando en cuenta los limitados recursos econ6micos del sistema de salud mexicana en su totalidad.

68EI gobierno mexicano es responsable de cualquier pnictica de tratamiento da:fiina o posiblemente mortal en las instituciones psiquiatricas publicas. Tanto el Articulo 6 del PIDCP coma el articulo 4 de la Convenci6n Americana prohiben cualquier actividad estatal que ponga en peligro la vida de una persona.

69PIDCP, articulo 7, ("Nadie sera sornetido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes) y el articulo 6 ("el derecho a la vida es inherente a la persona hurnana"); Convenci6n Americana, articulo 4 (vida) y articulo 5 (tratos inhumanos o degradantes).

*70Principios de Salud Mental,* principio 1(2).

*71Jdem,* principio 13(2).

*72Jdem.,* principio 13(2)(d) (Las condiciones de vida deberan incluir "instalaciones y el estimulo correspondiente para utilizarlas, que permiten a las pacientes emprender ocupaciones activas...y medidas apropiadas de rehabilitaci6n para promover su reintegraci6n en la cornunidad"); principio 9(4) ("el tratamiento de cada paciente estara destinado a preservar y estimular su independencia personal".)

73PIDESC, articulo 12(1); Convenci6n Americana, articulo 26 ("lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas econ6rnicas, sociales, y sobre educaci6n, ciencias y cultura contenidos en la la Carta de la Organizaci6n de Estados Americanos reformada por el Protocolo de Buenos Aires").

1. **La vida cotidiana en el pabellon: una inactividad generalizada**

Todas las 11granjas11 y casas de protecci6n visitadas por el equipo de MDRI en Mexico se caracterizan por un estado de inactividad generalizada. La gran mayoria de las personas internadas en dichas instituciones se encontraban sin hacer nada - a los pacientes se les observaba recostados en la cama y sentados en una banca o directamente en el piso. Las personas autorizadas a salir afuera yacian en el cesped o en el suelo. Dentro de los pabellones no hay disponibles ni libros, peri6dicos o materiales para escribir. En Ocaranza, los hombres y las mujeres estan separados en dos pabellones de setenta personas cada uno donde permanecen todo el dia. A algunos pacientes se les autoriza pasar algunas horns en un patio fuera del pabell6n. La mayoria de los pacientes, sin embargo, se encuentran literalmente acorralados en una pequefia area del pabell6n (de aproximadamente diez por veinte metros). Las bancas forman una division entre dicha area y las camas para evitar que los pacientes regresen a sus camas para pasar el dia dormidos. Se not6 que a algunos pacientes se les permiti6 que salieran de los confines de esta area y efectivamente pasaron todo el dia en la cama sin hacer nada. Tambien se observ6 que un televisor grande colocado en un estante fuera del alcance de los pacientes permanecia encendido a todo volumen durante la mayor parte del dia, lo que impedia cualquier intento de conversaci6n u otra actividad como la lectura. Tampoco se cuenta con material de lectura ni cualquier otro tipo de pasatiempo en el pabell6n. Los observadores de MDRI pasaron de tres a cuatro horns en dichos pabellones sin percatar ninguna actividad. La gente permanecia inm6vil en las sillas o bancas, o acurrucadas en el piso. Debido a la falta de estimulos a su alrededor, algunas personas pasaban ambulando sin rumba en las pequefias areas encerradas, mientras que otras pasaban meciendose, masturbandose, o autoestimulandose de alguna u otra manera durante gran parte del dia.

Segun el personal de Ocaranza, no hay actividades para la mayoria de los pacientes. En 1999, el equipo de MDRI observ6 algunas actividades artesanales a las que asistieron un pequefio numero de personas con niveles de funcionamiento superiores. Aunque se supone que estas actividades estan a la disposici6n de todos los pacientes en el hospital, el programa carece del personal y los materiales necesarios para hacer realidad este objetivo, especialmente cuando se trata de personas con discapacidades mas severas que requieren de mayor atenci6n individualizada. Durante la visita de 1999, el Comite Ciudadano del hospital impulsaba un programa para remunerar a las personas que participaban en dichas actividades.

En Jalisco, la inactividad de los pacientes parece ser generalizada, al igual que en Ocaranza, aunque el primero cuenta con algunas actividades para un numero reducido de pacientes. Jalisco ofrece un taller de arte y artesanias y un programa de empleo en el que los pacientes se encargan de tareas como el aseo.74 En las Casas de Protecci6n se observaron niveles de inactividad similares.

74Los internados de un hospital pueden participar en dichos programas y ganar setenta pesos, o diez d6lares EEUU por cuatro horas de trabajo cinco dias por semana. De las 352 personas internadas en el hospital, solo pueden participar en el programa 70 individuos seleccionados por el hospital. El equipo de MDRI observ6 las instalaciones del taller de arte y artesanias pero no estaban cursando los programas en el momenta de la visita. Segun el director del programa, para participar en los programas los individuos deben estar en remisi6n. Estos programas son patrocinados por una asociaci6n civica no gubernamental del area.

Cuando el equipo de l\IDRI visit6 Nieto, Sayago y Ramirez Moreno por primera vez en 1996, observ6 una falta de actividades parecida a la situaci6n actual en Jalisco y Ocaranza. En visitias posteriores en 1998 y 1999, el equipo observ6 mejoras importantes en estas tres instituciones que prestan servicios a los habitantes del Distrito Federal. Muchos de estos cambios se deben a las iniciativas de la *FMREM.* La FMREM estableci6 talleres de cer{unica en Sayago, Nieto y Ramirez Moreno que funcionan durante tres horns, de tres a cinco dias por semana. En Sayago, las ciento cincuenta personas que trabajan en el taller de ceramica son remuneradas por su trabajo. Los hospitales Sayago y Ramirez Moreno proporcionan transporte en autobus para que los participantes viajen a la ciudad y gasten el dinero que reciben por su trabajo en el taller.

l\IDRI observ6 un gran entusiasmo entre los participantes de los talleres de ceramica en Sayago y Ramirez Moreno. Los pacientes se manifestaron muy agradecidos por la oportunidad de participar en una actividad y ganar un poco de dinero y han manifestado su interes en que se extienda el horario del taller. Estos talleres son financiados por la FMREM y por fondos de contrapartida de los hospitales. Los talleres en ambas instituciones han alcanzado su maxima capacidad. El Comite Ciudadano de Sayago ahora cuenta con un taller de bordado ademas de! taller de ceramica.

Se calcula que aproximadamente ochenta residentes de Sayago part1c1pan en las reuniones y actividades del Comite Ciudadano. El Comite Ciudadano tanto de Sayago como de Ramirez Moreno opera tiendas a precio de costo sin lucro en los terrenos de los hospitales que venden papel higienico, cigarros y bocadillos. El Comite Ciudadano de Ramirez Moreno ademas ha instalado cajones en los pabellones donde los participantes pueden guardar sus compras. La mayoria de los hombres habian comprado candados para sus cajones con el dinero que ganaron en el taller. De todas las instituciones psiquiatricas visitadas por el equipo de l\IDRI, se observ6 que dichos cajones son unos de los pocos espacios donde los pacientes pueden guardar objetos personales.

Aunque los talleres y las actividades desarrollados por los Comites Ciudadanos son limitados en cuanto a sus horns de funcionamiento, han tenido un enorme impacto sobre la poblaci6n de las "granjas". A diferencia de los pacientes de Jalisco y Ocaranza, que solian ser timidos y reservados, muchos de los residentes de Sayago y Ramirez Moreno presentaron con orgullo al equipo de **l\IDRI** los frutos de su labor, explicando lo que pensaban hacer con las ganancias logradas mediante los talleres. Se observ6 ademas que habia mucha mas interacci6n entre los residentes y tambien entre los pacientes y el personal. Cabe notar que existe una gran diferencia entre la situaci6n actual y la que se observ6 en estas mismas instituciones en los dos viajes anteriores.

Ademas de los talleres de ceramica, los Comites Ciudadano de Sayago y Ramirez Moreno convocan a "asambleas ciudadanas" con el fin de discutir con los hombres y las mujeres internados temas pertinentes a la vida hospitalaria. En dichas asambleas, los usuarios, junto con el Comite Ciudadano, tratan temas coma las restricciones sabre el uso de tabaco y el horario de los talleres. Posteriormente los Comites intentan negociar estos mismos puntos con el personal de la instituci6n.

**Mental Disability Rights International e2** I

1. **Condiciones antihigienicas de detencion**

Tanto en Ocaranza coma en Jalisco es necesario que se garanticen condiciones basicas de salud y seguridad. En dichas instituciones, se observo una indiferencia casi total en relacion a la salud y seguridad de los residentes. Se noto que persistian condiciones excesivamente antihigienicas sin intervencion alguna por parte del personal.

El no garantizar la salud basica, la seguridad y la dignidad de las personas internadas constituye una violacion del derecho internacional de derechos humanos asi coma tambien la Norma Oficial Mexicana 025. Por su parte, la Norma Oficial Mexicana exige "un ambiente seguro, higienico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentacion, habitacion, atencion medica profesional y espacio seguro"75. Dicha ley contempla ademas el derecho del paciente en una institucion psiquiatrica a "recibir vestido y calzado o tener autorizaci6n para utilizar los propios si asi lo desea"76. Las 11granjas11 visitadas carecian de suficiente ropa o calzado para los pacientes, que en su mayoria se encontraban descalzos. Las conclusiones de las Comision Nacional de Derechos Humanos de Mexico con respecto a las condiciones en las instituciones psiquiatricas coinciden con las de MDRI. La Comision ha denunciado la falta de vestimenta, ventilaci6n, luz, camas, espac1os adecuados, alimentos y serv1c10s de mantenimiento 77.

En Jalisco se observaron nifios sometidos a condiciones extremadamente antihigienicas. En una sala por ejemplo, de dace a quince nifios se encontraban recostados directamente en el piso de cementa o sabre colchones de goma. Durante la visita de MDRI se observo que muchos de estos nifios se orinaban o defecaban, y que permanecian en la misma ropa sucia durante toda la visita de los observadores. El equipo observo a otros nifios que por no poder cuidarse a si rnismos tenian las caras cubiertas de moscas que se les metian en la boca. En muchos pabellones de la institucion era abrumador el olor a orina y excremento. Algunos rniembros del personal utilizaban mascaras de cirujano, aparentemente para protegerse contra el olor o la infecci6n. Los pacientes obligados a vivir en estas condiciones, sin embargo, no contaban con semejantes medidas de seguridad. En un patio adyacente donde jugaban algunos nifios habian excrementos, y no se hizo nada por asearlo. Tambien se observo a un nifio comiendo excremento y tierra sin ninguna intervenci6n por parte del personal78. Cuando el equipo volvio a visitar esta institucion en 1999 el personal manifesto que la mayoria de los nifios con discapacidad ya no podian salir afuera debido a la falta de personal para aseguar su supervision adecuada.

*75Norma,* Secci6n 8.4.

*76ldem* Secci6n 8.6.

77COMISI6N NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, REcoMENDACION 2/97, CASO DELHOSPITALPSIQUIATRlCO DE JALISCO, (1997).

78 La Comisi6n Nacional de Derechos Humanos inform6 que habia encontrado excremento y moscas en Jalisco. CNDH, *supra* nota 77.

En Ocaranza, los hombres y mujeres que pasaban el dia sentados o ambulando sin rumbo en el pabellon a menudo se orinaban o defecaban en el piso. Mientras no llegaba el personal encargado de la limpieza, otros pacientes caminaban o se sentaban en la orina o el excremento. La orina o el excremento podia permanecer en el piso durante veinte o treinta minutos antes de que llegara algun empleado a limpiar el piso. Segun el personal, a cualquier paciente que pide y desea ir al sanitario se le permite el acceso a dichos servicios. Sin embargo no se observo ningun esfuerzo por parte del personal de estimular, ayudar o capacitar a la gente a salir de la sala para utilizar los servicios sanitarios.

Antes de pasar a los comedores a la horn de comer, el personal no hace ningun esfuerzo por estimular o ayudar a los pacientes a lavarse las manos o con su aseo personal, y tampoco existe mucha oportunidad de hacerlo. Se observo que muchos pacientes que se esperaban para ir al bafio hasta el horario de comida donde se abrian las puertas del pabellon. Durante la visita de MDRI se noto que en los servicios sanitarios no habia papel higienico. El equipo observo tambien a varios pacientes que despues de utilizar los servicios sanitarios se limpiaban a si mismos con las manos para despues proceder directamente al comedor. De la misma manera, se permitio que muchas personas, especialmente personas con retraso mental, utilizaran las manos para comer.

El personal de Ocaranza se encarga de distribuir los medicamentos dos veces al dia utilizando una sola cubeta de agua y uno o dos vasos para un pabellon de aproximadamente cuarenta personas. Esta practica demuestra una falta de consideracion para la higiene y la prevencion de enfermedades contagiosas. Si un paciente contrae una enfermedad contagiosa facilmente se transmitiria esta a todas las demas personas del pabellon. Esta situacion se vuelve especialmente grave en vista de que muchos pacientes toman sus medicamentos despues de estar sentados o haber caminado por la orina o excremento que han dejado los demas. Aunque el aseo en la Casa de Proteccion para mujeres es mucho mejor, se observ6 tambien la practica de administrar los medicamentos a muchas personas utilizando un solo vaso.

En Ocaranza el exdirector (el que precedio a la directora actual) manifesto al equipo de MDRI que su presupuesto solo bastaba para cubrir la alimentacion y los medicamentos y describio una escasez permanente de vestimenta, papel higienico y vasos. Asimismo, en 1998, las autoridades de Ocaranza informaron que no se contaba con el personal necesario para lavar la ropa.

Muchas personas internadas en las "granjas" y casas de proteccion carecen de calzado y otra ropa adecuada. Aun cuando se cuentan con los recursos para comprar ropa nueva, es comun que las pijamas o la ropa les queda en su mayoria grandes. Los pantalones a menudo se los amarran solo con una cuerda. Segun las autoridades de Sayago y Ramirez Moreno hay una escasez permanente de calzado y vestimenta. Durante su visita de 1998 al hospital Fray Bernardino (en general la institucion con un mayor nivel de mantenimiento), habia fallas en los servicios de lavanderia. Durante dicha visita, no habia agua corriente en algunas areas del hospital y los pacientes se quejaban de la dificultad de obtener ropa limpia. Por la misma falta de a.seo, durante las entrevistas con algunos de los pacientes se percibio el mal olor proveniente de ropa mal lavada, o sucia.

#### Falta de privacidad y dignidad humana

**Mental Disability Rights International e23**

De acuerdo a los Principios de Salud Mental, "todo paciente de una instituci6n psiquiatrica tendra...el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su...vida privada"79 Asimismo, "el medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiatricas deben aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar..."80

En todas las instituciones visitadas por el equipo de MDRJ los pabellones tenian un caracter impersonal, no habia oportunidades para la vida privada y ademas carecian casi totalmente de adornos o efectos personales. Con excepci6n de su propia cama, la mayoria de las personas no cuentan con ningun espacio personal en los pabellones. Algunas instituciones contaban con una mesa de noche al lado de la cama. Se not6 que algunas personas tenian dejado un vaso o cepillo dental cerca de su cama y de vez en cuando uno que otro paciente tenia fotografias, un peluche o materiales de lectura, aunque la mayoria de la gente no contaba con ningun objeto personal en su lugar.

En la mayoria de las instituciones las camas se agrupan en salas grandes separadas por divisiones bajas. En general se encuentran treinta a cuarenta camas colocadas en la rnisma sala. En Fray Bernardino, por ejemplo, hay salas con veinticuatro camas dispuestas en cuatro secciones de seis camas cada una divididas por pasillos bajos. Muchas de estas camas solo cuentan con colchones delgados de plastico y sin sabanas.

Varias personas internadas en las "granjas" manifestaron al equipo de MDRJ que efectivamente no hay ningun lugar donde pueden estar a solas. Aunque en general los hospitales se caracterizan por la falta de privacidad o un medio ambiente impersonal, este es un problema mucho mas serio para las personas que permanecen semanas, meses o toda la vida en una instituci6n. El unico espacio personal con que cuentan muchos pacientes internados en las instituciones mexicanas, es la cama donde duermen.

Por su ubicaci6n en zonas verdes fuera de la ciudad, las "granjas" Sayago, Nieto y Ramirez Moreno podrian ser lugares hermosos pero al estar desprovistas de las comodidades basicas necesarias no se les puede considerar lugares dignos. En algunos sectores de la instituci6n no se dispone de lugares donde sentarse aparte de una que otra banca. Muchos de los pacientes pasan sentados o recostados en el cesped o en las pisos de cementa por falta de las m1smas.

La mayoria de las instituciones cuentan con un televisor y con algunas sillas colocadas al frente, aunque no siempre bastan para acomodar a todas las personas que desean ver los programas. En muchas instituciones, coma Ocaranza, las personas que no quieren ver el televisor no hallan ningun lugar tranquilo donde no se escuche el televisor a todo volumen. De hecho, la mayoria de la gente ignora el televisor.

*79Principios de Salud Mental,* principio 13(1).

*80Jdem,* principio 13(2).

Aunque las condiciones en Fray Bernardino suelen ser mejores que las condiciones en las "granjas", durante la visita realizada par MORI en 1998, se observaron condiciones de vida degradantes. Se observaron par ejemplo, condiciones antihigienicas en las servicios sanitarios, que carecian de agua corriente, papel higienico o asientos en los inodoros. Muchos pacientes se quejaban de la falta de agua potable. En algunos pabellones, la gente dormia sin sabanas sabre colchones plasticos delgados que se colocaban en un marco metalico. En una sala con un televisor, se observ6 que las pacientes se veian obligados a ver las programas de pie par la falta de sillas y mesas. En algunos pabellones se escuchaba musica a todo volumen y las pacientes se quejeban de la falta de lugares tranquilos a donde estar. En muchos lugares de la instituci6n no se ha hecho ningun esfuerzo par adornar o dar un caracter personal al ambiente hospitalario para las personas que deben permanecer internadas durante varias semanas o meses. En muchos casos no se les ofrece a los pacientes si quiera un espacio donde guardar sus efectos personales de uso diario.

1. **Sujeci6n fisica (Restricci6n fisica)81**

Tanto en Sayago coma en Jalisco se observ6 el abuso generalizado de la restricci6n fisica. En las visitas a Sayago realizadas por el equipo en 1998 y 1999, en un pabe116n de treinta personas el equipo observ6 de diez a quince pacientes atados a sillas de ruedas. El personal encargado de dicho pabe116n manifesto que se utilizaba la restricciones fisicas por carecer del personal suficiente para asegurar una supervision adecuada de los pacientes. Estos trabajadores agregaron que no se contaba con el personal adecuado para proporcionar el ejercicio fisico necesario para prevenir la inflamaci6n o las ulceras par decubito, causadas par la prolongada permanencia en la cama. La utilizaci6n de la sujeci6n fisica en forma indiscriminada o constante constituye un trato inhumano y degradante que ademas puede generar una mayor discapacidad (en la medida que se atrofian las musculos). La falta de la atenci6n necesaria por parte del personal para prevenir dichas ulceras puede perjudicar la salud82 y poner en peligro la vida del paciente.83

En Jalisco, en la unidad para mnos con problemas neurol6gicos severos, el equipo observ6 algunos nifios atados a la cama o a una cerca alambrada. Tambien se observaron nifios

81El termino utilizado en Mexico para restricci6n fisica es sujecion fisica.

82Las ulceras por decubito constituyen un grave peligro para la salud de toda persona obligada a permanecer en cama o en una silla de ruedas . Existe mucho riesgo de contraer dichas ulceras para las personas sometidas a la sujecion fisica. LILLIAN SHOLTIS BRUNNER *y* DORIS SMITH SUDDARTH, THE LIPPINCOTT MANUAL OF NURSING

PRACTICE 66 (1982). Si la persona obligada a permanecer en cama no cambia de posici6n periodicamente, "la presi6n localizada persiste y se presentan las ulceras". Joseph Agris y Melvin Spira, *Pressure Ulcers: Prevention and Treatment,* en CLINICAL SYMPOSIA ANNUAL 2, 6 (1979). Para prevenir dichas ulceras, el personal tendria que supervisar a los pacientes a intervalos regulares las 24 horas del dia para asegurar que ninguno de ellos permanezca en la misma posicion durante mas de dos horas. Seria necesario ademas asegurar que los pacientes en cama mantengan una dieta y una higiene personal adecuadas. *Idem.* p. 6-7.

83 "En sus primeras etapas, las ulceras por decubito afectan los tejidos superficiales. Sin embargo, si nose detectan y tratan a tiempo, pueden llegar a afectar la grasa y el musculo y hasta penetrar el hueso. En los casos mas extremos la ulcera puede ocasionar infecciones bacterianas que ponen en peligro la vida del paciente". *Idem.*

**Mental Disability Rights International e2s**

vestidos de sudadera con las mangas atadas sobre los pufios de manera que no podian hacer uso de las manos. En 1998, ademas se observo a un adolescente atado con tiras de tela en una silla de ruedas. Los brazos y piernas de este nifio se encontraban atados firmemente a la silla de ruedas y algunas tiras de tela colocadas sobre el pecho impedian cualquier movimiento hacia adelante o atras. El personal manifesto al equipo de MDRl que dicho nifio permanecia restringido todo el tiempo por su tendencia al autoabuso. Detras del mismo nifio se pudo observar un palo saliendo de la pared a una altura de aproximadamente doce pies del cual se colgaba una cuerda. Al final de la cuerda se habia colocado una especie de "cabestro" casero fabricado de tela. El personal explico que se suspendia al muchacho de dicho aparato para hacer que cambiara de posicion periodicamente.

Segun el personal de Jalisco, se utiliza la sujecion fisica par tiempos prolongados para pacientes con tendencias al autoabuso. Estos trabajadores indicaron que no se dispone de ningun tipo de tratarniento o programa de modificacion de conducta aparte de la sujecion fisica. Aunque reconocieron que algunos pacientes podrian beneficiarse de una atencion constante por parte del personal, sefialaron que no se cuenta con el personal necesario para supervisar a todos los pacientes con tendencias autoabusivas. Existen estudios que demuestran que el autoabuso se puede prevenir por medios no restrictivos como el tratamiento de modificacion de conducta. 84 Junto con los medicamentos psicotropicos, se acepta la modificacion de conducta coma el tratamiento optimo para la conducta autoabusiva. 85

Los Principios de Salud Mental prohiben la utilizacion de restricciones fisicas por un tiempo prolongado o como sustituto para el tratarniento o la supervision adecuados por parte del personal. Segun los Principios, se puede recurrir a las restricciones fisicas "solo cuando sea el unico medio disponible para impedir un dafio inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas practicas no se prolongaran mas alla del periodo estrictamente necesario para alcanzar ese proposito". Para asegurar una verificacion y evaluacion adecuada del uso de la restriccion fisica "todos los casos de restriccion fisica ...se registraran en el historial clinico del paciente".86

La escasez de personal es una justificacion particularmente insatisfactoria del uso de restricciones fisicas puesto que dichas medidas requieren de una supervision inmediata para no poner en peligro al paciente. Es decir que la utilizacion de la sujecion fisica requiere mas y no menos atencion individualizada para que sea segura. Segun los principios de salud mental "un paciente sometido a restriccion o reclusion sera mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervision inmediata y regular del personal calificado."87

Durante su visita al hospital Fray Bernardino en 1998, el equipo reviso al azar el historial clinico de una paciente y encontro la documentacion incompleta y ningun registro del uso de la

84 D. Nolley, B. Butterfield, A. Felming y P. Muller, *Nonaversive treatment of sever selj:injurious behavior: multiple replications with DRO and DRI,* 5 MONOGR. AM. Ass'N MENTAL DEFICIENCY 161 (1982).

