

Controversias entre los estándares de salud mental y de discapacidad en México

Controversies between mental health and disability standards in Mexico

Gabriel Eugenio Sotelo-Monroy^{1a}, Clarisa Villaseñor-Robledo^{1b}, Guillermo Peñaloza-Solano^{1c}, Fabiola Tafoya-Ramos^{1d}

Resumen

Existen controversias entre la práctica de la Psiquiatría, los estándares internacionales vigentes y los trastornos o condición mental con discapacidad, enmarcados en los modelos de atención social. El objetivo de este trabajo es aportar evidencia y analizar las principales brechas en materia de salud mental como: la invisibilidad de algunas personas con discapacidad para el diseño de políticas, legislación o programas públicos; el predominio del modelo médico, en el que prevalece la sustitución de toma de decisión en el consentimiento informado, lo que viola los derechos de personalidad jurídica, igualdad, libertad, seguridad y respeto a la integridad personal, entre otros. El presente análisis resalta la importancia de: a) integrar las disposiciones legales en materia de salud y discapacidad a los estándares internacionales, y cumplir con el marco de los Derechos Humanos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en especial al principio *pro persona* y a la cláusula interpretación conforme; b) reformar la Ley General de Salud en materia de salud mental y salubridad general, a fin de cambiar el paradigma de atención asilar para transitar hacia el de atención comunitaria con enfoque de atención primaria de la salud, adyacente a los servicios del Sistema Nacional de Salud; c) prohibir la institucionalización de las personas con trastornos mentales, así como las medidas coercitivas como medidas de contención, y en su lugar capacitar e incentivar técnicas de desescalamiento verbal.

Abstract

There are controversies between the practice of Psychiatry, current international standards and mental disorders or conditions with disabilities, framed in social care models. The objective of this work is to provide evidence and analyze the main gaps in mental health such as: the invisibility of some people with disabilities for the design of policies, legislation, or public programs; the predominance of the medical model, in which the substitution of decision-making in informed consent prevails, which violates the rights of legal personality, equality, freedom, security and respect for personal integrity, among others. This analysis highlights the importance of: a) integrating the legal provisions on health and disability to international standards, and complying with the Human Rights framework of the Political Constitution of the United States of Mexico, especially the *pro personae* principle and to the conforming interpretation clause; b) reform the General Health Law in matters of mental health and general health, in order to change the paradigm of asylum care to move towards that of community care with a focus on primary health care, adjacent to the services of the National System of Health; c) prohibit the institutionalization of people with mental disorders, as well as coercive measures as containment measures, and instead train and encourage verbal de-escalation techniques.

¹Secretaría de Salud, Servicios de Atención Psiquiátrica, Dirección de Gestión de Servicios. Ciudad de México, México

ORCID: [0000-0002-0012-0702^a](https://orcid.org/0000-0002-0012-0702), [0000-0002-3370-3779^b](https://orcid.org/0000-0002-3370-3779), [0000-0001-7077-718X^c](https://orcid.org/0000-0001-7077-718X), [0000-0001-6919-6425^d](https://orcid.org/0000-0001-6919-6425)

Palabras clave
Salud Mental
Atención a la Salud Mental
Derechos Humanos
Discapacidad Intelectual
Normas Jurídicas

Keywords
Mental Health
Mental Health Assistance
Human Rights
Intellectual Disability
Enacted Statutes

Fecha de recibido: 04/04/2022

Fecha de aceptado: 29/08/2022

Comunicación con:

Gabriel Eugenio Sotelo Monroy
 gabriel.sotelo@salud.gob.mx
 55 1904 9282

Cómo citar este artículo: Sotelo-Monroy GE, Villaseñor-Robledo C, Peñaloza-Solano G, Tafoya-Ramos F. Controversias entre los estándares de salud mental y de discapacidad en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(2):204-11.

Introducción

Las personas con algún problema de salud mental y/o discapacidad psicosocial deben gozar de sus libertades fundamentales y derechos humanos igual que los demás y sin ningún tipo de discriminación. No obstante, la atención en salud mental puede distinguirse del resto de las especialidades médicas, ya que frecuentemente suelen presentarse situaciones en las que se cuestiona la autonomía o capacidad de las personas en la toma de decisiones para el tratamiento e internamiento hospitalario.