85HAROLD I. KAPLAN AND BENJAMIN J. SADOCK, COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY/VI 2364 (sixth ed.

1995).

*86Principios de Salud Mental,* principio 11(11).

*87Jdem.*

sujecion fisica. El equipo entrevisto ademas a una mujer de veintidos afios (Teresa RM) que presentaba hematomas en los brazos y mufiecas. Ella le manifesto a miembros del equipo que poco despues de ser admitida al hospital hacia tres dias, habia sido restringida fisicamente durante dace horns. Esta paciente alego ademas que para que dejara de gritar en el momenta de su admision el personal le habia cubierto la cara con una a]mohada. Al examinar el historial clinico de la Senora RM, el equipo encontro una autorizacion para utilizar la sujecion fisica "en la medida que fuera necesario. 11 A diferencia de los demas historiales clinicos de Fray Bernardino, escritos a maquina y con informacion detallada, este historial no contaba con ninguna indicacion medica o explicacion acerca la utilizacion de la restriccion fisica. Esta decision aparentemente se deja al juicio del personal del pabellon. Aunque el personal confirmo la utilizacion de la sujeci6n fisica para la Senora RM, no se habia documentado en el historial clinico ni la hara ni la duracion de dicha medida. El personal medico de Fray Bernardino manifesto que coma politica del hospital, cada vez que se aplica la restriccion fisica se debe documentar en el historial dinico del paciente la hara de aplicar y de guitar las restricciones. Un medico que estaba asistiendo al equipo dijo que dicha documentaci6n deberia aparecer en el expediente, pero afirm6 que no se encontraba alli. Agrego que en dicha instituci6n generalmente se le autoriza al personal del pabe116n utilizar la sujecion fisica segun su juicio. De acuerdo a los Principios de Salud Mental, la falta de documentacion de cada caso de sujeci6n fisica, su autorizacion por personal no medico y su utilizaci6n por cualquier motivo que no sea el de impedir un dafio inminente todos constituyen violaciones a los derechos del paciente.

Segun la entrevista realizada con Teresa RM, es posible que en vez de proporcionar una atenci6n individualizada adecuada el hospital recurri6 indebidamente a la sujeci6n fisica. La Sra. RM ingreso al hospital despues de la muerte de su bebe y, segun ella, se habia sumergido en un estado de histeria. Agrego que a partir del momenta de su ingreso en la instituci6n tres dias antes, ningun miembro del personal habia intentado conversar con ella para informarse de su caso. La Senora RM dijo que todavia estaba "muy triste" pero que ella sola habia logrado calmarse durante su estadia en la instituci6n. Afiadi6 que con un poco de atencion individual se hubiera beneficiado mucho y calmado aun mas rapido.

Segun las autoridades de Ocaranza, de los trescientos pacientes internados en la institucion, de cinco a seis requieren de la sujeci6n fisica de forma regular. Estos pacientes permanecen con los brazos y piernas atadas con sabanas. La sujecion fisica solo la puede autorizar el personal clinico y cada caso de la rnisma debe documentarse en el expediente clinico del paciente. Por otra parte, las autoridades de Ocaranza manifestaron es comun que se le aplican restricciones fisicas a las mujeres cada vez que tienen su menstruaci6n.

#### Falta de atenci6n medica y dental

El equipo de MDRI observ6 que en las 11granjas11 y casas de proteccion los pacientes carecen de la minima atencion medica y dental. En Ocaranza y Jalisco particularmente, el equipo observo casos en los cuales no se proporciono la atencion medica minima necesaria para prevenir infecciones. En Ocaranza se observe a un hombre que se habia lastimado el pie con una reja en el piso del pabellon de hombres. Este paciente permaneci6 con el pie cubierto de sangre y las dos enfermeras que se encontraban adrninistrando medicamentos a los pacientes no hicieron ningun esfuerzo por ayudarle. En frente de los observadores, este individuo carninaba par los charcos de orina que se encontraban en el piso del pabellon. Cuando se le pregunt6 sabre la

herida del paciente, el personal confirm6 que se debia a una reja con metal sobresaliendo en el piso, pero aun asi no hicieron nada par curar la herida ni reparar la reja. En el pabell6n de mujeres, el equipo de MORI encontr6 a una mujer que presentaba con una herida infectada en el brazo que no habia sido tratado. Una enfermera explic6 que se debia a que otra paciente la habia mordido. Aunque esta enfermera estaba enterada de la herida no hizo ningun esfuerzo por impedir la infecci6n.

A pesar de la brevedad de las visitas a las instituciones psiquiatricas, el equipo identific6 a varios casos en que a las personas que padecian condiciones severas se les negaba la atenci6n medica. Para citar un caso, en su visita a Jalisco en 1999 el equipo de MORI observ6 a un nifio atado a una silla de ruedas con los pies elevados en una silla colocada delante de el. El nifio tenia los pies hinchados, descolorados, secos y con varias cortaduras abiertas en las pies, cubiertas de moscas. El psiquiatra de MORJ que le examin6 los pies no encontr6 un ninguno de las dos. Al ser interrogado sabre el estado en que se encontraba dicho nifio el director del hospital respondi6 que un medico intemo era el responsable del estado fisico de las pacientes. Par otra parte, el jefe de psiquiatria de la unidad asegur6 que el nifio recibia fisioterapia, pero no logr6 encontrar en la agenda de fisioterapia ninguna cita que correspondiera a dicho nifio. Afirm6 posteriormente que no apareciera en la agenda el nombre del nifio, entonces no habia recibido fisioterapia. Para evitar la atrofia de las musculos y huesos, mantener la buena circulaci6n y controlar la infecci6n, es necesario que todas las personas que usan silla de ruedas reciba una extensa fisioterapia.

En las "granjas" y casas de protecci6n, muchos de las pacientes han perdido las dientes y aparentemente no reciben la atenci6n dental adecuada. Segun inform6 el personal de Ocaranza, no se cuenta con el personal suficiente coma para asistir a todos las pacientes con su higiene oral. En su informe de 1995, la Comisi6n Nacional de Derechos Humanos calific6 de negligente la atenci6n dental en Ocaranza. La gran mayoria de nifios internados en Jalisco sufrian de caries o ya habian perdido sus dientes. Segun el personal, de las sesenta nifios internados en Jalisco solo seis pueden cepillarse las dientes sin asistencia. Los trabajadores insistieron en que, aunque hacian todo lo posible por asistir a las nifios a cepillarse las dientes despues de cada cornida, era muy dificil lograrlo con tan poco personal. Con el paso del tiempo, la falta de higiene oral puede perjudicar la salud de estos nifios. Las caries o la dentadura incompleta pueden ocasionar no solo dolor (ademas del dolor, una dentadura incompleta puede disrninuir la producci6n de saliva y ocasionar espasmos musculares o dolor de cabeza cr6nico) sino tambien riesgos graves para la salud en general.88 Ademas, las individuos con una dentadura incompleta que no dispongan de una pr6tesis dental eventualmente tienen que limitarse a comidas blandas, lo que puede llevar a la desnutrici6n y a un deterioro general de la salud.89

#### Falta de alimentacion, agua, vestido y cobijas y calefaccion

En numerosas instituciones, la Comisi6n Nacional de Derechos Humanos ha encontrado alarmantes deficiencias de alimentos y vestimenta. Segun el director de Sayago, en 1998 no se

88CAROLYN JARVIS, PHYSICAL EXAMINATION AND HEALTH ASSESSMENT 405 (1992).

89Las personas obligadas a limitarse a comidas blandas suelen comer carbohidratos en vez de carnes y verduras.

*Idem.*

contaban con los alimentos, vestido y cobijas necesarios para salvaguardar la vida de los pacientes. El director atribuy6 varios casos de defunci6n entre los pacientes la falta de calefacci6n y afirm6 que no se contaba con los fondos necesarios para comprar estufas electricas en caso de emergencia. El director agreg6 que los fondos que tenia a su disposici6n en ese memento no permitian un nivel "optimo" de nutrici6n. Pese a que en los ultimos afios se habian visto mejoras en este area, hacia falta hacer mucho mas.

Varias instituciones experimentaban problemas con el sum1rustro de agua potable. Durante su visita al hospital Fray Bernardino, el equipo not6 la falta de agua en algunos pabellones. Tambien se sabe por las autoridades de Ocaranza que pasaron cinco meses sin agua en 1997. Segun el director, en esa ocasi6n dej6 de funcionar la bomba de agua de la instituci6n y, aunque la instituci6n recibi6 fondos especiales del gobierno local para reemplazarla, se demor6 cinco meses en encontrar una bomba de agua adecuada. Durante todo ese tiempo, habia que transportar el agua en camion hacia la instituci6n con el enorme gasto que eso implicaba.

Durante su visita a Ocaranza en 1999, el equipo de MDRI observ6 que entre diez y doce mujeres de edad avanzada sufrian de lo que parecia ser un estado avanzado de desnutrici6n. Mientras que las condiciones en cuanto a alimentaci6n en Ocaranza habian mejorado cuando se comparan con las visitas anteriores, el aspecto esqueletico de estas mujeres demostraba que su dieta era inadecuada o que por falta de personal no se les ofrecia la nutrici6n necesaria a los pacientes.

#### Derechos reproductivos y patria potestad

En Ocaranza, el equipo recibi6 informaci6n por parte del personal sobre la esterilizaci6n de mujeres sin su conocimiento o consentimiento previo. MDRI no pudo verificar esta practica en Ocaranza. No obstante, en esta institucion, donde mas de cien mujeres comparten un patio con un numero aun mayor de hombres, el personal inform6 que se habian esterilizado a casi todas las mujeres internadas. Dada la falta de informaci6n sobre la practica de esterilizaci6n, se hace necesaria una investigaci6n mas profunda sabre el tema.

De acuerdo a las Principios de Salud Mental, el derecho al consentimiento informado se aplica a cualquier tratamiento medico, incluida la esterilizaci6n. Las Normas Uniformes explicitamente prescriben que "las personas con discapacidad no deben ser privadas de la oportunidad de experimentar su sexualidad, tener relaciones sexuales o tener hijos. Teniendo en cuenta que las personas con discapacidad pueden tropezar con dificultades para casarse y para fundar una familia, las Estados deben promover el establecimiento de servicios de orientaci6n apropiados. Las personas con discapacidad deben tener el mismo acceso que las demas a los metodos de planificaci6n de la familia, asi coma a informaci6n accesible sabre el funcionamiento sexual de su cuerpo".90

El equipo de **MDRI** se entrevist6 con algunas mujeres que declararon que se les habia negado su derecho a la patria potestad como resultado de estar bajo la custodia de un tutor legal. Para citar un caso, una mujer manifesto que su esposo habia sido designado coma su tutor legal.

90Normas Uniformes, regla 9(2).

Cont6 luego que despues de admitirla en la instituci6n contra su voluntad, le habia ademas negado el acceso a sus hijos. Las mujeres mas susceptibles a la privaci6n de sus derechos reproductivos o a la patria potestad son las abandonadas o las que padecen de retraso mental. Con frecuencia se determina la incapacidad mental de dichas mujeres y se les designa a un tutor legal (en un procedimiento que carece de las garantias procesales adecuadas tanto para las mujeres como para los hombres; vease Capitulo III, Secci6n C).91 Con el fin de asegurar el respeto de decisiones netamente personales sobre la maternidad, los derechos reproductivos y la sexualidad, se deben crear protecciones especiales para mujeres que se encuentran bajo la custodia de un tutor legal.

* 1. **Falta de tratamiento adecuado, rehabilitacion y colocacion extrahospitalaria**

MDRI encontr6 que las personas que reciben servicios en las 11granjas11 mexicanas carecen de tratamiento, rehabilitaci6n y continuidad de servicios en la comunidad. La reclusion de los pacientes sin programas de rehabilitaci6n y reintegraci6n a la comunidad tiene coma resultado la segregaci6n innecesaria y, a largo plaza, contribuye al deterioro paulatino de la salud mental y el bienestar de la persona internada. Internar a una persona sin disponer de dichos programas y servicios constituye una violaci6n al derecho a la salud enunciada en el articulo 12 del PIDESC. En Observaci6n General 5, Secci6n IV (F), El Comite de Derechos Econ6micos, Sociales y Culturales ha aclarado que el articulo 12(1) "implica tambien el derecho a tener acceso a los servicios medicos y sociales...y a beneficiarse de dichos servicios, para que las personas con discapacidad puedan ser aut6nomas, evitar otras discapacidades y promover su integraci6n social". Refiriendose a las Normas Uniformes el Comite agrega que "esas personas deben tener a su disposici6n servicios de rehabilitaci6n a fin de que logren 'alcanzar y mantener un nivel 6ptimo de autonomia y movilidad"'

De acuerdo a las Principios de Salud Mental, "el tratamiento y las cuidados de cada paciente se basaran en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado peri6dicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado".92 Asimismo, la Norma Oficial Mexicana estipula que "las actividades de rehabilitaci6n se desarrollaran en terminos de las necesidades particulares de las usuarios, con la participaci6n interdisciplinaria de los trabajadores de salud, la familia y la comunidad en general en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotriz, las cuales consistiran en disefiar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que favorezcan la incorporaci6n del paciente a la vida productiva..."93

#### La falta de rehabilitacion dentro de las instituciones

91 Segun el articulo 15(2) de la Convenci6n sabre la eliminaci6n de todas las formas de discriminaci6n contra la mujer "Los Estados Partes reconoceran a la mujer, en materias civiles, una capacidad juridica identica a la del hombre y las mismas oportunidades para el ejercicio de esa capacidad".

92Principios de Salud Mental, principio 11.

*93Norma,* secci6n 7 y 7.1.1.5.

La gran mayoria de las personas internadas en las "granjas" y casas de protecci6n mexicanas reciben un tratamiento casi exclusivamente psicofarmacol6gico. Aunque en el ultimo afio se han desarrollado algunos programas de rehabilitaci6n importantes dentro de las 11granjas" que atienden la poblaci6n de Ciudad de Mexico, todavia faltan programas de rehabilitaci6n psicosocial relevantes en Ocaranza, Jalisco y en las casas de protecci6n. Despues de pasar afios viviendo en un estado de inactividad, la gente tiende a perder las habilidades necesarias para vivir y cuidarse a si misma con las que contaba al ingresar en la instituci6n psiquiatrica. Sin programas de asistencia social que le ayudan al individuo a mantener los vinculos familiares, las oportunidades de trabajo y otros vinculos importantes con la comunidad, la gente tiende a aislarse mas y mas con el tiempo.

La falta de programas de tratamiento y habilitaci6n pueden conducir al deterioro no s6lo de la salud fisica del paciente sino que tambien al deterioro de las condiciones de vida dentro de la instituci6n. Para citar un ejemplo, en 1998 el director de Jalisco manifesto que no tenia a su disposici6n el personal adecuado que les ensefiara a los nifios a usar el bafio. Afirm6 que si se contara con el personal adecuado, el 70 % de los nifios internados podrian aprender a hacer sus necesidades sin ayuda. Sin embargo, debido a que estos nifios no tienen la capacidad de usar el bafio solos, viven en condiciones extremadamente sucias e insalubres, incluso siguen usando pafiales hasta entrada la adolescencia. Ademas, debido al olor abrumador de la instituci6n y la falta de vestimenta apropiada, es dificil que estos nifios reciban visitas o salgan a pasear fuera de la instituci6n. Aunque en el ultimo afio han mejorado las condiciones en cuanto a la contrataci6n de personal de Jalisco, las autoridades de la instituci6n afirman que la mayoria de los nifios todavia no pueden usar el bafio sin asistencia.

Despues de la visita realizada por el equipo de MDRI en 1996, se han establecido en las "granjas" de Ciudad de Mexico (particularmente Sayago y Ramirez Moreno) programas de terapia ocupacional (clases de costura, talleres de ceramica, juegos de pelota sencillos) que ayudan a mantener actives y ocupados a algunos pacientes. Muchos de estos programas son dirigidos por la FMREM a traves de los Comites Ciudadanos dentro de las instituciones. Los programas ya en marcha han contribuido a disminuir la depresi6n y apatia causada por la inactividad y por lo tanto, implican un gran mejoramiento en la calidad de vida. Estes programas deben complementarse con programas de instrucci6n practica (capacitaci6n profesional) y autoayuda para facilitar la reintegraci6n a la comunidad.

Sin negar la importancia de los programas de rehabilitaci6n dentro de las instituciones, las personas con discapacidad mental no lograra una mayor autonomia ni tendra la oportunidad de reintegrarse a la comunidad si no disponen de programas que aumenten su nivel de funcionamiento. Tomar este importante paso requiere la creaci6n de programas de capacitaci6n profesional y empleo asistido para facilitar el acceso de los pacientes a empleos fuera de la instituci6n. A su vez hacen falta servicios de asistencia social destinados a fortalecer los vinculos de los participantes con sus familias y su comunidad. Asimismo, hacen falta programas de rehabilitaci6n orientados a la capacitaci6n y al fomento de otras habilidades necesarias para vivir en la sociedad. Una vez establecidos estos programas, sera necesario contar con profesionales encargados de la asistencia social individualizada [case managers] que se aseguren que cada individuo se beneficie de todo el espectro de servicios disponibles en la comunidad.

Segun el personal, aunque Fray Bernardino cuenta con diversos programas de rehabilitaci6n, dichos programas se ven limitados par la falta de continuidad de servicios disponibles en la comunidad. Para citar un ejemplo, la direcci6n de Fray Bernardino inform6 que en 1999 contaba con un solo trabajador capacitado para proporcionar servicios de consulta externa a personas que habian egresado del hospital.

#### Escasez de personal capacitado

Los miembros del equipo de MDRI observaron gran dedicaci6n de parte de la mayoria de las trabajadores y era evidente su compromiso con el bienestar de las personas que reciben servicios del sistema de salud mental. Sin embargo, todas las instituciones visitadas carecian del personal calificado necesario para responder a las necesidades de las usuarios. Durante el ultimo afio, se han hecho esfuerzos par mejorar la dotaci6n de recursos humanos en las 11granjas'' de Ciudad de Mexico y Jalisco pero a pesar de esto, todas las instituciones carecian de especialistas capacitados. En algunas instituciones, la falta de personal es tal que la instituci6n apenas proporciona las cuidados basicos a las pacientes internados.

La mayoria de las recomendaciones de la Comisi6n Nacional de Derechos Humanos se refiere al deficit de recursos humanos, ademas de problemas coma la falta de capacitaci6n y el ascenso inapropiado de personal no calificado.94 Par su parte, el equipo de MDRI not6 que, debido a la falta de personal calificado que proporcione tratarnientos coma la fisioterapia, se agravan las problemas de salud en la instituci6n y esto, a su vez, crea la necesidad de aun mas personal. Para resumir, requisitos de calificaci6n mas rigurosos en cuanto a la capacitaci6n podria aumentar dramaticamente la eficiencia del personal existente. En entrevistas con el equipo de MDRI, tanto el actual jefe de la *Coordinaci6n de Salud Mental* coma la presidenta de la FMREM manifestaron su preocupaci6n par la capacitaci6n que reciben las profesionales de salud mental en Mexico. La FMREM imparti6 un programa de tres semanas de capacitaci6n sabre el tema de las derechos humanos y rehabilitaci6n psicosocial para el personal administrativo, medico y de enfermeria en Sayago con el apoyo del Sindicato de Salud y las autoridades de la Secretaria de Salud..

Sin que se inviertan nuevos fondos para personal capacitado sera imposible desarrollar programas de tratarniento y rehabilitaci6n individualizados tal como lo requiere el derecho internacional de derechos humanos. Las actuales practicas en cuanto al manejo de recursos humanos ademas constituyen una violaci6n de la Norma Oficial Mexicana la cual exige una dotaci6n de personal suficiente en numero y capacidad tecnica para prestar los servicios psiquiatricos necesarios. Se require tambien que cada instituci6n cuente con el personal

necesario para la prestaci6n de servicios de urgencia y servicios de rehabilitaci6n psicosocial. 95 Con las niveles de recurses humanos actuales es imposible cumplir con las normas minimas mas fundamentales de atenci6n y tratarniento mucho menos aspectos mas ambiciosos previstos en la nueva ley de salud mental. Segun informa el director de la 11granja11 Sayago, la falta del personal necesario para supervisar adecuadamente a las pacientes es una prioridad que exige una respuesta

94COMISION NACION AL DE DERECHOS HUMANOS, RECOMENDACI6N 187/93 CASO DE HOSPITAL PSIQUIATRICO DE RAMiREZMORENO, 1993.

95 Norma Oficial Mexicana, Secciones 4.2.2 , 4.2.4. y 4.2.6.

inmediata. Este funcionario agrego que debido a la falta de personal, los pacientes podrian hacerse dafio por estar ambulando sin supervision en los terrenos de la institucion. Muchos de los trabajadores que prestan atencion directa a los pacientes manifiestan sentirse agobiados ante la tarea de cuidar en dichas condiciones a una poblacion tan numerosa de usuarios. Una joven queen 1998 trabajaba en un pabellon en Sayago explico lo desmoralizador que era tanto para los pacientes como para el personal .enfrentar tal escasez de recursos humanos. Segun manifesto ella, los trabajadores mismos observan el deterioro de los pacientes con el pasar del tiempo y se sienten agobiados y derrotados por su propia incapacidad de ayudarles debido a la falta del personal adecuado.

En Sayago se observaron pacientes con las piernas vendadas y se le explico al equipo que esto era el resultado de la falta de ejercicio fisico. Segun los trabajadores, la falta de personal llegaba a tal grado que les era imposible proporcionar fisioterapia a todos los pacientes que la necesitaban. Esta situaci6n es aun mas critica en caso de personas de edad avanzada y con discapacidades fisicas que necesitan ayuda para sentarse o pararse de su silla.96 Como consecuencia de la falta de personal, los pacientes que no pueden caminar se ven obligados a arrastrarse sabre el piso. En otros casos la gente permanece atada a las sillas de ruedas. En un pabell6n, se observo que la mitad de una poblacion de treinta pacientes se encontraba atada a sus sillas de ruedas. Al equipo de MDRI se le explic6 que carecian del personal necesario para asegurar que las personas en silla de ruedas cambiaran de posicion a fin de prevenir las ulceras por decubito.

El director de Sayago informo al equipo de MDRI que de una poblacion total de 380 mujeres, 80 dependian de sillas de ruedas de manera permanente. Asirnismo, agreg6 que al haber recibido la rehabilitacion fisica y atenci6n adecuada por parte del personal, 40 de estas mujeres no se verian limitadas a sillas de ruedas en la actualidad. Como promedio, al afio, de 8 a 10 mujeres padeceran de fracturas debido a la atrofia de los huesos ocasionada por permanecer en silla de ruedas y sin la fisioterapia necesaria. Segun el rnismo director, si se quiere proporcionar la atenci6n y cuidados necesarios a las mujeres internadas se necesita tres veces el personal existente. Anadio que aunque habia solicitado de] gobierno fondos adicionales para aumentar el personal y equipo, no habia recibido dichos fondos del gobierno.

Los trabajadores de Ocaranza informaron que no cuentan con el personal suficiente para asistir a los pacientes air al bafio. Por lo rnismo, muchas personas orinan o defecan en el piso de los pabellones donde pasan el dia. En 1998, cuando el equipo de MDRI se presento en la unidad de hombres de Ocaranza al final del turno de noche, encontro que solo una enfermera y un vigilante atendian a una unidad de ciento diez personas. Segun el personal de Ramirez Moreno, a la mayoria de los pacientes se les podria ensefiar a cuidarse a si mismos y hacerse cargo de sus actividades diarias si se contratara mas personal.

El director de la *Coordinaci6n General de Salud Mental* informo que se cuentan con aproximadamente 3.000 psicologos a nivel nacional y un numero menor de psiquiatras. Esto se

96 Segun los trabajadores, solo dos personas ("camilleros") se dedican a prestar este tipo de asistencia a una poblaci6n de 296 usuarios, muchos de ellos personas de edad avanzada o con discapacidades fisicas.

debe a la falta de incentivos econ6micos para los individuos que escogen dicha carrera.97 Segun el director, hay una escasez aun mas aguda de personas dispuestas a trabajar en el sistema publico de salud mental debido a los bajos salarios e inadecuadas condiciones de trabajo. Los profesionales en el sistema publico de salud mental a menudo se ven obligados a conseguir uno o mas trabajos adicionales. Segun informaron los trabajadores de Ocaranza, los psiquiatras ganan

8.000 pesos (EU$800) al mes y las enfermeras la mitad de dicha suma.

1. **Deficiencias en el uso y control de la medicacion**

La administraci6n de medicamentos psicotr6picos es el tratamiento mas comun en todas las instituciones psiquiatricas y 11granjas" visitadas por el equipo. Segun las autoridades, casi todas la personas internadas en las instituciones reciben medicamentos psicotr6picos. La Comisi6n Nacional de Derechos Humanos coincide con las conclusiones de MDRI en lo que se refiere a deficiencias graves respecto la vigilancia de los efectos secundarios, la administraci6n de medicamentos caducos98 e inconsistencias en la prescripci6n de medicamentos debido a la falta de disponabilidad.99

Una revision de una muestra de los historiales clinicos de los pacientes realizada por el equipo de MDRI indica una inadecuada vigilancia de los medicamentos. Segun los resultados de esa revis16n no se vigilan adecuadamente los medicamentos muy fuertes y posiblemente dafiinos. El equipo no revis6 sino un numero limitado de los historiales clinicos de los pacientes internados en Sayago, Ocaranza, Ramirez Moreno y Jalisco y por lo tanto es dificil generalizar con respecto a dichas instituciones o al sistema de salud mental mexicano en su totalidad. Sin embargo, las entrevistas realizadas con los psiquiatras de dichas instituciones indican que nuestras conclusiones probablemente sean representativas. Segun el personal de Sayago, por ejemplo, no se cuentan con los psiquiatras necesarios para revisar los historiales clinicos regularmente y no existe una vigilancia de las practicas de tratarniento. Con la excepci6n del hospital Fray Bernardino, los historiales clinicos revisados por el equipo no incluian los datos necesarios de tipo social, psicol6gico y medico para administrar los medicamentos psicotr6picos de acuerdo a un plan de tratamiento prescrito individualmente. Mas grave aun, es que en dichas instituciones resulta imposible una administraci6n segura de los medicamentos psicotr6picos debido a la falta de informaci6n medica o documentaci6n sobre los efectos secundarios.

Sin una vigilancia adecuada, la administraci6n de medicamentos psicotr6picos amenaza el derecho fundamental a la vida enunciada en el PIDCP100 y la Convenci6n Americana, asi como tambien el derecho a un nivel lo mas alto posible de salud fisica y mental previsto en el PIDESC.101 De acuerdo a los Principios de Salud Mental, "se protegera a todo paciente de

97 Entrevista con el Director de la Direcci6n General de Salud Mental. (27 de julio de 1998).

98COMISI6N NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, R.ECOMENDACION 187/93, RAMIREZ MORENO, *1993.*

99comision nacion al de derechos humanos, r.ecomendacion 74/99, caso de centro Varonil, 1999.

ioo PIDCP, articulo 6.

101 PIDESC, articulo 12(1).

cualesquiera daiios, incluida la administraci6n injustificada de medicamentos".102 Los Principios de Salud Mental requieren que "la determinaci6n de que una persona padece una enfermedad mental se formulara con arreglo a normas medicas aceptadas internacionalmente [con el fin de proporcionar] la atenci6n...que corresponda a sus necesidades de salud ..."103 La Norma Oficial Mexicana 025 contempla el derecho de las usuarios a "recibir informaci6n veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible para el y para su representante legal, con relaci6n al diagn6stico medico, asi coma respecto de sus derechos y del tratarniento que se pretenda aplicar"104 Toda medicamento debe ser recetado par un especialista autorizado par la ley y debe registrarse en el historial clinico del usuario, el cual puede solicitar una "revision clinica de su caso".105

Un elemento necesario para un tratamiento adecuado es un registro del tratamiento completo. Sin una vigilancia adecuada, las medicamentos psicotr6picos pueden ocasionar efectos secundarios problematicos que pueden perjudicar la salud o poner en peligro la vida del paciente. Es igualmente importante verificar las efectos positivos de las medicamentos a fin de det.errninar si cualquier beneficio que puedan tener amerita las riesgos inherentes en la administraci6n de la mayoria de medicamentos psicotr6picos. Los Principios de Salud Mental exigen dichos registros, incluidos la documentaci6n de todo tratamiento106 y un plan de tratarniento prescrito individualmente.107 Los registros ademas deben seiialar si el tratamiento es voluntario o involuntario.108

Ninguno de las historiales clinicos revisados par el equipo contaban con un plan de tratamiento completo ni sefialaban las efectos positivos o negatives de las medicamentos. Segun las normas medicas aceptadas, para adrninistrar las medicamentos psicotr6picos es necesario tomar en cuenta las antecedentes sociales y medicos del paciente ademas de vigilar las efectos secundarios daiiinos.109 No hubo evidencia alguna de dichas practicas en las historiales clinicos revisados por el equipo en las instituciones mexicanas.

102 *Principios de Salud Mental,* Principio 8 (2).

103 *Idem,* Principio 4(1), **8(1).**

104 *Norma,* articulo 8.8

105*Idem,* Secciones 8.11, 8.15, 8.8 y vease 8.7. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de los usuarios.

106 *Principios de Salud Mental,* Principio 10(2).

LO? *Idem,* Principio 9(2).

108 *Idem.* Principio 11(10).

109 HAROLD I. KAPLAN, BENJAMIN J. SADOCK, JACK A. GREBB, SYNOPSIS OF PSYCHIATRY: BEHAVIORAL SCIENCES, CLINICAL PSYCHIATRY 885 (seventh edition 1994); JERROLD G. BERNSTEIN, HANDBOOK OF DRUG THERAPY lN PSYCHIATRY 25-50 (1988).

En las "granjas", las registros de tratamiento revisados par el equipo eran muy breves y carecian de informaci6n detallada. 110 Aunque incluian la fecha, la hara y la dosis de las medicamentos recetados, carecian de indicaciones en cuanto al nivel de la medicaci6n o cualquier cambio en dicho nivel. Los registros carecen de un diagn6stico completo e incluyen muy poca informaci6n sabre las antecedentes sociales y medicos del paciente.111 En ninguna de las instituciones psiquiatricas publicas se observaron planes de tratamiento prescritos individualmente o notas de evoluci6n (incluyendo informaci6n esencial sabre la reacci6n del usuario a los medicamentos). Los historiales clinicos no mostraban evidencia de examenes fisicos y tampoco hubo evidencia de que datos medicos pertinentes hubiesen sido integrados en la evaluaci6n psiquiatrica.112 El director de Ramirez Moreno inform6 que en 1999 el hospital alcanz6, par primera vez, su objetivo de proparcionar a cada paciente tres examenes fisicos al aiio. Los psiquiatras de Ocaranza informaron que todavia no han cumplido su meta de proparcionar a cada paciente dos examenes fisicos anuales. En 1998, el equipo de MDRI revis6 las historiales clinicos de algunos pacientes de Sayago y no encontr6 ningun registro que correspondia a los tres meses anteriores.113 Un profesional clinico de Sayago asegur6 al equipo que no hacia falta una revision peri6dica de las expedientes de los usuarios porque estos no padecian problemas psicol6gicos severos. A pesar de esto, muchos de dichos usuarios recibian medicamentos neurolepticos potentes y potencialmente peligrosos.

Sin la documentaci6n adecuada, las psiquiatras no pueden evaluar el efecto que tiene un tratamiento en particular de forma consistente. La falta de registros y de vigilancia adecuada hace que el uso de medicamentos psicotr6picos sea arriesgado y puede poner en peligro la vida de los pacientes en las instituciones psiquiatricas visitadas por el equipo. En algunos casos, el uso inapropiado de medicamentos psicotr6picos puede retardar o inhibir la capacidad del paciente para reintegrarse a la comunidad. Dichos medicamentos ademas pueden ocasionar gran

110 En Fray Bernardino se encontr6 una excepci6n a la falta general de informaci6n en los historiales clinicos de los usuarios.

111 En general, el diagn6stico se limita a sefialar que el paciente es "psic6tico" o "esquizofrenico." A menudo, el unico detalle adicional en el historial clinico es si el paciente se considera de condici6n "aguda" o "cr6nica". Los directores de varias de la instituciones visitadas por el equipo de MDRI en 1998 informaron que se estaban hacienda esfuerzos por mantener historiales clinicos mas completos. Estos funcionarios dijeron que al asumir sus cargos en las instituciones en 1997, encontraron expedientes clinicos incornpletos, asi como una falta de fiscalizaci6n y vigilancia del tratamiento medico. Desde la llegada de dichos directores, se estan emprendiendo nuevos esfuerzos por ofrecer a los usuarios una mejor higiene, un trato mas respetuoso y una revision adecuada de los historiales clinicos.

112 Los historiales clinicos revisados por el equipo carecian de datos referentes a examenes para medir los efectos secundarios que afectan a los 6rganos del cuerpo corno medula 6sea (por media de chequeos de celulas sanguineas) tiroide, higado, y rifiones (a traves de perfiles de laboratorio). Los historiales clinicos tambien carecian de documentaci6n sabre analisis fisicos como el AIMS (Abnormal Involuntary Movement Scale - Escala de Movimiento Involuntario Anormal) para controlar la existencia de diskinesia tardia, enfermedad a menudo irreversible y debilitante caracterizada por movimientos corporales involuntarios.

113 Un psiquiatra autoriz6 a miembros del equipo de MDRI a revisar los historiales clinicos en el pabell6n de mujeres numero 6; agosto de 1998.

sufrimiento, 114 debilidad permanente por diskinesia tardia115 e incluso la muerte por el sindrome neuroleptico maligno.116

Los psiquiatras de varias de las instituciones mexicanas informan que no pueden usar algunos medicamentos basicos como el Litio y la Carbamazepina. Esto se debe a que no cuentan con fondos para obtener los reactivos necesarios para practicar los analisis de sangre necesarios (niveles altos de dichos medicamentos pueden ser t6xicos). El litio es un medicamento aceptado para el tratamiento de personas maniacodepresivas. Sin el acceso a dicho medicamento, dichos individuos pueden verse expuestos innecesariamente al sufrimiento y peligro.117 La Comisi6n Nacional de Derechos Humanos, en su informe sobre Ocaranza, orden6 que se obtuviera el equipo y los reactivos necesarios para controlar los niveles de toxicidad en la sangre.

En Sayago, Ocaranza, Jalisco y Nieto, el equipo observ6 que varios pacientes presentaban sintomas de lo que parecia ser diskinesia tardia avanzada -el movimiento ritmico de los labios y la lengua, hacer crujir los dientes, mecerse de pie hacia adelante y atras, y hacer gestos torcidos con las manos -sintomas que se pueden detectar facilmente mediante una vigilancia rutinaria de los medicamentos psicotr6picos. Ademas, muchos de los pacientes en las instituciones visitadas parecian estar muy sedados, lo que indica el uso habitual de altas dosis de medicamentos psicotr6picos.118 La falta de documentaci6n adecuada implica la posibilidad de un malempleo cr6nico de los medicamentos psicotr6picos mediante dosis excesivas o la administraci6n simultanea de distintos medicamentos (polifarmacia). Dadas estas circunstancias se amerita hacer una investigaci6n mas exhaustiva del posible abuso persistente de la medicaci6n y hacer ademas de una revision medica de cada uno de los expedientes clinicos de cada paciente internado en las 11granjas11 mexicanas.

114David I. Mayerhoff and Jeffrey A. Lieberman, *Behavioral Effect of Neuroleptics, in* ADVERSE EFFECTS OF PSYCHOTROPIC DRUGS 128-131 (John M. Kane & Jeffrey A. Lieberman, eds. 1991). *Vease* Abraham R. Frenkel et al., *Behavioral Side Effects Associated with Antidepressants and Lithium, in* Kane & Lieberman, *id.,* p. 111-27.

ll5Kaplan, Sadock, and Grebb, *supra* nota 109, p. 885; Jonathan M. Silver, Stuart C. Yudofsky, Gerald I. Hurowitz, *Psychopharmacology and Electroconvulsive Therapy in* TEXTBOOK OF PSYCHIATRY 912 (Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky, John A. Talbot, eds. Second Edition, 1994). Para informaci6n acerca de "demencia tardia [tardive dementia]", una demencia del 16bulo frontal provocado par el medicamento, *vease* Mayerhoff and Lieberman, *supra* nota 114 p. 131.

116 Las muertes causadas par las medicamentos psicotr6picos se deben principalmente al sindrome neuroleptico maligno, susceptibilidad a la insolaci6n, asfixia o condiciones cardiovasculares. Aparece a continuaci6n, una pequena muestra de articulos sabre estos temas: A. Shalev, H. Hermesh and H. Munitz, *Mortality from neuroleptic malignant syndrome, 51* J. CLINICAL PSYCHIATRY 18-25 (1989); W.G. Clark and J.M. Lipton, *Drug-related heat stroke,* 26 PHARMACOLOGY & THERAPEUTICS 345-388 (1984); Richard P. Brown and James H. Kocsis, *Sudden death and antipsychotic drugs,* 35 HOSPITAL & COMMUNITY PSYCHIATRY 486-491 (1984); O.P. Mehtonen, K. Aranko, L. Malkone and H. Vapaatalo, *A survey of sudden death associated with the use of antipsychotic and antidepressant drugs: 49 cases in Finland,* 84 ACTAPSYCHIATRICA SCANDINAVICA 58-64 (1991).

117 Harold I. KAPLAN AND BENJAMIN J. SADOCK, *supra* note 109 2024 (sixth ed. 1995).

118La dosis excesiva de muches medicamentos psicotr6picos ejerce un efecto sedante en las pacientes. Theodore Van Putten y Stephen R. Marder, *Behavioral toxicity of antipsychotic drugs,* 48 J. CLINICAL PSYCHIATRY, supplement at 13-19 (1987).

En 1998 los psiquiatras de Ramirez Moreno informaron sobre una persistente escasez de medicamentos al final de cada mes. Segun se informa, a pesar de contar con un presupuesto adecuado para la compra de medicamentos, la disponibilidad de los mismos se da de forma irregular. Por esta raz6n, algunos pacientes se ven obligados a cambiar de medicamento temporalmente, hasta que la instituci6n tenga a su disposici6n el medicamento indicado.

#### Incumplimiento del derecho al consentimiento informado

Por lo general no se respeta el derecho al consentimiento informado en las instituciones psiquiatricas mexicanas. De acuerdo a los Principios de Salud Mental, a toda persona sometida a tratamiento en una instituci6n psiquiatrica se le debe proporcionar informaci6n acerca del diagn6stico, el prop6sito, metodo, duraci6n probable y los beneficios que se espera obtengan del tratamiento propuesto, las demas modalidades posibles de tratamiento, los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento.119 Toda persona internada en una instituci6n ademas tiene derecho a "un plan prescrito individualmente" y a examinar dicho plan con el personal calificado.120 El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo y no se debe alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a dicho derecho.121 Debe respetarse el derecho a negarse a recibir tratamiento aun cuando la persona sea un paciente involuntario salvo que una autoridad independiente revise el caso, compruebe que el paciente esta incapacitado para dar o negar su consentimiento informado y compruebe que "el plan de tratamiento propuesto es el mas indicado para atender a las necesidades de salud del paciente."122

La Norma Oficial Mexicana no contempla el tema del consentimiento informado sino se limita a conceder a toda persona el derecho a recibir informaci6n sobre el tratarniento que se pretende aplicar.123 El formulario de admisi6n voluntaria a Fray Bernardino autoriza al personal a aplicar el tratamiento necesario despues de obtener el consentimiento de la persona. Sin embargo, el personal le explic6 al equipo de MDRI que la firma del mismo formulario de admisi6n voluntaria se considera como un consentimiento para todo tratamiento posterior. Aunque puede ser que algunos medicos le expliquen cual es el tratamiento a algunos pacientes, la mayoria de medicos y psiquiatras entrevistados por el equipo afirmaron que no tenian ninguna obligaci6n de hacerlo.

En la practica, el personal psiquiatrico en general no considera necesario obtener el consentimiento informado. En una de las casas de protecci6n, el jefe de psiquiatria expres6 el consenso entre sus colegas, "el silencio implica el consentimiento." No se toma en cuenta que algunas personas puedan tener miedo de hablar de sus inquietudes o manifestar su objeci6n a algun plan de tratamiento especifico. Rara vez se hace un esfuerzo especial por informar a los

119 *Principios de Salud Mental,* principio 11(2).

120 *Idem.,* principio 9(2).

*121Jdem,* principios 9(4) and (5).

*122Jdem,* principio 9(6).

123 *Norma,* Secci6n 8.8.

individuos sobre los potenciales dafios u otras alternativas disponibles. En general el equipo de MDRI not6 una percepci6n de que el medico es el mejor juez en cuanto al bienestar del paciente y por lo tanto no hace falta acudir al paciente para la toma de decisiones.

En Mexico, existe ademas la percepci6n general de que los parientes de un paciente pueden dar su consentirniento en nombre de dicho paciente. De este modo, si un pariente da su consentimiento para el tratamiento de una persona, dicho tratarniento se considera como voluntario, sin importar si se le consult6 o no a la persona de que se trate. Dicha practica constituye una clam violaci6n del derecho internacional de derechos humanos los cuales estipulan los derechos del individuo y no los de sus familiares u otros grupos en general. 124 El Principia de Salud Mental 11, en su referencia al consentimiento informado estipula que el ejercicio de este derecho no corresponde a cualquier adulto que no sea el paciente mismo. Aunque se admite el consentimiento por medio de un "representante personal", 125 la decision de designar a un representante personal se tomara solo despues de "una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislaci6n nacional". 126 En la practica, las instituciones mexicanas habitualmente se basan en decisiones tomadas por familiares, medicos, psiquiatras y personal no profesional y estas decisiones pasan por encima del derecho al consentimiento informado de las personas.

Si bien los familiares pueden jugar un papel importante en el proceso de consentimiento informado, ello no sustituye el derecho individual a la toma de decisiones sobre el tratamiento. Los Principios de Salud Mental estipulan que "todo paciente tendra derecho a un tratmiento adecuado a sus antecedentes culturales" .127 Sin embargo, ni los Principios de Salud Mental ni las leyes internacionales permiten que se le niegue un derecho a una persona en base a diferencias culturales. Las politicas de atenci6n medica y consentirniento informado deben tomar en cuenta las diferencias culturales que influyen en las percepciones sobre el papel de los individuos con respecto a sus familiares.128 Por ejemplo, los Mexicanos-Americanos suelen depender mucho de sus farniliares para la toma de decisiones sobre la atenci6n medica.129 Se podria abordar el tema de consentimiento informado de una manera culturalmente adecuada mediante la comunicaci6n permanente entre el psiquiatra y los farniliares de la persona a recibir tratamiento. Los familiares pueden comunicar al personal medico las decisiones tomadas por la persona interesada y de la

124 De acuerdo a los *Principios de Salud Mental,* todas las personas que padezcan una enfermedad mental tienen derecho a ejercer todos los misrnos derechos que cualquier otro ciudadano. (Principia 1(5)).

125 *Idem,* principio 1(6).

126 *Idem,* principio 1(6). Una discusi6n de la legislaci6n y practica mexicana en cuanto a la designaci6n de un representante persona (tutor) aparece mas adelante en Parte C.

127 *Principios de Salud Mental,* principio 7(3).

128Leslie J. Blackhall, Sheila T. Murphy, Gelya Frank, Vicki Michel y Standley Azen, *Ethnicity and Attitudes Toward Patient Autonomy,* 274 JAMA 820 (1995); Larry 0. Gostin, *Informed Consent, Cultural Sensitivity and Respect for Persons,* 274, JAMA 844 (1995).

*129Jdem,* en 824.

misma manera pueden explicar los tratamientos alternativos a la persona que piensa buscar atenci6n medica.

* 1. **Admision Involuntaria y Representacion Personal (Tutoria)**

Una de las principales omisiones de la nueva ley de salud mental en Mexico es la falta de protecci6n en cuanto a la admisi6n involuntaria y la representaci6n personal. Cuando se elabor6 la Norma Oficial Mexicana, la Comisi6n Nacional de Derechos Humanos critic6 el que no se acataran a los Principios de Salud Mental con respecto a la admisi6n involuntaria y la representaci6n personal. La Comisi6n advirti6 que no incluir dichas garantias resultaria en riesgos graves para los derechos humanos de los usuarios. 130

De hecho, la falta de protecciones adecuadas en la Norma Oficial Mexicana traen como resultado la violaci6n a los derechos de todas las personas recluidas voluntaria o involuntariamente en instituciones mexicanas. Debido a la inexistencia de cualquier otra modalidad menos restrictiva que el tratamiento hospitalario, no le queda al usuario ninguna alternativa legitima a la reclusion en una instituci6n. En todas las instituciones visitadas por el equipo de MDRI se entrevistaron personas que se manifestaban desesperados por regresar a sus hogares. Es mas, muchos de dichos individuos son, en teoria, pacientes "voluntarios". Como quiera que se les denomine tecnica o legalmente, la detenci6n de estas personas resulta ser una crasa privaci6n de sus libertades civiles.

1. **Admision Involuntaria (lnternamiento Involuntario)**

La Norma Oficial Mexicana contempla varias disposiciones sustantivas importantes en cuanto al internamiento involuntario, pero se consideran mas debiles que la ley internacional en el sentido de que permiten la admisi6n involuntaria de algunas personas que no satisfacen los requisitos previstos en los Principios de Salud Mental. Sin embargo, el defecto aun mas significativo de la Norma Oficial Mexicana es que no incorpora las garantias procesales enunciadas en el derecho internacional.

* 1. **Normas sustantivas**

La Norma Oficial Mexicana estipula que el ingreso en forma involuntaria se limita a aquellas personas que "requieran atenci6n urgente"o "representan un peligro grave o inmediato para si mismos o para los demas" debido a un "trastorno mental severo".131 Igual a la Norma Oficial Mexicana, segun los Principios de Salud Mental "una persona solo podra ser admitida como paciente involuntario ...[si] debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daiio inmediato o inminente".132 Sin embargo los Principios de Salud Mental incluyen requisitos mas estrictos para la admisi6n de un persona que necesita de lo que la ley mexicana denomina

130 Memorandum fechado 3 de octubre de 1996 de Miguel Sarre, enviado a MDRI. *Comisi6n Nacional de Derechos Humanos,* Critica de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994.

131 Norma Oficial Mexicana 4.4.2.

132 *Principios de Salud Mental,* Principio 16(1)

"atencion urgente". Los Principios permiten la admision involuntaria de una persona "cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio este afectada" solo en casos en los cuales "el hecho de que no se le admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condicion o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que solo puede aplicarse si se admite al paciente en una institucion psiquiatrica ..."133 Aun en estas circunstancias, no se puede proceder a la admision involuntaria de una persona que podria vivir en un medio ambiente menos restrictive "que corresponda a sus necesidades de salud y la necesidad de proteger la seguridad fisica de las demas."134 De este modo, Los Principios de Salud Mental, a diferencia a la Norma Oficial Mexicana, declaran explicitamente que admitir en una institucion a una persona capaz de vivir en la comunidad constituye una admision injustificada.

Por otra parte, la Norma Oficial Mexicana establece que una persona puede ser internada de forma involuntaria debido a un "trastorno mental severo". La ley mexicana no define este concepto pero parece ser que perrnite la admision involuntaria de personas con una variedad de discapacidades mentales que dentro del cuadro de la ley internacional no se reconocerian coma "enfermos mentales" conforme lo prescriba la ley internacional. Los Principios de Salud Mental restringen la admision involuntaria a personas que padece una 'enfermedad mental con arreglo a normas medicas aceptadas internacionalmente".135

Dentro de las definiciones existen muchas categorias de "trastornos mentales" que posiblemente no constituyen "enfermedades mentales". Par lo tanto, la detencion de personas que caen en dichas categorias constituye una violacion al derecho internacional. Entre las categorias ya mencionadas la mas importante esta compuesta par personas con restraso mental. Esta poblacion representa un alto porcentaje de las usuarios del sistema de salud mental mexicana. De acuerdo al derecho internacional, dichas personas solo se pueden detener en instituciones si satisfacen las normas de admision involuntaria enunciadas en la "Declaraci6n sabre las Derechos de Personas con Retraso Mental" (en adelante Declaracion RM). Esta Declaracion utiliza un criteria aun mas exigente para la admision involuntaria. Conforme a la Declaracion RM "de ser posible, el retrasado mental debe residir con su familia, o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de vida de la comunidad". 136 La admisi6n involuntaria a una instituci6n se permite unicamente cuando "sea necesario."137 No obstante, la Declaracion **RM,** par no ser tan reciente y detallada coma las Principios de Salud Mental, no define claramente el termino "necesario". Sin embargo, segun lo ha demostrado la experiencia internacional, pueden integrarse a la comunidad las personas que padecen las formas mas severas de retraso mental u otras discapacidades intelectuales. Es mas, en algunos paises, se han cerrado por completo las instituciones para personas con retraso mental, lo que demuestra que para la gran mayoria de estas personas, no es necesaria la reclusion en una instituci6n.

133 Idem.

*134Idem,* Principia 9(1).

135 *Idem,* principio 4(1). *136Declaraci6n RM,* secci6n 4. 137 *Idem.*

* 1. **Garantias procesales**

Los Principios de Salud Mental establecen estrictas garantias procesales por medio de las cuales se determina si un individuo satisface o no los criterios sustanciales de admision involuntaria descritos anteriormente. Segun dichos Principios, toda persona ingresada de forma involuntaria en una institucion tiene derecho a una audiencia ante un organo de revision independiente e imparcial. 138 Dicha persona tiene derecho a estar representada por un defensor, sin cargo alguno si se trata de un paciente indigente.139 Dicho individuo tiene derecho a apelar una decision con la cual no este de acuerdo ante un tribunal superior.140 La persona puede ademas solicitar y presentar en la audiencia un dictamen independiente sabre su salud mental y cualesquiera otros informes y pruebas sobre su estado de salud y tambien puede tener acceso a su propio historial y expediente clinicos.141 La ley mexicana no contempla ninguno de estos derechos de las personas sometidas a un admision involuntaria.

Conforme a la Norma Oficial Mexicana, para realizar una admisi6n involuntaria solo hace falta la indicacion escrita de un psiquiatra y un familiar responsable o representante legal (el proceso de designar a un representante legal tampoco incorpora las garantias procesales, como se detalla mas adelante).142 En caso de una "urgencia extrema" la persona "puede ingresar por indicaci6n escrita del medico a cargo del servicio de admision de la unidad hospitalaria". La ley mexicana no exige una supervision judicial del proceso de admisi6n involuntaria y no existe ningun mecanismo para la revision independiente de la admisi6n inicial.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, el Ministerio Publico (un juez de instrucci6n) debe ser notificado de "todo internamiento involuntario y su evolucion" pero no se exige la revision o autorizacion de dicha admision por parte del Ministerio.143 Algunos de los psiquiatras entrevistados por el equipo de MDRI informaron que la notificacion al Ministerio Publico generalmente sirve para localizar a personas que se sospecha son delincuentes. Al equipo se le mostr6 un formulario que sirve para notificar al Ministerio Publico sabre el diagnostico, el motivo de la admision involuntaria y la fecha de dicha admision en una instituci6n. Segun los psiquiatras entrevistados es muy raro que se sometan informes de evoluci6n al Ministerio.

Por otra parte, la Norma Oficial Mexicana requiere que los directores medicos lleven a cabo revisiones clinicas peri6dicas de cada caso.144 Estas revisiones no estan a cargo de una

138 *Idem,* principio 16(2).

139 *Idem,* principio 18(1).

140 *Idem,* principio 17(7).

*141Idem,* principio 18(3) y (4).

142 *Norma,* secci6n 4.4.2.

143 *Idem,* Secci6n 4.4.2.

144 *Norma,* secci6n 6.4.3.1.

autoridad independiente y tampoco requieren una determinaci6n de si la persona todavia satisface o no los criterios sustantivos de admision involuntaria. Segun los Principios de Salud Mental, un 6rgano independiente debe revisar cada caso "a intervalos razonables especificados por la legislacion nacional".145

Como se describe anteriormente, los medicos de Fray Bernardino y las 11 granjas" informaron que la mayoria de los internos son pacientes voluntarios. En los casos en que se lleva algun proceso formal, son generalmente los responsables de la admisi6n los familiares de los pacientes. Cuando el consentimiento para una admision lo da el familiar de una persona, este generalmente se considera un "paciente voluntario" haya o no dado su consentimiento la persona interesada. Esta practica constituye una violaci6n de los preceptos fundamentales de la Norma Oficial Mexicana, la cual contempla la admision voluntaria en una institucion siempre y cuando dicha admision sea "a la solicitud del usuario"."146 De acuerdo a la Norma, ninguna persona puede aceptar el tratamiento voluntario en nombre de unfamiliar. Varios pacientes "voluntarios" aseguraron al equipo de MDRI que fueron ingresados de forma involuntaria por sus esposos y otros familiares y en ningun momento solicitaron la admisi6n. La unica excepci6n se observ6 en Fray Bernardino, el cual requiere la firma de la persona que se va a admitir.

1. **Representacion Personal (Tutoria)**

Las personas internadas en instituciones mexicanas a menudo son calificadas como personas "mentalmente incapacitadas" y sometidas a la tutoria (representaci6n personal o legal) y por lo mismo se ven privados de su derecho a tomar decisiones sobre sus propias vidas. Los directores de varias instituciones manifestaron que actuan como tutores sin ninguna revision judicial independiente o designaci6n judicial como tal. A la gran mayoria de pacientes internados en las "granjas" y casas de protecci6n se les considera mentalmente incapacitados y el director de la instituci6n actua como su tutor. Debido a la ausencia de familiares que pueden dar su consentimiento para el tratamiento en nombre del paciente, a los abandonados se les designa un tutor sin ningun proceso judicial previo. La directora de Ocaranza, por ejemplo, inform6 que ella es tutora de 280 de los 300 internos en la instituci6n - es decir, de todos los abandonados.

En su capacidad de tutor, el director de una instituci6n puede tomar cualquier decision en nombre de la persona bajo su custodia (la persona que carece de capacidad juridica ward]). Por lo tanto, en su capacidad de tutor, el director puede autorizar todo tipo de tratamiento disponible en la instituci6n en nombre del paciente y hasta puede autorizar que el paciente permanezca internado de por vida. De este modo, por medio de la tutoria, una persona puede verse privado de su derecho tanto al consentimiento informado como a las garantias procesales que acompafi.an al proceso de admision involuntaria. En teoria, cualquier decision tomada por el tutor es una decision voluntaria de parte de la persona bajo su custodia.

El designar a un tutor (o representante personal) sin ningun proceso judicial constituye una violaci6n al derecho internacional. De acuerdo a los Principios de Salud Mental las personas

145 *Idem,* principio 17(3).

*146Norma,* secci6n 4.4.1.

con discapacidad mental gozan de los mismos derechos que los demas ciudadanos, incluido el derecho a la autonomia de decision con respecto a su propia vida. Por lo tanto, cualquier determinacion de designar a un representante personal "se tomara solo despues de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial. 147 Reconociendo el posible conflicto de intereses entre la persona de cuya capacidad se trata y la institucion que le proporciona atencion custodial y servicios psiquiatricos, los Principios estipulan que la persona tiene "derecho a estar representada por un defensor [quien] no podra representar en las mismas actuaciones a una instituci6n psiquiatrica ni a su personal". En las instituciones mexicanas no se ofrecen protecciones similares. De hecho, el que la institucion misma se encargue de la decision de designar a un representante personal implica que para la persona que tenga un desacuerdo de cualquier indole con la instituci6n existen graves riesgos. Asimismo, el hecho de que los directores de las instituciones actuan como tutores para tantas personas a la vez pone en duda cualquier esfuerzo par parte de dichos funcionarios par representar o respetar las opciones y decisiones de las personas bajo su tutoria legal. Con 280 individuos bajo la tutoria de una sola persona, seria imposible ofrecer atencion individualizada, aunque esta fuera la intencion.

La Norma Oficial Mexicana no se refiere al tema de representacion personal (tutoria). Tecnicamente son las leyes estatales las que rigen la tutoria y estas tienden a ser parecidas a la ley del Distrito Federal de Ciudad de Mexico. 148 Segun las disposiciones de dicha ley, se puede designar un tutor para los menores y las personas que segun la ley se consideren "personalmente incapacitados".149 De acuerdo a esta ley, el tutor tiene la obligacion de proteger las intereses de la persona bajo su tutoria. Segun informan algunos abogados en Mexico, en la practica dicha ley se aplica generalmente solo en el caso de una persona adulta con discapacidad mental que cuenta con propiedad u otros bienes sabre las cuales otros familiares desean ejercer control. Aunque la ley misma no establece ninguna limitacion de ese tipo, las personas internadas en instituciones psiquiatricas o casas de proteccion generalmente no gozan de dichas protecciones legales.

Aplicar la ley de tutoria mexicana a todas las personas que padecen una discapacidad mental constituiria un gran paso adelante en cuanto a la proteccion de los derechos humanos dentro de las instituciones psiquiatricas mexicanas. Sin embargo, si bien la ley de tutoria incluye algunas garantias procesales importantes no abarca todas las garantias previstas en los Principios de Salud Mental. De hecho, la ley mexicana estipula el derecho a una audiencia ante un juez. Ademas, el organo judicial puede designar un tutor provisional que puede ser el pariente mas cercano y capaz de hacerlo (o en caso que no se presente ningun pariente, a un "amigo" designado por el tribunal) para las propositos del proceso legal. Dicha ley, sin embargo, no contempla el derecho a un defensor independiente ni precisa que el defensor deba actuar de acuerdo a las intereses que ha manifestado la persona interesada.

147 *Principios de Salud Mental,* principio 1(6).

148 *Vease, p.e.* El C6digo Civil para el Distrito Federal, Capitulo II, "Del Nombramiento de Tutores y Curadores y Discernimiento de estos Cargos."

*149/dem,* secci6n 450.

* 1. **Segregacion indebida de la sociedad**

La mayoria de las personas recluidas a largo plazo en las instituciones psquiatricas mexicanas son detenidas indebidamente, innecesariamente y arbitrariamente. Esta secci6n se concentra en la segregaci6n injustificada de las personas internadas en instituciones psiquiatricas. Ademas de los derechos que corresponden al proceso de admisi6n involuntaria, la ley internacional reconoce el derecho a la reintegraci6n comunitaria.150 De acuerdo a lo prescrito en los Principios de Salud Mental, toda persona que recibe servicios de salud mental "tendra derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible...que corresponda a sus necesidades de salud..."151

La politica oficial mexicana coincide con los Principios de Salud Mental en que se reserva la reclusion psiquia.trica para personas que representan un peligro para si mismos o para los dema.s, o para las que requieren de un tratamiento especializado que solo puede aplicarse en el contexto hospitalario. Sin embargo, dicha politica tiene muy poco que ver con la poblaci6n que de hecho reside en las "granjas". La gran mayoria de personas recluidas en dichas instituciones no representan ningun peligro y podrian vivir en la comunidad si contaran con los servicios y sistemas de apoyo adecuados. Es mas, en muchos casos, se pueden proporcionar servicios mas efectivos en la comunidad queen las instituciones.

1. **Detencion de los "abandonados"**

Un gran numero de los pacientes internados en instituciones con caracteristicas asilares son oficialmente denominados *abandonados* - o sea personas que por no contar con una familia u otro lugar a donde ir son internadas en hospitales psiquiatricos. En teoria, los abandonados padecen algun tipo de discapacidad mental pero, aunque eso sea cierto, el caso es que los abandonados permanecen internados -generalmente de por vida- por el hecho de no contar con una familia dispuesta a cuidarlos en casa y porque el gobierno no dispone de ningun otro tipo de programa para su cuidado. Basandose en los datos proporcionados tanto por funcionarios gubernamentales como por el personal administrativo y medico de las instituciones visitadas por el equipo de rvIDRI, se calcula que los abandonados representan entre el 33 y el 80 por ciento de las personas internadas a largo plazo.152 Segun los directores de varias instituciones entrevistados por el equipo, la gran mayoria de dichos individuos podrian vivir en la comunidad si contaran con familias dispuestas a cuidarlos o si el gobierno pusiera a su disposici6n los servicios adecuados en la comunidad. Segun el jefe de servicios de salud mental del gobierno

150 Se encuentra un analisis mas a fondo del incipiente derecho a la integraci6n comunitaria en la ley internacional de derechos humanos en Eric Rosenthal, Elizabeth Bauer, Mary F. Hayden, and Andrea Holley, *Implementing the Right to Community Integration for Children with Disabilities in Russia: A Human Rights Framework for International Action,* 4 HEALTH & HUMAN RIGHTS 83, 85 (1999).

151 *Idem,* principio 9(1).

152 Informes oficiales del afio 1996 recibidos por MDRI oficialmente identifican como abandonados al 36 por ciento de la poblaci6n internada. La Sra Rocati, ex Presidenta de la Comisi6n Nacional de Derechos Humanos, le inform6 al equipo de MDRI que aproximadamente el 70 por ciento de la poblaci6n recluida en instituciones psiquiatricas a nivel nacional son abandonados. Las autoridades de Sayago and Jalisco informaron que entre el 75 y 80 por ciento de sus pacientes son abandonados.

federal, *todas* las personas actualmente recluidas en las 11granjas11 a nivel nacional podrian vivir fuera de un hospital si tuvieran a su disposicion los servicios comunitarios adecuados.153

En 1998, el entonces jefe de servicios de salud mental (el que precedio al jefe actual) compartia este mismo planteamiento. Segun dicho funcionario, el 80 por ciento de dichos pacientes podria reintegrarse a la comunidad y de ellos, el 100 por ciento hubiera tenido posibilidad de rehabilitacion, pero por haber pasado tanto tiempo recluidos en una institucion y sin servicios, ya no les es posible salir del hospital.

En otros paises, los programas de colocar en la comunidad a pacientes que necesitan atencion a largo plaza han resultado exitosos. Con el apoyo y la rehabilitacion adecuados, aun personas que han pasado decenas de afios en una institucion pueden vivir en la comunidad y disfrutar de una mejor calidad de vida.154 Aun cuando ya no padecen ningun sintoma de enfermedad mental, la mayoria de los abandonados necesitaran de alguna asistencia para reanudar los vinculos en la comunidad por haber pasado afios encerrados dentro de las cuatro paredes de una institucion. El planteamiento del funcionario mexicano coincide con los resultados de otras investigaciones realizadas que demuestran que entre mas tiempo pasan los pacientes en una institucion, mas disminuyen sus habilidades para vivir en la sociedad.

Mientras que la morbosidad psiquiatrica disminuye con el paso del tiempo,155 la reclusion prolongada resulta en una creciente dependencia sabre los servicios hospitalarios, aun para personas que en algun momenta dado podian cuidarse a si mismas.156 La reclusion prolongada de los abandonados contribuye a lo que se denomina "discapacidad yatrogenica " definida como el deterioro de la salud y el funcionamiento social a causa de un tratamiento (en el presente caso, la reclusion en una institucion).157 Teniendo en cuenta estos factores, aun las personas que han sido recluidas en instituciones durante epocas prolongadas pueden beneficiarse de programas de integracion comunitaria.

153Los distintos funcionarios y directores de instituciones entrevistados proporcionaron estimados variados. Segun el Director de Sayago, el cien por ciento de la poblaci6n de su instituci6n podria benefi.ciarse de la integraci6n comunitaria. Sin embargo, calcula que, en cualquier momenta el 22 por ciento de la poblaci6n actual necesitaria servicios hospitalarios de corta estancia para pacientes agudos.

154Vifose, *p.e.,* J. Tsantis et al, *The Leros PIKPA Asylum, Deinstitutiona/ization and Rehabilitation Project,* 167 BRIT. J. PSYCHIATRY (supp. 29) 10, 11 (1995). Courteney M. Harding, the Interaction ofBiopsychosocial Factos, Time, and Course of Schizophrenia, en CONTEMPORARY ISSUES IN THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA 653, 667 (1996).

155 Harding, *supra* nota 45, p. 667.

156ORGANIZACI0NMUNDIAL DE SALUD, TREATMENT OF MENTAL DISORDERS: A REVIEW OF EFFECTIVENESS 19

(Norman Sartorius, et. al., eds., 1993) (en adelante WHO REVIEW OF EFFECTIVENESS). La documentaci6n sociol6gica clasica de la "mentalidad institucional" se describe en ERVING GOFFMAN, ASYLUMS: ESSAYS ON THE SOCIAL SITUATION OF MENTAL PATIENTS AND OTHER INMATES (1961). El impacto yatrogenico de la reclusion prolongada en una instituci6n se ha documentado en muchos paises. Tsantis, *supra* nota 154, p. 10;

157WHO REVIEW OF EFFECTIVENESS, *supra* nota 156, p. 19.

#### Detenci6n de personas con retraso mental y otras discapacidades

Un gran porcentaje de las personas internadas en instituciones con caracteristicas asilares en Mexico de hecho no padecen una "enfermedad mental" sino han ingresado o han sido recluidas debido a alguna otra discapacidad. Segun se informa, el retraso mental es el motivo principal de la reclusion a largo plazo en las "granjas". En dichas instituciones muchos miembros del personal equivocadamente identifican el retraso mental con una "enfermedad mental".

Los Principios de Salud Mental prohiben la admision involuntaria de una persona que no padezca una enfermedad mental,158 y requiere un diagnostico psiquiatrico "con arreglo a las normas medicas aceptadas internacionalmente".159 Las personas con retraso mental no necesitan tratarniento psiquiatrico o internacion ubicarse en una institucion psiquiatrica. La "Declaracion sobre los Derechos de Personas con Retraso Mental" de la ONU declara que, "en la medida que sea posible, la persona con retraso mental debe residir con su farnilia, o en un hogar que reemplace al propio y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad."160 Se debe recurrir a la reclusion en una institucion solo cuando sea "necesario."161. En los ultimas treinta a:nos, se han vista adelantos importantes en el desarrollo de servicios de apoyo eficaces, lo que en otros paises ha perrnitido la reintegracion a la comunidad de la gran mayoria de personas con retraso mental.162 Para la mayoria de personas con retraso mental, no es necesario que vivan recluidas, y mucho menos en una institucion psiquiatrica.

El internamiento en una institucion psiquiatrica puede ser particularmente peligroso para personas con retraso mental porque dichas instituciones carecen del personal profesional calificado para atender a estas personas. La mayoria de las instituciones con caracteristicas asilares visitadas por el equipo de MDRI no disponen de programas de capacitacion, habilitacion o modificacion de conducta adaptados a las necesidades de las personas con retraso mental para su reintegracion a la comunidad o para impartir las habilidades necesarias de supervivencia de dia en dia. Se not6 que el personal encargado de cuidar a dichos pacientes en general tenia la impresi6n equivocada de que las personas con retraso mental no podian asimilar las habilidades

*158Principios de Salud Mental,* principio 16.

159 *Idem,* principio 4(1). La Norma Oficial Mexicana ademas reconoce que se debe hacer uso de la Clasificaci6n Internacional de Enfermedades Mentales [International Classification of Mental Illness] de la Organizaci6n

Mundial de la Salud. Sin embargo, la Norma Oficial Mexicana no contempla ninguna protecci6n contra la admisi6n involuntaria en una instituci6n psiquiatrica de personas con retraso mental.

160Res. A.G. 2856 (XXVI) (20 de die. de 1971), secci6n 4.

*161Jdem.*

162 Un estudio reciente que se llev6 a cabo en el estado de Minnesota de EEUU, concluy6 que con los servicios comunitarios adecuados incluidos planes de tratarniento de conducta y consultas de seguimiento, las personas con retraso mental que presentaban conductas agresivas o sumamente destructivas podrian vivir exitosamente en la comunidad. Josefina S, Colona & Norma A. Wiesler, *Preventing Restrictive Placements through Community Services,* AMER. J. MENTAL RETARDATION 100(2), 201 (1995). En 1993 un proyecto piloto en Grecia financiado por la Union Europea logr6 trasladar los internos de una instituci6n ubicada en una zona muy aislada a un hogar colectivo integrado a la comunidad en Atenas. Tsantis, *supra* nota 154, p. 14.

necesarias de autocuidado. En las "granjas" y casas de proteccion, no se noto mayor esfuerzo por distinguir entre los pacientes con retraso mental y los que padecen una enfermedad mental.163

Como consecuencia de la falta de programas adaptados a las personas con retraso mental, son estas las personas que sufren las peores condiciones en las instituciones. Tanto en Jalisco como en Ocaranza, el equipo de MDRI observo a personas con retraso mental viviendo en pesimas condiciones de suciedad, vestidas de harapos y a menudo cubiertas de su propio excremento. La mayoria de personas con retraso mental pasan el dia entero sin actividad alguna, ya sea tiradas en los pisos sucios del pabell6n, en el cemento, o fuera del edificio en el cesped.

Ademas de la detencion injustificada de personas con retraso mental, muchas otras personas se ven sometidas innecesariamente a la reclusion prolongada en una institucion. Las personas que abusan de las drogas o el alcohol, o que padecen la demencia por el abuso de alcohol, podrian ser atendidos en la comunidad de forma mas apropiada y eficaz en terminos del costo.164 Por otra parte, existe un alto indice de reclusion de personas que padecen epilepsia (esta poblacion se calcula en un 12 por ciento de la totalidad de pacientes internados.) Segun el personal de Sayago, los epilepticos se ven obligados a permanecer en la institucion de por vida porque no existen programas de tratamiento en la comunidad para ellos. Debido a que los ataques epilepticos se controlan generalmente con medicamentos anticonvulsivos, la mayoria de las personas que padecen de epilepsia pueden integrarse plenamente a la comunidad. 165

La internacion inapropiada e innecesaria de personas que padecen epilepsia, alcoholismo, abuso de drogas o retraso mental en las instituciones psiquiatricas ademas agota los recursos del sistema de salud mental en su totalidad. En la actualidad no se dispone de los fondos adecuados para proporcionar ni la atencion psiquiatrica ni la rehabilitacion psicosocial adecuada a personas diagnosticadas con enfermedades mentales severas que necesitan de atencion de corta o larga estancia. Al desgastar los recursos destinados a los que mas necesitan el cuidado, las reclusiones innecesarias e injustificadas contribuyen a perjudicar los servicios disponibles para todos.

163 Entre las visitas realizadas en 1996 y 1999, el equipo de MDRI observ6 mejoras en el hospital Ramirez Moreno en las cuales se establecieron progamas especializados para personas con retraso mental.

164 La reclusion en una instituci6n psiquiatrica a largo plaza no constituye un tratamiento aceptado para personas con una historia de abuso de drogas. En la *Review of Effectiveness* de la Organizaci6n Mundial de la Salud se citan estudios que demuestran que "las servicios de hospitalizaci6n son poco valiosos para el paciente y problablemente no sean efectivos en terminos de las costos; Es posible ofrecer casi todas las modalidades de tratamiento en el contexto de servicios de consulta externa o progamas diumos" [Traducci6n no oficial de MORI]. Lorenzo Burti and Vasily Yestrebov, *Procedures Used in Rehabilitation, en WHO, REVIEW OF EFFECTIVENESS, supra* note 156, at 298. Las pesonas con demencias relacionadas al alcohol tambien pueden ser atendidas en la conmnidad. JOHN TALBOT, ROBERT HALES, AND STUART C. YUDOFSKY, *THE AMERICAN PSYCHIATRIC PRESS TEXTBOOK OF PSYCHIATRY* 1124 (1988).

165Kaplan and Sadock, *supra* nota 25, p. 205.

1. **La detencion de niiios**

La investigaci6n realizada por el equipo de MDRI se concentr6 en las instituciones que atienden la poblaci6n adulta con discapacidad mental. Por lo tanto no se pudo determinar hasta que punto los nifios se encuentran recluidos en instituciones a nivel nacional. Sin embargo, en Jalisco, el equipo observ6 a cincuenta y ocho nifios recluidos en una instituci6n con caracteristicas asilares. En esta instituci6n, no se cuenta con suficiente personal capaz de proporcionar servicios de fisioterapia, capacitaci6n y lo que se denomina rehabilitaci6n "psicol6gica".166 Hacen falta ademas especialistas en las areas de logoterapia o modificaci6n de la conducta.

La falta de pericia en el area de modificaci6n de la conducta es particularmente grave debido a una fuerte tendencia de autoabuso entre estos nifios. El personal no presta atenci6n a estos nifios (se observ6 un nifio golpearse la cabeza en el piso durante quince minutos sin recibir ninguna atenci6n o ayuda) y ademas se les aplica la restricci6n fisica de forma permanente. Los trabajadores del pabell6n rnanifiestan que no cuentan con la capacitaci6n necesaria para atender a los nifios autoabusivos. Asimisrno, el jefe del pabell6n, un psiquiatra infantil, dijo que no cuenta con ningun rnedio, ademas de la restricci6n fisica, para responder a las necesidades de dichos nifios. Porque no existen prograrnas de habilitaci6n adecuados, los nifios internados en Jalisco yacen durante horns en las carnas, en el piso o encirna de colchones de gorna sin recibir atenci6n alguna. Se not6 tarnbien que algunos de estos nifios estaban completamente cubiertos de su propio excremento.

Fuera del contexto hospitalario, no existen servicios que aseguren la reintegraci6n a la cornunidad de estos nifios o su entrega a una familia sustituta. En la visita realizada por el equipo de MDRI en 1999, el director del hospital inform6 que se proponia establecer un hogar colectivo para nifios que padecen retraso mental leve. Sin embargo, el gobierno no estaba dispuesto a financiar dicho hogar y por lo misrno se estaba acudiendo a las organizaciones no gubernamentales para obtener los fondos necesarios. Agreg6 el director que hasta la fecha no contaba con una fuente de financiaci6n para dicho programa.

El derecho internacional de derechos humanos contempla mas protecciones para los nifios que para otras personas con discapacidad debido al peligro que implica el internamiento de cualquier nifio.167 Es conocido que los nifios que crecen en instituciones colectivas sufriran no solo deficiencias psicol6gicas potencialmente irreversibles sino tambien retrasos de desarrollo. Este es el caso aun cuando la instituci6n cuenta con la financiaci6n, el rnantenirniento y personal adecuados.168 Asirnismo, los nifios que crecen en instituciones colectivas son mas susceptibles a

166Entre su visita de 1998 y su regreso en 1999, el equipo encontr6 mejoras importantes en la dotaci6n de personal. Se debe reconocer al personal por su creatividad en aprovechar los servicios de estudiantes y pasantias de las escuelas locales.

167*See,* Eric Rosenthal, *et. al. Implementing the Rights to Community Integration for Children with Disabilities in Russia: A Human rights Framework for International Action,* 4 HEALTH AND HUMAN RIGHTS 83 (1999).

168 Investigaciones sobre los orfanatos rumanos muestran que las deficiencias de desarrollo pueden ser significativas si el estimulo social es limitado. Las deficiencias en terminos del desarrollo cognoscitivo y la facilidad de expresi6n pueden ser significativas aun en las instituciones dotadas de personal adecuado. Deborah A. Frank, Perri E. Klass, Felton Earls, and Leon Eisenberg, *Infants and Young Children in Orphanages: One View*

elevados indices de morbosidad infecciosa y desnutrici6n que los nifios criados en un entorno familiar.169 Ademas, aumentan de forma considerable los riesgos psicol6gicos y de desarrollo para los nifios internados en instituciones si no tienen a su disposici6n programas de educaci6n y habilitaci6n adecuados y otros programas creados especialmente para nifios.170

La Convenci6n sobre el Derecho del Nifio (CDN) enunciada par las Naciones Unidas reconoce el derecho de cada nifio de crecer en el seno de la familia (su familia biol6gica o una familia sustituta) y no en una instituci6n.171 Para posibilitar la integraci6n en la comunidad de nifios con discapacidad el articulo 23 de la CDN estipula que la asistencia prestada sea:

Destinada a asegurar que el nifio impedido tenga un acceso efectivo a la educaci6n, la capacitaci6n, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitaci6n, la preparaci6n para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y que reciba tales servicios con el objeto de que el nifio logre la integraci6n social y el desarrollo individual...172

Mexico no ha cumplido con su obligaci6n legal con respecto a los nifios con discapacidad en Jalisco.

#### Incentivos indebidos para la reclusion en una instituci6n

Muchas personas se ven obligadas a buscar tratamiento dentro de las instituciones psiquiatricas por no tener a su disposici6n servicios y sistemas de apoyo en la comunidad. Aparte de las abandonados, que no cuentan con apoyo familiar o de la comunidad, hay personas que de hecho cuentan con dicho apoyo pero se ven obligadas a acudir a las instituciones para recibir ciertos tratamientos que no existen en la comunidad. Como regla general, se proporcionan medicamentos psicotr6picos gratuitos unicamente a pacientes internados y no por medic de los servicios de consulta externa. La gente con acceso a atenci6n medica mediante el sistema de seguridad social puede obtener medicamentos fuera del contexto hospitalario. Sin embargo, aproximadamente el 40 por ciento de la poblaci6n depende del sistema de salud publica. En el caso de personas con discapacidad, este probablemente es un porcentaje mas elevado debido a que para aprovechar las prestaciones medicas del sistema de seguridad social es

*from Pediatrics and Child Psychiatry,* 95 PEDIATRICS 569, 572 (1996); Sandra Kaler and B.J. Freeman, *Analysis of Environmental Depravation: Cognitive and Social Development in Romanian Orphans,* 35 J. CHILD PSYCHOLOGY &PSYCHIATRY 769 (1994).

169Frank, *et al., supra* nota 168, p. 570.

no*Idem*

171CDN, *preambulo; vease* Rosenthal, *et. al., supra* nota *167,* p. 85.

*172Jdem,* articulo 23(3).

necesario trabajar y contribuir a dicho sistema. Las personas que dependen del sistema de salud publica y carecen de los medios suficientes para comprar los medicamentos se pueden ver en la obligaci6n de ingresar en un hospital psiquiatrico con el unico prop6sito de obtener medicamentos.

El personal psiquiatrico de un hospital puede autorizar, caso por caso, el surmrustro gratuito de medicamentos psicotr6picos. Sin embargo, segun informa el personal de las instituciones, es dificil que autoricen medicamentos gratuitos cuando se trata de un paciente no internado. Segun se informa, en 1998, el servicio de consulta externa de Sayago recibi6 mas de 9.900 visitas, siendo estas, en su mayoria, consultas breves con pacientes que usaban medicamentos psicotr6picos. Segun el personal de Sayago, solo 20 a 30 personas (no internadas) estan autorizadas para recibir medicamentos psicotr6picos gratuitos en dicha instituci6n. El director de Ramirez Moreno afirm6 que a los pacientes ambulatorios no se les ofrecen medicamentos sino recetas medicas. Segun lo plantea el director, los medicos tienen que escoger entre los medicamentos y los frijoles.

Para muchas personas, es prohibitivo el costo de los medicamentos psicotr6picos. Por lo tanto, personas que podrian vivir en la comunidad se ven obligadas a ingresar en las instituciones para recibir los medicamentos que necesitan. Por otra parte, los individuos que no se encuentran recluidos o que se encuentran de alta sin servicios de continuidad no reciben absolutamente nada en la comunidad.

### Evaluacion de refol'mas en Ciudad de Mexico a partil' de 1996

El equipo de **MDRI,** not6 adelantos importantes del sistema de salud mental de Ciudad de Mexico a partir de la primera visita realizada en 1996. Mientras que los adelantos mas significativos se observaron entre 1996 y 1998, se han notado algunas mejoras adicionales en 1999. Ademas, en los ultimas tres afios, las condiciones inadecuadas dentro de los hospitales psiquiatricos han sido foco de atenci6n de los medios de comunicaci6n mexicanos. El ampliamente divulgado ataque contra la activista Virginia Gonzalez Torres ya mencionado aparentemente fue un punto decisivo. Como resultado de la protesta publica que provoc6 dicho ataque, no solo se nombr6 a un nuevo director de la *Coord;naci6n de Servicios de Salud,* sino que tambien se nombraron nuevos directores de las instituciones Ramirez Moreno, Nieto y Sayago. En la visita realizada por el equipo de **MDRI** en 1998, tanto los nuevos funcionarios del sistema de salud mental federal como los nuevos directores de las "granjaslt que atienden Ciudad de Mexico prometieron adelantos significativos del sistema de salud mental. Dichos funcionarios manifestaron que sus esfuerzos se verian respaldados enormemente por la entrada en vigor de la nueva ley de salud mental, Norma Oficial Mexicana 025 y por el hecho de que dicha ley exige que se organicen Comites Ciudadanos en todas las instituciones en el pais.

En los ultimas tres afios, se han observado adelantos particularmente importantes en las ltgranjaslt Sayago y Ramirez Moreno. Durante su visita en 1996, por ejemplo, el equipo observ6 personas desnudas o vestidos de harapos, sucias o cubiertas de orina y excremento. En 1998, se encontr6 a los pacientes con vestimentas mas aseadas y de mayor calidad en general. Asimismo, mientras que la mayoria de los pacientes internos carecian de calzado en 1996, durante la visita realizada en 1998 se observ6 que muchas personas usaban zapatos. Como se describi6 anteriormente en este informe, la FMREM ha hecho una gran contribuci6n para mejorar las

**Mental Disability Rights International es**1

condiciones en las instituciones mediante los talleres de ceramica y otras actividades de rehabilitaci6n. Es mas, la FMREM ofrece oportunidades de empleo diario en areas especialmente designadas para dicho prop6sito y tambien se organizan mas excursiones en la comunidad. Por ultimo, los Comites Ciudadanos funcionan en cada hospital y entre otras cosas, coordinan una asamblea semanal en la cual los usuarios puedan manifestar sus preocupaciones.

Son muy significativas las transformaciones observadas en el hospital Ramirez Moreno. Se observaron en 1996 condiciones muy inquietantes en un pabell6n recien construido. Sin embargo, las inhumanas y degradantes condiciones que existian dentro de dicho edificio sirven como ejemplo de los abusos que pueden persistir a pesar de grandes inversiones financieras para la construccion de nuevas instalaciones. En 1996, se not6 que las personas con retraso mental y las que padecian enfermedades mentales convivian en el mismo pabellon - y todas ellas vivian en un estado de abandono casi total. En un patio centrico del lugar el equipo observo personas desnudas o vestidas de harapos. Ademas, el olor a orina y excremento del lugar era opresivo. Los pacientes de este pabellon se encontraban recluidos sin contar con ninguna actividad ademas de mecerse, autoestimularse, ambular sin rumba o yacer hora tras horn sabre el cementa.

En 1996, un psiquiatra de dicha institucion le manifesto al equipo que en su pabellon imperaba el caos en vista de que los medicos no podian hacer cumplir las ordenes con respecto al tratamiento adecuado o la supervision de la distribucion de medicamentos entre el personal de enfermeria y los trabajadores que custodiaban a los pacientes. Segun dicho psiquiatra, el personal vendia los medicamentos psicotr6picos en el mercado negro y por lo mismo se agotaban estos a mediados de cada mes. Dijo que como consecuencia de esto todos los pacientes del pabell6n se veian abruptamente privados de su medicaci6n hasta recibir los suministros del mes siguiente. Cuando se le pregunt6 a que se debia esta incapacidad de insistir en el tratamiento adecuado de los pacientes, el psiquiatra respondi6 que si el insistiera en mantener el orden el personal de enfermeria y los demas trabajadores renunciarian en conjunto. Sefial6 dicho psiquiatra que poco tiempo atras fue interrumpido su servicio telef6nico por algunos integrantes del personal que se oponian a sus esfuerzos por insistir en protecciones basicas para sus pacientes. Tambien afirm6 que, en su opinion, tanto las personas con retraso mental como las que padecian alguna enfermedad mental se encontrarian en mejores condiciones si se les separara, por lo menos segun sus respectivos diagn6sticos. De este modo seria posible proporcionarles un minima de tratamiento individualizado o apropiado o disponer de algunas actividades. Cuando se le pregunt6 porque no iniciaba dichos cambios por su cuenta, respondi6 que se trataba de la "tradici6n" de la psiquiatria mexicana. Explic6 que muchos de los psiquiatras mas j6venes quisieran impulsar cambios pero no pueden tomar ninguna iniciativa frente a las autoridades superiores del sistema.

A su regreso a Ramirez Moreno en 1998, el equipo encontr6 que este mismo joven psiquiatra habia ascendido a director de la instituci6n. En su capacidad de director, habia logrado muchos de los cambios que se habia planteado hacia dos afios. Habian mejorado las condiciones fisicas y se disponia de una mejor vestimenta en la instituci6n. Los telefonos funcionaban. Ademas, las personas diagnosticadas con enfermedades mentales se mantenian segregadas de las personas con retraso mental y se contaban con actividades para mantener a los pacientes ocupados y entretenidos durante el dia. El personal ya no denunciaba la escasez de medicamentos neurolepticos, aunque todavia carecian de los materiales de laboratorio necesarios para usar otros medicamentos esenciales como el Litio. En su ultima visita en 1999, el equipo

encontr6 que las condiciones seguian mejorando en la medida que los programas de rehabilitaci6n se ampliaban para prestar servicios a mas pacientes.

Los logros observados en Ramirez Moreno muestran las enormes posibilidades de transformaci6n que existen dado el liderazgo y esfuerzo individual del director de una instituci6n con el respaldo de las autoridades locales. Aunque esta instituci6n no ha recibido un aumento significativo de fondos, ha mejorado las condiciones de vida y la dignidad humana con la que se trata las personas internadas en la instituci6n. A pesar de estos avances, los problemas fundamentales persisten en Ramirez Moreno y en todas las otras instituciones visitadas por el equipo. Todavia falta el apoyo necesario para promover la integraci6n comunitaria y disponer de servicios y tratamiento fuera de las instituciones. La falta de financiaci6n para ofrecer servicios de apoyo y medicamentos en la comunidad sigue creando incentivos para la reclusion de personas que podrian vivir en la comunidad.

**Mental Disability Rights International es3**

# Fiscalizacion de los derechos humanos

Son particularmente indefensas contra las violaciones a los derechos humanos las personas recluidas en instituciones psiquiatricas y demas centros de salud mental en parte por que dichas personas deben contar con la misma instituci6n para satisfacer sus necesidades basicas, incluyendo la atenci6n medica, o para tener cualquier contacto con el mundo fuera del hospital. Es poco probable que las personas con discapacidad mental cuenten con los medios necesarios para levantar la voz en defensa de sus propios derechos y si lo hacen les falta credibilidad debido a su clasificaci6n psiquiatrica. Por esta raz6n, tal como se ha documentado en el presente informe, en dichas instituciones se dan las peores formas de tratamiento inhumano y degradante. Ocultadas de la vista publica, dichas violaciones pueden persistir durante muchos afios sin ser expuestas. Es por ello, que hacen falta medidas de fiscalizaci6n y aplicaci6n especializadas para proteger los derechos de las personas en estas instituciones.

#### Notificaci6n de derechos y procedimientos para la presentaci6n de quejas

Los Principios de Salud Mental contemplan varios niveles de garantias para proteger los derechos de las personas internadas en las instituciones. Por ejemplo, es necesario no solo informar al individuo de sus derechos sino que tambien esto debe hacerse "en una forma y en un lenguaje que comprenda...informaci6n que comprendera una explicaci6n de esos derechos y de la manera de ejercerlos".173 En casos en que la ley domestica no abarque todas las protecciones enunciadas en los Principios de Salud Mental, se debe informar al paciente del conjunto de sus derechos de acuerdo tanto a la ley domestica como a la ley internacional.174 Si a una persona se le haya designado a un tutor (representante personal) o a algun amigo "mas capaz de representar" sus intereses, entonces los derechos del paciente se comunicaran a dicha persona.175 El paciente tiene el derecho de designar a una persona que represente sus intereses ante las autoridades de la instituci6n. 176 Aun cuando algun individuo se considere incapaz de tomar una decision informada con respecto a su tratamiento, "se hara no obstante todo lo posible par informar a este acerca de la naturaleza del tratamiento y cualquier otro tratamiento posible".177

En algunas de las instituciones psiquiatricas mexicanas se encontraba ftjada en una pared una lista de las derechos de las pacientes. Estas listas de derechos sin embargo no siempre se encontraban en areas comunes y par lo tanto algunas personas no veian la lista o la veian solo de vez en cuando. No se encuentra en la mayoria de las pabellones informaci6n acerca de las procedimientos para presentar una queja. Tampoco se les proporciona a las pacientes las numeros telefonicos a donde Hamar para presentar una queja. Aun cuando estos numeros aparecen en algun lugar visible, las pacientes internados dificilmente logran tener acceso a un telefono. Para citar un caso, las autoridades de Fray Bernardino aseguran que los pacientes

*173Principios de Salud Mental,* principio 12(1).

*174Jdem.*

*175Jdem,* principle 12(2).

*176Jdem,* principle 12(3).

*177Jdem,* principle 11(9).

pueden hacer llamadas telef6nicas desde el puesto de enfermeria del pabell6n. Sin embargo, segun manifestaron algunos de los pacientes entrevistados en ese mismo pabell6n, a menudo se les niega el uso de dicho telefono.

El equipo de **:rvIDRI** no encontr6 en las instituciones psiquiatricas programas formales destinados a informar a los pacientes de sus derechos. Sin embargo, el requisito legal de crear Comites Ciudadanos ofrece una via tanto para educar a los pacientes acerca de sus derechos como para facilitar la presentacion de quejas. De acuerdo a la ley de salud mental, uno de los propositos de dichos Comites es el de velar por el respeto de los derechos de los pacientes y denunciar cualquier violacion a dichos derechos.178 Segun las autoridades federales de Mexico, el 90% de los hospitales psiquiatricos cuenta con un Comite Ciudadano. Algunos de los Comites se han mostrado muy eficaces. Los miembros del equipo de :rvIDRI apreciaron las observaciones de algunas reuniones de los Comites Ciudadanos de Ramirez Moreno y Sayago y quedaron impresionados al ver la forma en que los pacientes pudieron expresar libremente sus ideas acerca de como mejorar las condiciones en las instituciones. Sin embargo, a nivel nacional parece ser que no todos los Comites Ciudadanos han tenido el mismo exito.

Activistas independientes alegan que muchos de dichos Comites estan bajo el domonio directo o indirecto, de las instituciones. Algunos Comites Ciudadanos trabajan en estrecha coordinaci6n con las directores institucionales y aparentemente no se plantean un papel coma defensores de los derechos de los pacientes. En Jalisco, por ejemplo, el encargado del Comite Ciudadano se jacto de un proyecto en el cual el Comite logro recaudar los fondos para pavimentar el camino de vehiculos en la entrada de la institucion. Su proximo objetivo, dijo, era el de buscar los fondos para la compra de un equipo de Imagenes por Resonancia Magnetica (MRl), un aparato medico sumamente costoso. Aunque es cierto que estos proyectos pueden ser muy valiosos, tambien es cierto que el mismo director del Comite Ciudadano no describio ninguna actividad cuyo fin fuera tratar los graves problemas de derechos humanos en Jalisco observados por el equipo de :rvIDRI.

Aparte de este tipo de ejemplo anecd6tico, :rvIDRI no esta en condiciones para hacer una evaluaci6n de la autonomia de los Comites Ciudadanos a nivel nacional. No obstante, cuando no existen programas civicos de promocion y defensa fuera de las instituciones, es dificil que los Comites Ciudadanos operen independientemente. Se ha vista por ejemplo, que en Ciudad de Mexico, donde se cuentan con activistas independientes dispuestos a respaldar a los Comites Ciudadanos, esta colaboraci6n a fortalecido el trabajo de estos ultimas.

Ademas de los Comites Ciudadanos, existen otros mecanismos que potencialmente ayudan a proteger a los derechos de los pacientes. Todos los hospitales deben contar con comites de etica y supervision. El Comite de Etica y Supervision de Fray Bernardino examina el estado de los pacientes a fin de detectar casos de maltrato por parte del personal y para asegurar que se lleven a cabo una revision peri6dica del tratamiento. Al recibir alguna queja, dicho Comite tiene la facultad de revisar los historiales clinicos, convocar testigos y entablar una queja formal.

*17RNorma,* Appendix B.

**Mental Disability Rights International e55**

#### Vigilancia independiente

Ademas de los mecanismos internos de protecci6n, el derecho internacional requiere otros mecanismos independientes de fiscalizaci6n de los derechos humanos. Conforme lo prescribe los Principios de Salud Mental:

Los Estados velaran por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes Principios, inspeccionar las instituciones psiquiatricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violaci6n de los derechos de los pacientes (Principia 22).

La Comisi6n Nacional de Derechos Humanos (CNDH) es el 6rgano principal encargado de la fiscalizaci6n de los derechos humanos en Mexico. La CNDH es responsable de velar por los derechos humanos a nivel del gobierno federal y existen ademas comisiones gubernamentales de derechos humanos a nivel de cada estado mexicano. La CNDH documenta las violaciones a los derechos humanos en muchos sectores de la sociedad. La tercera division de la CNDH investiga las denuncias con respecto a la privaci6n de libertad, incluidos las que se traten de las carceles, los centros penales y los hospitales psiquiatricos.

La CNDH ha supervisado las condiciones en treinta hospitales y otros lugares que proveen servicios para personas con disacapacidad mental y han publicado de quince informes sobre dichas investigaciones en las instituciones psiquiatricas en todas partes de Mexico. Como ente de investigaci6n, ha hecho una contribuci6n muy positiva e importante para traer a la luz publica las violaciones a los derechos humanos en las instituciones mexicanas. Aunque la CNDH no ha elaborado un informe sistematico y global sobre el estado de los derechos humanos dentro de las instituciones psiquiatricas en Mexico, (y *nunca* ha llegado a investigar la situaci6n en muchas de ellas) sus examenes de las instituciones son fuente de informaci6n valiosa sobre el trato y la vigencia de los derechos humanos dentro de algunas de las instituciones. Dichos informes confirman en gran parte los resultados obtenidos en la investigaci6n de MORI. Entre los hospitales visitados por el equipo de MORI, la Comisi6n ha elaborado informes sobre los hospitales psiquiatricos de Jalisco (Informe 2/97), Ramirez Moreno (informe 187/93) y Ocaranza (informe 70/95). La Comisi6n ha encontrado numerosas violaciones de la Constituci6n de Mexico, la Norma Oficial Mexicana 025 y los Principios de Salud Mental en lo referente a los derechos a la salud, al trato con dignidad, a la atenci6n medica adecuada y a la rehabilitaci6n. Asimismo, la CNDH concluye que Mexico no ha proporcionado los recursos necesarios para el tratamiento y la rehabilitaci6n, conforme lo prescriba el Principia de Salud Mental 14(1).179

Aunque la CNDH viene siendo un mecanismo de investigaci6n valioso, tiene algunas limitaciones en cuanto a su funcionamiento. La limitaci6n mas fundamental es que la comisi6n responde a las denuncias de forma *ad* hoc180 y no cuenta con una vigilancia de los derechos

179COMISI6NNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, REcOMENDACION 70/95, 1995.

180Segun las autoridades de la CNDH, se inicia la mayoria de las investigaciones al recibir una queja formal. De las tres inspecciones llevadas a cabo por la CNDH dos se llevaron a cabo en las instituciones visitadas por MDRI coma respuesta a quejas presentadas por la *Fundaci6n Mexicana por la Rehabilitaci6n de Enfermo Mental.*

humanos en cada una de las instituciones psiquiatricas. A diferencia de otros derechos de la sociedad, en donde se puede esperar que la victima de una violaci6n presente una denuncia formal, las personas intemadas en instituciones psiquiatricas en Mexico, en general no tienen acceso a los medias para comunicarse con la CNDH. Los Principios de Salud Mental estipulan que toda persona institucionalizada tiene derecho a la vigilancia de sus derechos. Mexico debe crear un mecanismo que garantice una vigilancia y fiscalizaci6n constante y sistematica de las derechos humanos en el sistema de salud mental. Esa funci6n la podria asumir la CNDH siempre y cuando ofreciera la fiscalizaci6n de una forma mas sistematica, asegurandose que cada expediente de toda instituci6n se revisara peri6dicamente y que se evaluaran la amplia gama de derechos humanos reconocidos nacional e internacionalmente. Para este prop6sito tambien se puede establecer una agencia de fiscalizaci6n mas especializada. Dado el importante papel del CNDH en la divulgaci6n de los derechos humanos ante el publico, alentamos a que la CNDH continue su labor de evaluar las protecciones de las personas en instituciones psiquiatricas y que extienda su obra.

Otra significante limitaci6n del CNDH es que no cuenta con poderes facultativos para hacer cumplir la ley. La labor del CNDH es una de divulgaci6n de las derechos humanos al publico. La Secretaria Ejecutiva de Relaciones Exteriores inform6 al equipo de MDRI que el acatamiento de sus recomendaciones dependen exclusivamente de "la autoridad moral". Segun la misma dirigente, la comisi6n ha propuesto cambios que le permitirian mayor autoridad para el cumplimiento de sus recomendaciones, pero estos todavia no han sido adoptados legalmente. En sus comentarios a el presente informe, la CNDH inform6 a MDRI que la Comisi6n tiene coma objetivo futuro intermediar en conflictos entre los agraviados y las autoridades pertinentes. CNDH inform6 que su 11ultimo recurso11 ante el fracaso de las negociaciones es emitir sus recomendaciones.181

La efectividad del CNDH dentro del marco legal esta limitada par la falta de inclusion dentro de sus recomendaciones de todos las aspectos enunciado por la ley mexicana y el derecho internacional de derechos humanos en relaci6n a las condiciones de personas con discapacidad mental. Ademas, la CNDH formula sus recomendaciones de tal forma que permite a las instituciones psiquiatricas reportar que se han cumplido las recomendaciones aunque en realidad persisten graves problemas de derechos humanos.

Los resultados y recomendaciones de la CNDH con respecto al hospital psiquiatrico de Ocaranza en Hidalgo demuestran la ineficacia de dichas recomendaciones. En 1995, la CNDH llev6 a cabo una investigaci6n de la instituci6n en la que encontr6 una amplia gama de violaciones.182 Dos afios mas tarde, la CNDH concluy6 que Ocaranza habia cumplido plenamente con sus recomendaciones.183 Sin embargo, en sus visitas a dicha instituci6n en 1998 y 1999 el equipo de MDRI observ6 en toda la instituci6n pesimas condiciones de tratamiento

181Memorandum fechado 7 de febrero del 2000 de Ulises Canchola, enviado a MDRI, *CNDH* Oficio Numero SE/DG/278/00.

182RECOMENDACI6N 70/95, *supra* note 62.

183Comision Nacional de Derechos Humanos, *Recomendai6n 70/95, Caso de Hosptial Ocaranza,* INFORME ANUAL DEACTIVIDADES: MAYO 1997 -MAYO 1998, 520-521.

inhumane y degradante. Hasta el momenta la CNDH no ha puesto en marcha medidas para rectificar estas condiciones.

Por ejemplo, la CNDH recomend6 que se mejorara la alimentaci6n en Ocaranza. En su ultima visita el equipo de MDRI constat6, que la instituci6n habia contratado a una nueva dietista, evidencia del valor de una recomendaci6n concreta de parte de la CNDH. Desgraciadamente, como no ha mejorado la higiene basica en la instituci6n cualquier comida se convierte en un riesgo para la salud. Incluso mientras observaba el equipo de **MDRI,** los pacientes pasaban directamente desde los lugares sucios, cubiertos de orina y excremento, hacia los bafios (donde no habia papel higienico o toallas) y de alli se dirigian directamente al comedor, sin asistencia alguna para lavarse las manos.

Otras de las recomendaciones de la CNDH para Ocaranza es que los "servicios de salud se administraran en condiciones minimas aceptables". Dicha recomendaci6n ademas estipul6 que "se dotara el hospital con el espacio suficiente y el equipo necesario para lograr la rehabilitaci6n de los pacientes."184 El equipo de MDRI ademas encontr6 graves deficiencias en la atenci6n medica, el equipo y los programas de rehabilitaci6n. No se pueden calificar de "condiciones minimas aceptables" para la prestaci6n de atenci6n medica o cualquier otro tipo de atenci6n las condiciones en los pabellones de Ocaranza, donde se observaron personas cubiertas de excrementos o aguantando frio por la falta de cobijas. Tampoco se dispone de equipo basico como los reactivos necesarios para analizar los niveles de toxinas de litio en la sangre. A su vez son casi inexistentes los programas de rehabilitaci6n. Ademas debido a la falta de personal adecuado, se observaron personas de edad avanzada o con severas discapicidades atadas a sus sillas de ruedas en un permanente estado de inactividad.

Es dificil imaginar los estandares que utiliz6 la CNDH para concluir que la instituci6n habia "cumplido plenamente" con sus recomendaciones cuando en la instituci6n se encontraron un sin fin de violaciones a las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana, los Principios de Salud Mental y la Convenci6n Americana. Resulta aun mas alarmante el caso de Ocaranza debido a que dos representantes de la CNDH acompafiaron al equipo de JvIDRI en su visita a dicha instituci6n en 1998, y pudieron observar personalmente las condiciones que se describen en el presente informe. Desde entonces ha pasado mas de un afio y hasta el momenta la Comisi6n no ha tornado acci6n alguna sabre las condiciones existentes en Ocaranza.

Las investigaciones de la CNDH en los hospitales psiquiatricos ofrecen criticas valiosas y exhaustivas del tratamiento medico en las instituciones pero no abarcan la gama de derechos detallados en la ley mexicana o los Principios de Salud Mental. Por ejemplo aunque la CNDH sefial6 las deficiencias de la Norma Oficial Mexicana 025 con respecto a la admisi6n involuntaria, dej6 de documentar el problema generalizado de detenci6n arbitraria en las instituciones de acuerdo a las investigaciones del equipo de rvIDRI. Ademas ninguno de los informes de la CNDH sabre las instituciones que visit6 el equipo de rvIDRI menciona la detenci6n injustificada de personas con retraso mental o epilepsia en las instituciones psiquiatricas. Tampoco hacen menci6n estos informes sabre la detenci6n de personas que podrian beneficiarse del tratamiento en el contexto de la comunidad. Segun la Secretaria de Relaciones Exteriores, la CNDH esta elaborando un estudio acerca de la atenci6n de salud mental

184REcoMENDACI6N 70/95, *supra* note62

en Mexico en el cual hara hincapie sabre la necesidad de disponer de servicios de tratarniento y rehabilitaci6n en la comunidad, siguiendo las recomendaciones de la OMS. De publicarse dicho estudio, las futuras inspecciones de las hospitales se veran obligadas a documentar el numero de personas cuya detenci6n, par ser innecesaria, constituye una violaci6n a su derecho a la integraci6n comunitaria y a su derecho al nivel mas alto posible de salud fisica y mental. Un estudio de este tipo sera valioso para documentar el alcance a nivel nacional de este problema de derechos humanos y servira ademas de fundamento para plani:ficar el cumplimiento de la ley mexicana que requiere la integraci6n comunitaria.

#### Participacion ciudadana en la planificacion nacional y la vigilancia de los derechos humanos

Las Normas Uniformes reconocen que emprender las reformas de las sistemas de serv1c10s necesarias para promover las derechos humanos y la integraci6n comunitaria de personas con discapacidad requiere de la planificaci6n nacional. Las cuestiones relativas a las personas con discapacidad deben incluirse "en todas las actividades normativas y de planificaci6n correspondientes del pais"185 y "las necesidades y las intereses de personas con discapacidad deben incorporarse en las planes de desarrollo general, en lugar de tratarse por separado.186 La ley internacional reconoce que las personas con discapacidad y sus organizaciones tienen derecho a participar tanto en la planificaci6n e implementaci6n de programas187 como en la elaboraci6n de leyes que contemplen reformas necesarias para la protecci6n de los derechos humanos. 188 Ademas, "Los Estados deben procurar que las organizaciones de personas con discapacidad participen en ...la evaluaci6n permanente de esas leyes".189 Para ello, las Normas Uniformes estipulan que "las Estados tienen la responsabilidad de establecer comites nacionales de coordinaci6n o entidades analogas que centralicen a nivel nacional las cuestiones relacionadas con la discapacidad"190

El gobierno mexicano ha creado una Comisi6n Nacional de Asuntos de la Tercera Edad y Discapacitados con el objetivo de promover politicas y legislaci6n orientadas a lograr la igualdad e integraci6n comunitaria tanto de personas de edad avanzada como de personas con discapacidad. Asimismo, la Comisi6n Nacional busca "promover la integraci6n de dirigentes con

185 Normas Uniformes, Articulo 14.

186 *Idem,* Articulo 14(3).

187 Los Estados deben hacer que las organizaciones de personas con discapacidad intervengan en todos los casos de adopci6n de decisiones relacionadas con los planes y programas de interes para las personas con discapacidad o que afecten a su situaci6n econ6mica y social." (Idem, 14(2).

*1 8Jdem,* Articulo 15(1).

*1s9Idem.*

190 *Idem,* Articulo 17.

discapacidad a la estructura de la Directiva y el Comite de Asesoria Politica del PRI".191 Ademas de fomentar una mayor conciencia politica, la Comisi6n Nacional dirige una red de organizaciones y comites orientados a la creaci6n de programas de capacitaci6n, pensiones, instalaciones publicas accesibles y clubes y talleres para personas de edad y personas con discapacidad.

La Comisi6n Nacional tiene la potencial de ser un recurso de mucha relevancia para personas con discapacidad mental. Sin embargo, no se han integrado al trabajo de dicha Comisi6n organizaciones conformadas por personas con discapacidad mental. Para cumplir con lo dispuesto por las Normas Uniformes, el gobierno debe facilitar concesiones para la capacitaci6n y el desarrollo de ONGs independientes conformadas por personas con discapacidades psiquiatricas u otras discapacidades mentales. Asimismo, el gobierno debe apoyar las iniciativas de las ONGs de promoci6n y defensa en el piano legal como tambien a nivel local. Dichas organizaciones deben participar activamente tanto en la planificaci6n e implementaci6n de programas como en la vigilancia de los derechos humanos.192

191 Folleto entregado a MDRI por el Lie. Humberto Cruz, Consejo Politico Nacional, Comisi6n Nacional de Asuntos de la Tercera Edad y Discapacitados.

192 Segun las Normas Uniformes, "los Estados deben reconocer el derecho de las organizaciones de personas con discapacidad a represnetar a esas personas en los pianos nacional, regional y local". (Articulo 18).

## Planificacion y financiacion de las reformas

La reintegraci6n de las personas con discapacidad mental en la sociedad requiere de la creaci6n de un sistema integral de salud mental con base en la comunidad. La creaci6n de dicho sistema conlleva la planificaci6n, financiaci6n y el compromiso a largo plaza para su implementaci6n.

El acatamiento a las derechos humanos fundamentales para las personas con discapacidad mental crea costos que la sociedad en general debe asumir. Al establecer las derechos de personas con discapacidad coma derechos humanos internacionalmente reconocidos, la comunidad internacional ha dejado en claro que estas preocupaciones son un imperativo en todo pais--no solo un lujo que se pueden dar las paises mas ricos del mundo.193 Es por eso que el acatamiento a las derechos humanos de personas con discapacidad mental nunca resulta ser solo cuesti6n de tener las recursos disponibles. El acatamiento a los derechos de las personas con discapacidad requiere el compromiso, y la voluntad politica, para distribuir de la mejor forma las recursos disponibles para permitir que las personas con discapacidad mental tengan la oportunidad de vivir coma parte de la sociedad, igual a cualquier otro ciudadano.

A continuaci6n, en la Parte A de este informe, se identifican las obligaciones de Mexico bajo la ley internacional para remediar de forma inmediata las violaciones a los derechos humanos identificadas en este informe. La Parte B trata tematicas referentes a la financiaci6n y la planificaci6n que deben tomar en cuenta las autoridades responsables y los profesionales de salud mental en Mexico. Tambien se ofrecen sugerencias en cuanto al proceso a seguir. Estas sugerencias se basan en las experiencias ya obtenidas en relaci6n a las reformas de las servicios de salud mental realizadas en otros paises.

* 1. **La obligacion internacional en cuanto a planificacion y financiamiento de las reformas**

*Los Principios de Salud Mental* exigen que las Estados "deberian aplicar las presentes Principios adoptando las medidas pertinentes de caracter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra indole, que revisaran peri6dicamente".194 Las Normas Uniformes aunque de caracter no obligatorias, ofrecen pautas para que las esfuerzos de reforma nacional sean elaborados con la participaci6n apropiada de sectores de la sociedad civil que abogan por los

193 La Conferencia Mundial sabre los Derechos Humanos celebrada en Vienna in 1993, confirm6 de nuevo la universalidad de los derechos humanos, aplicables por igual en todas partes del mundo. *Declaraci6n de Vienna, supra* nota 7. Esta postura sabre los derechos humanos ha sido aceptada cada vez mas por la comunidad psiquiatrica para su aplicaci6n en la oferta de servicios y tratamiento de la salud mental. Norman Sartorius, ex Director de la Organizaci6n Mundial de la Salud, Division de Salud Mental escribe que "hoy en dia la disponibilidad de tratamiento y cuidados aduecados de los trastornos mentales en todas sus formas es vista coma un derecho humano que debe respetarse aun si son limitados los recursos disponibles para la atenci6n de salud. Es mas, el hecho que se deben disponer de servicios para todas las personas que los necesiten implica que los mismos no se pueden ofrecer exclusivamente, ni principalmente, mediante las instituciones psiquiatricas". WHO REVIEW OF

EFFECTIVENESS, *supra* natal 56, at xvii (citaci6n excluida). [Traducci6n no oficial de MDRI]

194 *Principios de Salud Mental,* principio 23(1).

derechos de personas con discapacidad mental y la representaci6n organizada de personas con discapacidad.

Las convenciones de derechos humanos internacionales, de las cuales Mexico es Estado Parte, exigen que se creen medidas inmediatas para remediar las violaciones a los derechos humanos. Estas exigencias son de dos tipos: (1) obligaciones inmediatas del pleno cumplimiento (vigor y efecto plenos) conforme a PIDCP y la Convenci6n Americana y (2) obligaciones de aplicaci6n progresiva enunciadas por el PIDESC. Como se describe a continuaci6n, el cumplir con los derechos de las personas con discapacidad mental no puede separar facilmente entre estos dos tipos de derechos. El pleno cumplimiento con los derechos de personas con discapacidad mental requiere tanto de la acci6n inmediata de parte del gobierno de Mexico como de un compromiso para hacer realidad las metas a largo plazo sobre el cumplimiento de las metas enunciadas en los tratados del derecho internacional de derechos humanos.

#### Obligaciones inmediatas del pleno cumplimiento

El PIDCP obliga a los Estados Partes a "respetar" y "garantizar" los derechos reconocidos en el Pacto.195 Los Estados Partes se comprometen a "adoptar...las medidas oportunas para dictar las disposiciones legislativas o de otro caracter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en el presente Pacto".196 El PIDCP no presenta excepci6n alguna para adoptar medidas efectivas que protejan dichos derechos fundamentales, aun cuando este implica la inversion de recursos. Por lo consiguiente Mexico debe tomar acciones destinadas a hacer efectivas las garantias contra la discriminaci6n, el trato inhumano y degradante y la detenci6n arbitraria.

La aplicaci6n del PIDCP obliga a Mexico a financiar las reformas necesarias para garantizar los derechos reconocidos por el Pacto. Las principales violaciones al PIDCP documentadas en este informe deben ser remediadas de forma inmediata. Por ejemplo, la restricci6n fisica no supervisada y prolongada es un caso muy claro de trato inhumano y degradante. De igual manera, la falta de condiciones higienicas adecuadas constituye un riesgo que pone en peligro la vida para estos y otros individuos. Poner fin a estos abusos requiere que Mexico los prohiba legalmente *ademas de* proporcionar los fondos y recursos humanos necesarios para asegurar que se eviten estas practicas en el futuro.

La protecci6n contra la detenci6n arbitraria tambien puede requerir una inversion de recursos. Aunque no resultaria suficiente, es necesaria una enmienda a la Norma Oficial Mexicana 025 para proveer mayores protecciones en el proceso de admisi6n involuntaria en las "granjas11 y casas de protecci6n. Al requerir que se "garanticen" la efectividad de estas garantias, los pactos de derechos humanos exigen que se disponga de los fondos necesarios para la administraci6n de justicia y la defensa legal de los pacientes para hacer cumplir estos derechos en la practica.

195 PIDCP, articulo 2(1).

196 *Idem,* articulo 2(2).

Como se ha descrito en este informe la raz6n principal por la cual se encuentran muchas personas detenidas en estas instituciones psiquiatricas, "granjas", o casas de protecci6n es que no existen alternativas dentro de la comunidad. Una politica que promueva el tratamiento en la comunidad y la integraci6n a la comunidad podria evitar la detenci6n injustificada e innecesaria de personas con discapacidad mental. Es obvio que este tipo de programas no puede ser implementado inmediata o completamente. Sin embargo, las politicas para desarrollar estos servicios y promover la integraci6n a la comunidad si pueden ser adoptadas de inmediato. El esfuerzo para asegurar que se cumplan con las normas del PIDCP recalca la necesidad, incluso la urgencia, de adoptar politicas que promuevan la integraci6n a la comunidad y los servicios de apoyo adecuados.

Al igual que el PIDCP, la Convenci6n Americana exige el respeto a los derechos humanos y enuncia obligaciones inmediatas para remediar los abusos. Como Estado Parte a la Convenci6n Americana, Mexico se compromete a "respetar los derechos y libertades" reconocidas en la Convenci6n y "garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que este

sujeta a su jurisdicci6n" *.197* Al reconocer la interrelaci6n de los derechos humanos, la

Convenci6n Americana ademas cuenta con una disposici6n para el "desarrollo progresivo" de los derechos de naturaleza "econ6mica y tecnica".198 Bajo el articulo 62 de dicha Convenci6n, Mexico acepta la obligatoriedad de las decisiones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en su interpretaci6n de la Convenci6n Americana.

#### Aplicacion progresiva

Como Estado Parte del PIDESC, Mexico garantiza a sus ciudadanos "el nivel lo mas alto posible de salud fisica y mental".199 Al reconocer la necesidad de desarrollar programas para garantizar derechos de esta naturaleza, el PIDESC exige una "aplicaci6n progresiva." Bajo el PIDESC, cada Estado Parte "se compromete a adoptar medidas...hasta el maximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente...la plena efectividad de los derechos" enunciados en el Pacto.200 Aunque los resultados solo se puedan lograr con el tiempo, "la obligaci6n de 'adoptar medidas' es de caracter inmediato..."201 Los pasos a tomar deben ser "deliberados, concretos y previstos " para lograr la plena efectividad de los derechos.202 Este proceso puede

197Convenci6n Americana, articulo 1.

198 Convenci6n Americana, articulo 26.

199 PIDESC, articulo 4(1).

200 *Idem,* articulo 2(1).

201 CENTRO DE DERECHOS HUMANOS DE LA 0RGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS, MANUAL ON HUMAN RIGHTS REPORTING 46 (1991) (en adelante UN MANUAL ON REPORTING).

202 *Idem.*

incluir ''la elaboraci6n de un plan de acci6n detallado para la aplicaci6n progresiva del derecho". 203

El requisito del PIDESC de que todo Estado tome pasos "hasta el maximo de los recursos de que disponga" no especifica cuales recursos nacionales han de considerarse "disponibles" para las reformas.204 Como minima los Estados Partes deben utilizar recursos disponibles en la actualidad dentro de los presupuestos de salud mental para hacer cumplir las politicas que aseguren la efectividad de los derechos enunciados por el PIDESC. La obligaci6n de "formular estrategias y programas" para la promoci6n de los derechos establecidos en el PIDESC "de ninguna forma son eliminados como resultado de los recursos limitados."205

El PIDESC tiene implicaciones serias en cuanto a la disposici6n de fondos dentro del sistema de salud mental mexicano. Como se describe en este informe, la ubicaci6n a largo plazo de personas en "granjas" y casas de protecci6n por falta de alternativas en la comunidad crea una dependencia innecesaria sobre la instituci6n, dificulta la habilidad de las personas con discapacidad mental de mantener o reanudar sus nexos con la comunidad y por ultimo perjudica su salud mental y fisica. En la medida que los servicios dentro de la comunidad y los sistemas de apoyo ayuden a mejorar la atenci6n y proteger los derechos de las personas con discapacidad mental, Mexico se vera obligado a disponer de los recursos disponibles para lograr dicha meta.

#### Estrategias para la planificacion y financiacion de las reformas

El derecho internacional de derechos humanos obliga a los Estados a remediar los abusos de derechos humanos, aunque no especifica c6mo exactamente un pais ha de planificar, financiar o llevar a cabo la reforma de! sistema de salud mental. Los Principios de Salud Mental fueron diseiiados con la idea de dejar que cada pais adaptara los principios de derechos humanos a sus circunstancias locales, respetando asi los antecedentes culturales locales y aprovechando las fortalezas intrinsecas de cada pais".206 Tanto en Estados Unidos y Europa como en otros paises se ha aprendido mucho en cuanto al financiamiento, la implementaci6n y la reforma de los servicios comunitarios desde que se desarrollaron los primeros sistemas con base en la comunidad,. 207 Es por eso que se pueden deducir importantes lecciones de los exitos y los fracasos en los esfuerzos por reformar el sistema de salud mental en los paises desarrollados y en

203 *Idem.*

20" Segun explica el United Nations' Manual on Reporting, ..[la frase ·sus recursos disponibles' se refiere tanto a los recursos del estado y los que tiene a su disposici6n de parte de la comunidad internacional ·por medio de coopernci6n y asistencia internacional']". Traducci6n no oficial de MDRl. *Idem,* p. 46.

*105 Idem, p.* 45.

206 "Todo paciente tendra derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales". *Principios de Salud Mental,* principio 7(3).

20" *Vease, p.e.,* WHO REVIEW OF EFFECTIVENESS, *supra* notel 56. at 278: Loren Mosher and Lorenzo Burti, COMMUNITY MENTAL HEALTH: A PRACTJCAL GUIDE (1989) (resumen de lecciones basado en la experiencia de la reforma al sistema de salud mental en Estados Unidos e Italia); Robert Desjarlais, Leon Eisenberg, Byron Good, & Arthur Kleinman, WORLD MENTAL HEALTH 38 (1995).

vias de desarrollo. En base a dichas experiencias ahora existe un amplio consenso sabre las principios y practicas que deben guiar la planificaci6n del sistema de salud mental y la integraci6n a la comunidad de las personas con discapacidad mental.208 Al adaptar dichos modelos, Mexico puede llevar a cabo reformas sin tener que desperdiciar sus escasos recursos financieros y afios en iniciativas pasadas que resultaron ser no exitosas.

Muchos metodos diferentes de planificaci6n y financiamiento para reformas en sistemas de salud mental han resultado exitosos, y l\.IDRI no apoya ningun metodo en particular. Esta secci6n intenta a describir algunas lecciones sabre experiencia internacional.

#### La necesidad de servicios integrates y planificacion

Una transici6n segura y efectiva de las instituciones a las programas de tratamiento con base en la comunidad requiere la creaci6n de servicios integrales y de sistemas de apoyo en la comunidad.209 Cualquier programa de salud mental con base en la comunidad debe incluir: equipos de asistencia social individualizada y tratamiento tanto para pacientes hospitalizados coma para pacientes ambulatorios, programas de vivienda asistida y empleo asistido, servicios de urgencia disponibles las 24 horas al dia, asistencia y alivio para personas que cuidan a las enfermos mentales, clubs sociales aut6nomos (con control de sus miembros), mecanismos de promoci6n y fiscalizaci6n por parte de los usuarios, sus familiares, y el sistema legal.210 Tambien es esencial disponer de ingresos adicionales (pensiones para discapacitados) para las individuos que no son autosuficientes.211 Dichos programas deben ser integrados a las sistemas de atenci6n primaria de salud y adaptados a la cultura local y la infraestructura de la comunidad.212

En el pear de las casos, el traslado a la comunidad de pacientes internados ("desinstitucionalizaci6n") sin una red eficaz de servicios comunitarios ha llevado a "abandonar a su suerte" a las pacientes y a aumentar el indice de personas desamparadas.213 Mas comun

208 *Idem, p 269.*

209 WHO REVIEW OF EFFECTIVENESS, *supra* nota156, p. 321.

210 *Vease, idem, p.* 304-321 (describiendo las experiencias internationales con la implementaci6n de dichos programas). *Vease tamhien* Mosher & Burti, *supra* nota 207, p. 99-224 (guia para el desarrollo de servicios comunitarios basados en la experiencia en Estados Unidos e Italia); Leonard I. Stein, Ronald J. Diamond y Robert

M. Factor, *A . ystem approach to the care of persons with schizophrenia, in* 4 HANDBOOK OF SCHIZOPHRENIA:

PSYCHOSOCIAL TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA 218(1990) (describiendo la necesidad de una ··en:foque de sistemas" integral de los servicios de salud mental comunitarios).

211 *Idem.* p. 214. En los Estados Unidos, el desarrollo de suplementos de ingresos en las aiios 60 jugaron un papel importante en el desarrollo de alternativas al tratamiento en instituciones para muchas personas. Lafond & Durham, *supra* nota 38, p.38.

212 Desjarlais, Eisenberg, Good & Kleinman *supra* nota 207, p.207.

*m* En algunas areas de Estados Unidos, la falta de planificaci6n en el egreso de personas institucionalizadas llev6 a lo que se llamaron ·'ghettos psiquiatricos" en las barrios pobres, marginados y olvidados de las ciudades. Algunas personas que egresaron de las instituciones acabaron en las calles, otras en las prisiones y otras fueron

··transinstitucionalizadas" en hogares de convalecencia. Lafond & Durham, *supra* nota38, p. 100.

todavia es el hecho que el no ofrecer servicios comunitarios integrales adecuados ha llevado a que se produzcan servicios desarticulados e incompletos que permiten que personas necesitadas dejan de recibir los cuidados necesarios de los programas existentes.214 Sin el apoyo necesario en la comunidad, las personas que salen de los hospitales pueden rapidamente descomponerse y volver a ingresar en una instituci6n (el sindrome de "puerta giratoria").215 Sin embargo, sistemas de servicios bien planificados e integrados pueden evitar o reducir estos peligros.216 En algunos areas donde se han desarrollado programas comunitarios integrales, las instituciones psiquiatricas de larga estancia se han eliminado sin perjudicar a las pacientes.217

A menudo los esfuerzos desarticulados para reformar los servicios estan predestinados al fracaso por la gran necesidad de que existan servicios comunitarios integrales.218 Las mejoras en los servicios dentro de las instituciones seran poco valiosas para muchas personas con discapacidad mental si no existe una red de servicios comunitarios integrales al que puedan acudir una vez salgan de la instituci6n.219 La mayoria de las paises no puede financiar servicios comunitarios integrales si ya financian, a gran costo, una red extensa de instituciones psiquiatricas con caracteristicas asilares. Es un hecho que los sistemas de salud mental requeriran de fondos adicionales durante la epoca de transici6n. Con el tiempo los paises podran reducir sus indices de institucionalizaci6n a medida que desarrollen mejores servicios comunitarios integrales. 220

Mientras que la desinstitucionalizaci6n mal planificada tuvo como resultado muchos abusos en Estados Unidos, a estas politicas se les acus6 indebidamente de ser la causa de los fracasos mas amplios de otras politicas economicas y sociales. El problema de los desamparados en Estados Unidos, por ejemplo, va mas alla de! sistema de salud mental y tiene que ver con reducciones en otros programas sociales y la falta de vivienda de bajo costo. La gran mayoria de los desamparados no son producto de la desinstitucionalizaci6n y no serian candidatos para

servicios de hospitalizaci6n ni siquiera bajo la mas amplia interpretaci6n de los estandares de adrnisi6n involuntaria.

*Idem,* p. 105.

214 *Idem.* p. 109.

215 Stein, Diamond, and Factor, *supra* nota 210, p. 213.

216 *Idem.*

217 Robert Okin, *Testing the Limits of Deinstitutionalization,* 46 PSYCHIATRIC SERVICES 569 (1995) (describiendo la transici6n a un sistema de salud mental comunitario en su totalidad en Massachussetts occidental).

218 Stein, Diamond, and Factor, *supra* nota 210, p. 213.

219 WHO REVIEW OF EFFECTIVENESS, *supra* nota 156, p. 304.

22°Como regla general, "la necesidad de recurrir a servicios de hospitalizaci6n tiene una relaci6n inversamente proporcional con el alcance de los servicios con base en la comunidad. [Traducci6n no oficial de MDRl]." *Idem,* p. 241.

#### Servicios de extension y tratamiento agresivo necesarios dentro de la comunidad

Uno de los mayores avances en el desarrollo de los programas comunitarios ha sido el reconocer que se tiene que incluir servicios de extension para personas con discapacidad mental. Los programas que dependen casi exclusivamente de citas semanales o mensuales para brindar los medicamentos tienen grandes limitaciones en terminos de prestar apoyo para las personas con discapacidades mentales severas en la comunidad. 221 La piedra angular de un programa comunitario de salud mental eficaz es la persona (o el equipo) encargada de prestar asistencia social individualizada y asegurar la coordinaci6n de los servicios que ofrecen todas las agencias gubernamentales.222 La experiencia con los programas de salud mental comunitarios tambien demuestra que los sistemas de servicios deben ser disefiados para ofrecer apoyo continua y a largo plazo.223

Se ha demostrado ademas que programas que hacen seguimiento y buscan energicamente a los individuos dentro de la comunidad son mas efectivos que los programas tradicionales de tratamiento poshospitalario en lograr que las personas permanezcan en las comunidades. 224

221 Leonard I. Stein & Mary Ann Test, *Alternative to Mental Hospital Treatment: A Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation,* 37 ARCH GEN PSYCHIATRY 392 (1980). En Dane Country, Wisconsin, los investigadores encontraron menor necesidad de hospitalizar a los pacientes que recibian servicios mediante un programa de tratamiento agresivo comunitario comparado con individuos en un programa de tratamiento posthospitalario convencional. Como lo describen los autores del estudio, "los pacientes con discapacidad cr6nica con frecuencia son pasivos, ansiosos en sus relaciones interpersonales y susceptibles al desarrollo de sintomatologia psiquiatrica. Dichas caracteristicas a menudo llevan a estos pacientes a no cumplir con citas ya 'abandonar' el tratamiento, sobretodo cuando comienzan a tener mayor sintomatologia. Por lo mismo, el programa debe ser agresivo, hacer participes a los pacientes y estar preparado para 'ir donde el paciente' para impedir que este deje el tratamiento. Ademas debe asegurar activamente la continuidad del cuidado entre las agencias en vez de asumir que

el paciente mismo negociara exitosamente las a menudo dificiles rutas de una agencia a la otra." *Idem.*

222 ''El encargado de la asistencia social individualizada "case manager", ya sea un profesional clinico o un equipo de servicio integrado, asume la responsabilidad de todo aspecto del cuidado que el paciente puede requerir para vivir satisfactoriamente en la comunidad. Remos visto que los pacientes mas estables con esquizofrenia se bene:fician cuando un profesional clinico se encarga de dicha asistencia individualizada. Los pacientes con mas necesidades que experimentan crisis mas frecuentes requieren de todo un equipo para compartir las responsabilidades del caso. Estas responsabilidades incluyen ofrecer los servicios requeridos o buscar quien ofrezca los servicios en otra agencia. En todos los casos, el encargado del caso sigue siendo el responsable de que se le ofrezcan los servicios al paciente. Esta atenci6n integral incluye...tratamiento psiquiatrico, rehabilitaci6n, vivienda, :finanzas, etc." Sin embargo resulta ser de valor limitado la asistencia social individualizada, sin los servicios integrales comunitarios. *Idem, p. 216. [Traducci6n no oficial de MDRI]*

223 Cuando se pone fin a los programas comunitarios agresivos, los indices de reincidencia vuelven a ser iguales a los de los programas de tratamiento posthospitalario tradicionales. Por eso los psiquiatras han observado que "hasta que se pueda prevenir o curar la enfermedad psiquiatrica cr6nica debemos cambiar la estrategia de tratamiento de *preparar* a los pacientes *para* la vida en comunidad a *mantener* a los pacientes *en* la comunidad". Stein & Test, *supra* nota 221, p. 392 [traducci6n no o:ficial de MDRI].

224 La critica a continuaci6n de dichos programas de salud mental en Estados Unidos puede ayudar a que Mexico evite problemas similares al crear los primeros progran1as de atenci6n con base en la comunidad:

A pesar de dichos programas muchas personas con esquizofrenia recaen con frecuencia y sufren

una calidad de vida inadecuada aun cuando se encuentren en remisi6n. Se puede preguntar si este problema es simplemente el resultado de la falta de recursos su:ficientes para prestar cuidados y programas especificos. Creemos que la falta de recursos puede contribuir al problema. Sin

Servicios intensivos de asistencia social individualizada como parte del sistema de salud mental integral comunitario ha llevado ha una reducci6n en los indices generales de hospitalizaci6n en Estados Unidos.225

A pesar de sus beneficios, algunos programas asertivos comunitarios en los Estados Unidos han sido criticados por haber traido cuidado coercitivo a la comunidad (criticas hechas por consumidores sobre programas de tratamiento comunitario asertivos se pueden encontrar en el world wide web a [www.madnation.org](http://www.madnation.org/) yen los enlaces). La creaci6n de programas vigilados por consumidores descrito abajo, provee una manera de proteger contra abusos. Un peligro asociado es la adopci6n de regimen legales que permiten tratamiento involuntario en la comunidad. Es muy importante crear salvaguardias contra abusos en la comunidad- aunque la ley permita tratamiento coercivo.

#### Apoyo y promoci6n de parte de la familia y del consumidor

Los consumidores (tambien denominados sobrevivientes psiquiatricos o usuarios de los servicios de salud mental226) y los miembros de su familia pueden jugar un papel importante en el desarrollo y el manejo de los servicios comunitarios de salud mental. Los consumidores y sus familiares han establecido importantes organizaciones de promoci6n y defensa que promueven sus derechos e intereses en Estados Unidos, Europa Occidental y Latinoamerica. En dichas organizaciones los consumidores y familiares trabajan unidos en las mismas organizaciones o coaliciones. A veces cada grupo ha visto la necesidad de formar organizaciones de promoci6n y defensa independientes. Dichas organizaciones compuestas de sobrevivientes psiquiatricos y los familiares de personas con discapacidad mental se han convertido en una fuerza politica poderosa en los EE.U.U. en cuanto a asuntos relacionados a la politica de salud mental se refiere.227

embargo, creemos ademas que dichos programas presentan defi.ciencias estmcturales significativas, entre ellas: no trabajan en conjunto, no colaboran entre si y a menudo se encuentran en competencia. Comprenden, en su conjunto, un 'no sistema' de atenci6n de salud mental en el cual pocos pacientes reciben mas de lo que necesitan, muchos de ellos reciben menos de lo que necesitan y algunos no reciben nada. Los pacientes se pueden perder en este ·no sistema' y nadie se siente con la obligaci6n de buscarlos...Los pacientes se pasan de la comunidad al hospital y del hospital de vuelta a la comunidad de manera que todos los actores --el hospital, la comunidad, el paciente y su familia se sienten abusados. Una deficiencia primordial de este no sistema es su tendencia de responder a los incidentes que se presentan en vez de asegurar una continuidad de cuidados. Este "no sistema" descuida al paciente y ademas socava la eficacia que podrian demostrar los profesionales que trabajan en el". Stein, Diamond, and Factor, *supra* nota 210, p.

213. [Traducci6n no oficial de :MDRI].

215 WHO Review of Effectiveness, *supra* nota 156, p. 308; Quinlan, *et. al. Service Utilization and Cost of Care for Severely Mentally Ill Clients in an Intensive Case Management Program,* 46 PSYCHIATRIC SERVICES 365 (1995).

226 Como se utiliza en este contexto el termino 'consumidor' se refiere a la persona que utiliza o ha utilizado alguno de los servicios de salud mental. Algunas personas prefieren el termino usuarios, ex pacientes, o sobrevivientes psiquiatricos.

227 Las organizaciones de consumidores, o sobrevivientes psiquiatricos, han tenido gran importancia politica en Estados Unidos, aunque nunca han gozado de la influencia politica representante de sus rn'.1meros en la poblaci6n. Organizaciones de familiares coma la National Alliance for the Mentally Ill [Alianza Nacional para los Enfermos Mentales] cuentan con mucho poder politico. Las organizaciones de familiares y las de los usuarios (pacientes

Organizaciones de auto ayuda dirigidas par las mismos consumidores se han establecido para fomentar la defensa, las servicios y el apoyo necesarios.228 Los centros de reunion administrados par las mismos consumidores ofrecen un lugar donde las usuarios pueden reunirse para comer, para eventos sociales y para ofrecerse apoyo mutuo y consejeria entre compafieros. Los mismos consumidores han establecido lineas telef6nicas directas de emergencia, centros de documentaci6n o de referencia y otras redes de informaci6n. Los programas de este tipo ofrecen para las personas con discapacidad mental una invalorable asistencia para permanecer en la comunidad y evitar la hospitalizaci6n innecesaria y ademas son muy poco costosos. Se merecen reconocimiento y apoyo un numero de proyectos similares, autoadministrados par las consumidores, que se han establecido en Mexico.

Los consumidores tambien pueden tomar un rol activo en el manejo de los programas de rehabilitaci6n psicosocial en la comunidad.229 Estos programas se concentran en general en el trabajo, ofreciendo apoyo y capacitaci6n para el trabajo para que las personas con discapacidad mental obtengan y se mantengan en el mercado de trabajo local. En estos programas disefiados para fomentar la autonomia del consumidor y el apoyo de parte de la comunidad colaboran tanto las profesionales de la salud mental como los consumidores.230

#### La financiacion de servicios en la comunidad

La planificacion eficaz para la integraci6n comunitaria permitira que el sistema de salud mental utilice los recursos disponibles mas amplia y eficientemente. Sin embargo la supresion gradual de 11granjas" y casas de proteccion no debe percibirse como una forma de ahorrar sabre el costo general del cuidado de salud mental. De hecho al inicio sera necesaria la inversion de nuevos capitales para crear un sistema de servicios comunitarios. Una parte de esta nueva inversion sera temporal, debido a que el nivel actual de cuidado institucional tiene que mantenerse y mejorarse durante el periodo en que se establecen y desarrollan nuevos servicios comunitarios. Algunos de las costos adicionales, sin embargo, seran permanentes. Parte del aumento en costo se debe al hecho que los programas de salud mental comunitarios ofrecen mejores y mas servicios a una porcion de la poblacion que hasta el momenta no recibia servicios apropiados, o no recibia servicios, porque se disponia solo de servicios tradicionales de hospitalizacion o de consulta extema. El costo de las cuidados *per capita* en la comunidad

psiquiatricos) a menudo toman diferentes posturas en el arena politico y se debe distinguir entre estos dos tipos de grnpos de promoci6n) defensa. Vease Lafond & Durham, *supra* nota 38, p. 112.

228 *Vease* JUDI CHAMBERLIN, ON OUR OWN (1980).

229 Judi Chamberlin describe varios modelos de servicios dirigidos o administrados por los consumidores, enfatizando la necesidad de distinguir entre los servicios dirigidos por los consumidores y los administrados por los mismos. *Idem. Vease tambien* Ed Van Hoorn, *Changes? What Changes? The Views of the European Patients' Movement* 38 lNT'LJ. SocIA.LPsYCHIATRY 30 (1992) Describe la perspectiva del activista consumidor que trabaja dentro del sistema de salud mental existente a pesar de tener reservaciones sobre el mismo.

230 Mosher & Burti, *supra* nota 207, p. 152 (describiendo el modelo Fountain House ··una comunidad intencional

disefiada para crear un ambiente restaurativo dentro del cual los individuos con discapacidad mental, social u ocupacional causada por una enfermedad mental puede recibir ayuda para adquirir o recuperar las habilidades y la confianza necesarias para llevar una vida social y vocacionalmente satisfactoria". Traducci6n no oficial de MDRI.

probablemente sen't menor que en las instituciones, pero el costo global de los cuidados de salud mental puede que aumenten.

La reforma de la financiaci6n del sistema de salud mexicano sera critico para el desarrollo de! nuevo sistema de servicios comunitarios. El nuevo sistema de financiaci6n debe ademas poner fin a los incentivos de hospitalizaci6n innecesaria de los pacientes que existen actualmente. Mientras que el sistema de financiaci6n se esta reformando, se deben ofrecer a las autoridades locales subvenciones iniciales para crear la infraestructura y financiaci6n necesarias para los servicios comunitarios. Luego el nuevo sistema de financiaci6n debe ser reestructurado para mantener y promover el desarrollo de estos servicios. Una vez que se creen servicios comunitarios, disminuira la necesidad de atenci6n a largo plaza en las instituciones. Algunos de los recursos que se ahorraran coma resultado de un reducido censo institucional se deben utilizar para mejorar las condiciones en estas instituciones. El resto de lo que se ahorra debe ser utilizado para mejor desarrollar los programas de servicios comunitarios. De esta forma, se podra mejorar la calidad de los servicios en las instituciones ademas de realzar simultaneamente un amplio espectro de servicios en la comunidad.

#### Epilogo: Acontecimientos desde la publicaci6n del informe de MDRI

MDRI public6 *Derechos Humanos y Salud Mental en Mexico* el 17 de febrero del 2000 en una conferencia de prensa celebrada en el Distrito Federal. Ademas de la amplia cobertura dentro de Mexico231, el informe atrajo una atenci6n internacional sin precedentes sabre los problemas de derechos humanos de las personas con discapacidades mentales.232 En la conferencia de prensa de MDRI particip6 tambien FMREM. Las conclusiones del informe fueron apoyadas publicamente par Virginia Gonzalez Torres de la FMREM y otras ONG mexicanas dedicadas a la defensa de las personas con discapacidades mentales o de desarrollo. Como resultado de esta publicidad y de las preocupaciones planteadas por las activistas mexicanos, el gobierno de Mexico ha adoptado nuevos compromisos hist6ricos-y primeras medidas importantes-para el desarrollo de programas que protejan las derechos de las personas con discapacidades mentales y promuevan su integraci6n en la comunidad.

El 2 de marzo del 2000, la Comisi6n Interamericana de Derechos Humanos celebr6 una audiencia sabre las conclusiones del informe. Era la primera vez que la Comisi6n investigaba una practica sistematica de abusos a las derechos humanos en todo un sistema de salud mental. Los coautores de] informe, Eric Rosenthal y el Dr. Robert Okin, testificaron ante la Comisi6n Interamericana, y los miembros de la Comisi6n revisaron las grabaciones de video de las condiciones en las instituciones mexicanas. MDRI inst6 a la Comisi6n a que realizara una nueva

231MDRI adelant6 una copia del informe al gobiemo ya activistas de Mexico, y se publicaron articulos en la prensa mexicana y estadounidense anticipando la publicaci6n del informe. A continuaci6n se presenta una lista parcial de las articulos publicados sabre el informe de :MORI en la prensa Mexicana: Maria Scherer Ibarra, *En Mexico, el pear trato def mundo a las enfermos mentales: lvfiseria abandono y derechos humanos conculcados, en las hospitales psiquiatricos,* PROCESSO, enero 2000, en 10; Maria Scherer Ibarra, *La accidenta visita de Gonzales Fernandez al psiquiatrico Ocaranza,* PROCESSO, 6 de febrero (1214), 2000; Monica Livier Gomez, *Condiciones inhumanas en Psiquiatricos,* SOMO HUMANOS 5(52), febrero, 2000; Reuters, *Los Hospitales psiquiatricos de Mexico, de las*

*peores def mundo: Robert Okin,* NovEDADES, 18 de febrero 2000 en Al6; *En Mexico se violan las derechos humanos de enfermos mentales,* LAJORNADA, 18 de febrero, 2000 en 16.

232En enero, Michael Winerip del New York Times escribi6 un articulo sabre su experiencia viajando con el equipo de investigaci6n de :MORI. A continuaci6n se presenta una lista parcial de los articulos publicados sabre el informe de MDRI: Michael Winerip, *The Global Willowbrook,* N.Y. TIMES MAGAZINE, 16 de enero del 2000, p. 53: Stacy Weiner, *Speaking Up for the Mentally Disabled: Eric Rosenthal Brings their Plight to the World,* WASHINGTON POST 18 de enero del 2000, p. Cl; Michael Winerip, *Study Finds Abusive Conditions in Mexico's Mental Hospitals,*

N.Y. TIMES, 18 de febrero del 2000, p. Al; John Hecht, *Nation's Mental Care 'Shocking': Rights Group Rips*

*Mental Health Care,* THE NEWS: MEXICO, 18 de enero del 2000, p. l; *Abuse of Mental Patients Alleged,* TORONTO STAR, 18 de febrero del 2000, *Mental Health Care Blasted,* THE NEWS: MEXICO, 20 de febrero de! 2000, p. A4; Jan McGirk, *Thousands in Mexican asylums are subjected to 'barbaric conditions,* ' THE INDEPENDENT OF LONDON p. 17; *Group assails mental health-care system in Mexico,* SAN DIEGO UNION-TRIBUNE, 18 de febrero del 2000 p. A8; Howard LeFranchi, *Bringing dignity to health care: A three-year study spotlights horrific conditions in Mexico's mental institutions,* THE CHRISTIAN SCIENCE MONITOR, 23 de febrero del 2000, p. Al; *Q&A interview with Eric Rosenthal* (programa televisivo de CNN International , 25 de febrero del 2000)(copia de video en los archivos de MDRI); *20/20 report on abuses in Mexican psychiatric institutions* (programa televisivo de ABC 8 de marzo del 2000)(copia de video en los archivos de MDRI), *Weekend All Things Considered with Jackie Lyden, Eric*

*Rosenthal, Executive Director of Mental Disability Rights International, discusses a report which outlines abuses in Mexico's government-run mental health facilities,* (National Public Radio, 5 de marzo 2000)(cinta de audio en las archives de MDRI); algunos extractos del articulo de la revista del New York Times por Michael Winerip fueron reimpresos en hebrero en *Ha 'Aretz* de Israel, el 1 de mayo de! 2000; *Aqui y Ahora: En el Olvido* (programa de Univision de! 4 de mayo de! 2000)(copia de video en las archivos de :MORI). La historia tambien apareci6 en BBC World Service, Canadian Broadcasting Corporation, y otros medias de comunicaci6n impresos y audiovisuales.

Los coautores del informe, Eric Rosenthal y el Dr. Robert Okin, testificaron ante la Cornisi6n Interamericana, y los miembros de la Comisi6n revisaron las grabaciones de video de las condiciones en las instituciones mexicanas. MORI inst6 a la Comisi6n a que realizara una nueva investigaci6n que incluyera visitas sobre el terreno a instituciones psiquiatricas mexicanas, como parte del trabajo futuro en Mexico de la Comisi6n. Como resultado de esta audiencia, la Comisi6n recogi6 sus preocupaciones por el trato a las personas con discapacidades mentales en su informe anual sobre la situaci6n de los derechos humanos en Mexico.233

El gobierno mexicano ha adoptado inmediatamente medidas para responder a los abusos documentados en el informe del MORI. En febrero del 2000, el Secretario de Salud Jose Antonio Fernandez Gonzalez asign6 ocho millones de pesos (algo mas de 800.000 d6lares) a la mejora de las condiciones en las instituciones del Distrito Federal, lo que suponia 50.000 pesos (poco mas de 5.000 d6lares) por cada 400 personas internadas en instituciones del Distrito Federal para su participaci6n en talleres comunitarios.234 Tras una visita personal a Ocaranza, Gonzalez prometi6

12 rnillones de pesos adicionales (poco mas de 1,2 millones de d6lares) para mejorar las condiciones de la instituci6n. 235

En una entrevista para el programa 20/20 del canal de television estadounidense ABC, el Secretario Gonzalez declar6 que las condiciones en el centro psiquiatrico Guadalajara no eran en absoluto las peores del pais. Sin embargo, despues de ver las grabaciones de las condiciones dentro de Guadalajara y Ocaranza, dijo que estaba "avergonzado" de lo que habia visto. Gonzalez Fernandez prometi6 publicamente "importantes cambios" en Ocaranza antes de mayo de12000.

Una semana despues de la promesa de reforma del Secretario Gonzalez, los funcionarios de la Secretaria de Salud se reunieron con el Dr. Okin y con Gonzalez Torres y solicitaron su ayuda para poner en marcha reformas inmediatas en Ocaranza. El Dr. Okin acept6 asistir al gobierno mexicano como consultor independiente con el acuerdo de que las reformas en Ocaranza serian el primer paso de una politica gubernamental de cambios en todo el sistema mexicano de salud mental.236 El Subsecretario de Coordinaci6n Sectorial Urbina acept6 este acuerdo y declar6 que haria todo lo posible para promover un sistema de servicios comunitarios que perrnitiera la integraci6n comunitaria segura de las personas con discapacidades mentales.

233lnter-American Commission on Human Rights, Annual Report of the Inter-American Commission on Human Rights 1999 III, parr. 20-22, Doc. 6 rev, OEA/Ser.L. VIII. 106 (13 de abril, 1999). El informe esta disponible de [www.cidh.oas.org/annualrep/99.](http://www.cidh.oas.org/annualrep/99)

234John Hecht, Squalid State of Psychiatric Hospital Gets Attention, The News: Mexico, March 8 2000.

235Maria Scherer Ibarra, Los internos del Ocaranza se preparan para libertad, Processo, 23 de abril, 2000, en 41; John Hecht, Report: Psychiatric Patients Living in Hell, The News: Mexico, 18 de febrero, 2000, en 2.

236El trabajo del Dr. Okin como consultor para el gobierno mexicano es totalmente independiente de su trabajo para MDRl. MDRl se ha comprometido a seguir observando las condiciones de derechos humanos en Mexico y continuar valorando las iniciativas de reforma prometidas, y tiene que mantener por lo tanto su total independencia de las autoridades oficiales ode las ONG que ofrecen servicios a las personas con discapacidades mentales. El Dr. Robert Okin ha sido una fuente de informaci6n sobre los recientes acontecimientos en Mexico, pero MDRl publica este Epilogo y su valoraci6n de las reformas en Mexico independientemente de su trabajo.

Durante el mes siguiente, el Dr. Okin preparo las lineas maestras de un plan de reformas de emergencia para poner fin al trato inhumane y degradante y las condiciones peligrosas en Ocaranza. El gobierno mexicano acept6 correr con todos los gastos de un equipo de expertos interdisciplinarios de San Francisco encargado de realizar evaluaciones individuales de cada paciente de Ocaranza, con el fin de determinar que personas serian aptas para su integraci6n comunitaria inmediata. En mayo del 2000, el Dr. Okin llev6 a Ocaranza un equipo de cinco expertos en salud mental que trabajaren dentre del centre durante una semana.237

La primera conclusion del equipo de Okin era que la situaci6n en Ocaranza era tan mala que el coste de acabar con las condiciones antihigienicas y peligresas de la institucion seria superior al de construir alternativas a corto plazo.238 Tras informar a las autoridades, el Secretario de Salud acepto el cierre permanente del centre y la construccion de residencias temporales en los terrenos de Ocaranza, para garantizar que no quedara nadie en la institucion.

Segun el Dr. Okin, las autoridades federates acordaren un plan para encontrar ubicaciones alternativas para todos los internos de Ocaranza. Este plan contemplaba albergar a unos dos tercios de los residentes de Ocaranza en casas compartidas subvencionadas en la ciudad vecina de Pachuca, Hidalgo. El tercio restante, entre ellos los internos con discapacidades fisicas, seria trasladado al centre Ramirez Moreno, en el Distrito Federal. Antes del verano del 2000 se construirian ocho nuevas casas para un total de 96 personas en los terrenos de Ocaranza, para albergar a sus internos mientras esperan su integracion en la comunidad. Se crearia un nuevo programa de atencion a personas con graves discapacidades mentales en la ciudad de Pachuca, para que no fuera necesario admitir a mas pacientes en Ocaranza.

El Dr. Okin regres6 a Ocaranza en junio del 2000 para examinar el pregreso de la reforma y planear la creacion del pregrama para pacientes graves. A finales de junio, se habian creado dos residencias comunitarias en Pachuca, que atendian a 30 personas. Okin ha informado de que las casas son limpias, seguras y ofrecen a sus residentes un entorno humano dentro de un contexto de integracion. Ha habido una construccion masiva de nuevas casas en los terrenos de Ocaranza.

Ademas de las preocupaciones sobre la vivienda temporal en Ocaranza, en junio del 2000 no se habian hecho planes especificos para el establecimiento de la atencion a pacientes graves en Pachuca. Sin la creacion de un centre para este tipo de tratamiento en Pachuca, el centre de Ocaranza sigue teniendo la unica oferta de atencion psiquiatrica de emergencia en la region. Salvo las 30 personas trasladadas a Pachuca, en junio del 2000 los residentes de Ocaranza seguian en la institucion en condiciones sumamente abusivas.

**Valoraci6n de MDRI de las reformas actuales y las oportunidades futuras**

Las elecciones de julio del 2000 en Mexico produjeron el primer cambio importante de partidos politicos en 70 afios. La transferencia de poder plantea una oportunidad de que los funcionarios no vinculados con anteriores politicas creen una nueva estrategia de salud mental y

237Robert Okin, M.D.; Phyllis Harding, RN., Sharon Wicher, RN., Talia Puzantian, Pharm.D.; y Miriam Martinez, Ph.D.

derechos humanos. MDRI alienta energicamente al nuevo gobierno a que aprenda de los errores anteriores-tanto en Mexico como en otros paises (entre ellos Estados Unidos)-y planifique un sistema completamente nuevo de atenci6n psiquiatrica comunitaria, como se recomienda en este informe. Las recomendaciones de este informe ofrecen lineas maestras basicas para asistir al nuevo gobierno en la adaptaci6n de las politicas de salud mental de Mexico al derecho internacional de derechos humanos.

MDRI alienta al nuevo gobierno de Mexico a que apoye las reformas iniciadas este afio en Ocaranza y se inspire en ellas. Un programa comunitario modelo en Pachuca podria servir de proyecto piloto para las reformas nacionales en todo el sistema. Con la documentaci6n adecuada, este proyecto puede aportar a Mexico los datos necesarios para presupuestar la creaci6n de servicios comunitarios en todo el pais.

Sin embargo, queda mucho por hacer en Ocaranza y en otros lugares. Se ha de crear una red completa de programas comunitarios de salud mental en Pachuca. El nuevo programa tiene que ofrecer servicios de apoyo adecuados para los residentes, asi como cabildeo y supervision para garantizar el respeto a los derechos humanos en la comunidad. Tambien se deben establecer programas de atenci6n a personas con graves discapacidades mentales y servicios de emergencia. Si no se crean estos servicios, los pacientes se quedaran abandonados en el centro aislado de Ocaranza. Las ocho nuevas residencias de Ocaranza marcan una diferencia importante frente a las condiciones inhumanas y degradantes en las que viven actualmente los pacientes de Ocaranza, pero estas nuevas casas no constituyen una integraci6n en la comunidad y no deben utilizarse mas alla del periodo de transici6n.

Finalmente, casi con toda seguridad, los 1,3 millones de pesos asignados a la reforma de Ocaranza no son suficientes para integrar a los internos en la comunidad con seguridad y eficacia. Pueden ser necesarios fondos adicionales para garantizar que los programas de transici6n de Ocaranza son adecuados. Con el traslado de mas internos a la comunidad, se debe preveer la contrataci6n de personal profesional encargado de ofrecer servicios adecuados a los pacientes integrados en la comunidad de Pachuca.

Aunque el proyecto piloto de Ocaranza va a portar datos importantes a las autoridades federales, el gobierno de Mexico no debe esperar sus resultados finales para planificar la reforma nacional. En otros centros las condiciones todavia son graves y abusivas. Incluso en las mejores instituciones del Distrito Federal, miles de personas siguen languideciendo sin oportunidades adecuadas de rehabilitaci6n psicosocial e integraci6n comunitaria. Los ocho millones de pesos destinados a la reforma de los centros del Distrito Federal no es mas que el principio, y el nuevo gobierno de Mexico debe crear un plan detallado para el establecimiento y la financiaci6n de un sistema completamente nuevo de servicios comunitarios.

A pesar de la magnitud de las iniciativas reformadoras, el hecho de que el gobierno mexicano haya cambiado su enfoque de las instituciones a la creaci6n de programas comunitarios siembra grandes esperanza de una futura reforma en Mexico. El nuevo gobierno de Mexico tiene que cumplir ahora los compromises contraidos por sus predecesores y aceptar el reto de la implementaci6n de reformas sostenibles. MDRI continuara siguiendo de cerca las iniciativas de reforma de Mexico y observando las condiciones en instituciones de todo el pais.

## AnexoA Comentarios del Gobiero de Mexico

1. Dr. Manuel Urbina Fuentes, Subsecretaria de Coordinaci6n Sectorial, Secretaria de Salud CONSIDERACIONES GENERALES

Se considera que el titulo del Informe "Derechos Humanos y Salud Mental en Mexico" es imprecise, en virtud de que las fuentes de datos y documentos, con base en los cuales se establecen las inferencias, se restringen unicarnente a siete establecimientos del total que existen en el pais; situaci6n que de ninguna forma resulta representativa de los servicios de salud mental, de. los sectores publicos, social y privado en Mexico.

La organizaci6n de las unidades para la atenci6n de la salud mental, se encuentra integrada por un conjunto diferenciado de servicios distribuidos a lo largo del pais, integrada por m6dulos y centres de salud mental comunitaria, servicios de psiquiatria en hospitales generales y de otras especialidades, asi como de instituciones especializades; las cuales en conjunto representan mas de 300 establecimientos. Con base en lo anterior, consideramos que el Informe deberla denominarse "Derechos Humanos y Salud Mental en Mexico: El caso de cinco hospitales psiquiatricos y dos casas de protecci6n social."

Asimismo, se produce un importante sesgo debido a la metodologia utilizada, en funci6n de la temporalidad en que se realizaron los eventos de observaci6n y, aun mas, al no contar o no hacer evidente los estandares en los diferentes momentos en que se llevaron a cabo estos estudios.

Otra situaci6n que debe explicitarse en el Informe, es la limitante de que los datos mencionados en terminos de posible abusos sabre pacientes, se encuentran circunscritos a dos de los cincos hospitales visitados.

Una de las inconsistencias mas comunes encontradas en el Informe, es que en la redacci6n se recurre, de manera reiterada, a la generalizaci6n de situaciones particulares y, en muchas ocasiones, se utilizan datos testimoniales indirectos que en su mayoria no son objetivos.

COMENTARIOS AL INFORME

Durante la presente Administraci6n, los problemas de salud mental had sido una prioridad de salud publica. Estos problemas son un aspecto muy vulnerable de la condici6n humana, ya que las situaciones mostradas se pueden utilizar con fines diferentes al bienestar o la mejoria de las condiciones de esta poblaci6n tan lastimada.

El Informe que se nos envi6 propician dudas y una gran preocupaci6n ya que da un panorama parcial de una parte de los servicios y no se dice nada de como ha evolucionado, en los ultimas afios, la atenci6n a Ios problemas de salud mental en Mexico.

Los logros alcanzados son importantes; sin embargo, se reconoce que aun existen numerosos y variados rntos; que se continua resolviendo los problemas en la practica cotidiana

con los usuarios, en el campo de la capacitaci6n y de la ensefianza y en materia de disponibilidad de recursos.

e

Debe mencionarse que uno de los majores logros en esta Administraci6n es que los D

programmas de trabajo se han orientado bajo una nueva concepci6n de la salud mental; que se

han dado los primeros avances y que se continuara redoblando los esfuerzos. Esta situaci6n en el j Informe queda reducido a comentarios que par demas no abordan la realidad actual de muchos t centros de atenci6n.

En este sentido, el Programma de Salud Mental y el Programrna de Reforma del Sector Salud 1995-2000, establecen: 11la puesta en marcha de este programma require la unificaci6n de las criterios y contenidos de las acciones preventivas, asi coma las de atenci6n de la salud mental

en las unidades de primer y segundo niveles. La atenci6n del salud mental debera basarse en un u

modelo escalonado que promueva la calidad y la eficiencia. Asimismo, se estableceran m6dulos r

de salud mental en las centros de salud y hospitales generales de las localidades cuya prevalencia d

de trastornos mentales lo ameriten tambien. En cada estado se organizara tambien una red basica de servicios de atenci6n a la salud mental que fortalezca la prevenci6n, el tratamiento y la

rehabilitaci6n, y se promovera la investigaci6n de la salud mental en las instituciones publicas, p

privadas y de educaci6n superior."

L

Los logros alcanzados son congruentes con este compromiso. A continuaci6n se incluyen algunos de los principales resultados a la fecha:

### Recursos

* En el periodo de 1995 a 1999 se constuyen tres hospitales; en Sinaloa, Tabasco y lI

Coahuila, con lo cual se ampli6 la infraestructura de atenci6n en este campo con 214 camas y 433 recursos hurnanos. La inversion par este concepto fue de 83 rnillones de

pesos. e

* En los ultimas cinco afios, el numero de consultorios en psiquiatria y salud mental se t

increment6 en 86%, al pasar de 423 a 781.

* En este periodo se contrataron 827 nuevos trabajadores; de los cuales, el 37.8% (296) son

enfermeras; el 34% (283) son paramedicos y el 25% (206) son medicos especialistas. l

### Presupuesto asignado a las unidades que brindan servicios de Salud Mental en el Distrito

**Federal\*239** lt

* El presupuesto se increment6 en terminos reales en 73.7% (1999 con respecto a 1995)\*.
* En 1995 fue de 20.4% millones de pesos (mdp) yen 1999 de 74.0 mdp. Para el 2000 se 1

presupuestaron y autorizaron 88.2 mdp\*.

**Los Hospitales Psiquiatricos y el cumplimiento de la** NOM-025-SSA2-1994

* Se integraron Comites Ciudadanos en 27 hospitales.
* En todas las unidades se informa sobre los derechos humanos de las usuarios. n
* Se operan programmas de rehabilitaci6n social en 27 de las 28 hospitales psiquiatricos.

r

I..

1

239A partir de 1998 se incluye a la Coordinaci6n de Salud Mental n

*Principia 21 Quejas*

Toda paciente o ex paciente tendra derecho a presentar una queJa conforme a las

spitales se

dimientos que especifique la legislaci6n nacional. abilitaci6n

*Principia 22 Vigilancia y recursas*

Los Estados velaran par que existan mecanismos adecuados para promover el imiento de las presentes Principios, inspeccionar las instituciones psiquiatricas, presentar,

;\_5 veces. Centro de

!lodelo de puesta del

igar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados

:asos de conducta profesional indebida o de violaci6n de las derechos de las pacientes.

*Principia 23 Aplicaci6n*

,700; este 1s egresos

gracias en

s Estados deberan aplicar las presentes Principios adoptando las medidas pertinentes de

coterapias

:er legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra indole, que revisaran licamente.

s Estados deberan dar amplia difusi6n a las presentes Principios par medias apropiados y

.icoterapia

**lCOS.**

*Principia 24*

*Alcance de las principias relativas a las institucianes psiquiatricas*

'Cial de lo

Los presentes Principios se aplican a todas las personas que ingresan en una instituci6n

-oceso de

atrica.

*Principia 25 Mantenimienta de las derechas recanacidas*

como un

No se impondra ninguna restricci6n ni se admitira ninguna derogaci6n de los derechos de

m sentido

acientes, entre ellos las derechos reconocidos en el derecho internacional o nacional

,s ojos de

ble, so pretexto de que las presentes Principios no reconocen tales derechos o de que solo

o tambien

:.:onocen parcialmente.

1. mejores

**Anexo C Declaraci6n sobre los Derechos de las Personas con Retrasado Mental**

La Asamblea General, resoluci6n 2856 (XXVI), Diciembre (1971).

La Asamblea General,

Consciente de la obligaci6n de los Estados Miembros de las Naciones Unidas, contraida en virtud de la Carta, de adoptar medidas conjunta o separadamente, en cooperaci6n con la Organizaci6n, para promover niveles de vida mas elevados, trabajo permanente para todos y condiciones de progreso y desarrollo econ6mico y social,

Reafirmando su fe en los derechos humanos y las libertades fundamentales y en los principios de paz, de dignidad y valor de la persona humana y de justicia social proclamados en la Carta,

Recordando los principios de la Declaraci6n Universal de Derechos Humanos, los Pactos internacionales de derechos humanos y la Declaraci6n de los Derechos del Nino y las normas de progreso social ya enunciadas en las constituciones, las convenciones, las recomendaciones y las resoluciones de la Organizaci6n Internacional del Trabajo, la Organizaci6n de las Naciones Unidas para la Educaci6n, la Ciencia y la Cultura, la Organizaci6n Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y otras organizaciones interesadas,

Subrayando que en la Declaraci6n sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social se ha proclamado la necesidad de proteger los derechos de los fisica y mentalmente desfavorecidos y de asegurar su bienestar y su rehabilitaci6n,

Teniendo presente la necesidad de ayudar a los retrasados mentales a desarrollar sus aptitudes en las mas diversas esferas de actividad, asi como de fomentar en la medida de lo posible su incorporaci6n a la vida social normal,

Consciente de que, dado su actual nivel de desarrollo, algunos paises no se hallan en situaci6n de dedicar a estas actividades sino esfuerzos limitados,

Proclama la presente Declaraci6n de los Derechos del Retrasado Mental y pide que se adopten medidas en el piano nacional o internacional para que sirvan de base y de referencia comun para la protecci6n de estos derechos:

* 1. El retrasado mental debe gozar, hasta el maximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los dema.s seres humanos.
  2. El retrasado mental tiene derecho a la atenci6n medica y el tratamiento fisico que requiem su caso, asi como a la educaci6n, la capacitaci6n, la rehabilitaci6n y la orientaci6n que le permitandesarrollar al maximo su capacidad y sus aptitudes.
  3. El retrasado mental tiene derecho a la seguridad econ6mica y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a desempefiar un empleo productivo o alguna otra ocupaci6n util.
  4. De ser posible, el retrasado mental debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal instituci6n deberan asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal.
  5. El retrasado mental debe poder contar con la atenci6n de un tutor calificado cuanto esto resulte indispensable para la protecci6n de su persona y sus bienes.
  6. El retrasado mental debe ser protegido contra toda explotaci6n y todo abuso o trato degradante. En caso de que sea objeto de una acci6n judicial, debera ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad, atendidas sus facultades mentales.
  7. Si algunos retrasados mentales no son capaces, debido a la gravedad de su impedimenta, de ejercer efectivamente todos sus derechos, o si se hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee a las fines de esa limitaci6n o supresi6n debera entrafiar salvaguardas juridicas que protejan al retrasado mental contra toda forma de abuso. Dicho procedimiento debera basarse en una evaluaci6n de su capacidad social por expertos calificados. Asimismo, tal limitaci6n o supresi6n quedara sujeta a revisiones peri6dicas y reconocera el derecho de apelaci6n a autoridades superiores.