En México se estima una prevalencia de trastornos mentales del 19.9%, según la publicación *La discapacidad en México, datos al 2014, versión 2017*, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía; además, se calcula que 7.1 millones de mexicanos viven con algún tipo de discapacidad, de los cuales el 19.6% se debe a problemas emocionales o mentales.¹

En la práctica de la Psiquiatría se presenta una serie de factores que delimitan la autonomía de las personas, tales como: el estigma social hacia los problemas de salud mental, el mito de la peligrosidad hacia la persona con discapacidad psicosocial, la variabilidad clínica y en la respuesta terapéutica, la variabilidad de la capacidad de las personas a lo largo de la enfermedad y la falta de conciencia de la enfermedad. Si se toman en cuenta, además de estos factores, los distintos modelos de causalidad para explicar la discapacidad desde sus causas, consecuencias y respuestas sociales en cada uno, se puede apreciar que coexisten los tres principales paradigmas (prescindencia, rehabilitador y social). Situación que puede generar controversias en el marco de la teoría de los derechos humanos.

El presente trabajo tiene como objeto analizar las principales controversias entre la práctica de la Psiquiatría y los actuales estándares internacionales de Derechos Humanos y discapacidad, tales como la vida, la personalidad jurídica e igualdad, la libertad y seguridad, el respeto de la integridad y la vida independiente, en el marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Para ello, se presenta una revisión sobre los modelos sociales de la discapacidad, que incluye tanto modelos de derechos humanos internacionales como jurídicos nacionales. Para cada estándar o derecho trastocado en la práctica psiquiátrica se hace un análisis con referencia en las principales observaciones generales y específicas a México emitidas por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas, con base en el estándar de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Asimismo, se presentan las principales conclusiones y recomendaciones.

1. Los modelos de la discapacidad

Para poder explicar estas controversias es necesario comprender el enfoque de la discapacidad en el marco de los instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos, tanto vinculantes como estándares técnicos. En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)² se establecen los siguientes conceptos: “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras debidas a la actitud y al entorno, que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”; contenido en el inciso e del Preámbulo. Y “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” en el Artículo 2.

En la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, a la *discapacidad* se le define como la consecuencia de la presencia de una *deficiencia o limitación* en una persona, que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. Mientras que a la *persona con discapacidad* se le define como aquella que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea temporal o permanentemente y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en igualdad de condiciones con los demás.³

Este enfoque social de la discapacidad no es un asunto menor, sino que responde a un largo camino recorrido sobre la idea que se tiene acerca de las personas con discapacidad. El modelo de la causalidad social de la discapacidad ha sido precedido por los modelos de prescindencia y el rehabilitador o médico,⁴ por lo que es importante comentar algunas de sus características:

- **Modelo de Prescindencia.** Considera que causas religiosas dan origen a la discapacidad y, en consecuencia, sentencia que las personas con discapacidad no tienen nada que aportar a la sociedad. La respuesta que encuentran las personas es la exclusión; en este paradigma la vida de una persona con discapacidad tiene un único sentido, que es la marginación y la pobreza.
- **Modelo Médico o Rehabilitador** (principios del siglo pasado). Bajo este paradigma se considera que la persona con discapacidad es un ser dependiente y menos valioso, que debe rehabilitarse para recuperar su digni-

dad, en donde a la discapacidad se le atribuyen causas científicas. Las respuestas sociales se basan en el paternalismo y la subestimación de las personas, y suele ser una práctica habitual la institucionalización de las personas.

- **Modelo Social** (a partir de los años 70 del siglo pasado). En este paradigma se considera que las causas de la discapacidad son primordialmente de tipo social. La principal premisa es que no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la sociedad para asegurar adecuadamente que las necesidades de todas las personas sean tenidas en cuenta dentro de la sociedad. En este modelo se insiste en que las personas con discapacidad pueden contribuir a las necesidades sociales en la misma medida que el resto de las personas, siempre que se eliminen los obstáculos construidos por la misma sociedad.

En la actualidad estos tres modelos coexisten de alguna manera, aunque se aprecia cierta transición del *modelo rehabilitador* hacia el *social* de la discapacidad. No obstante, aún puede persistir la invisibilidad de algunas personas con discapacidad a la hora de diseñar políticas, legislaciones o programas públicos, lo que puede significar su exclusión social, como puede ser la falta de reconocimiento de su capacidad jurídica en comparación de las demás personas sin discapacidad. Es indispensable que los ciudadanos considerados invisibles transiten a ciudadanos iguales y participativos.⁵ Hay cierto predominio del modelo médico cuando vemos que el problema de los trastornos mentales se aborda desde una perspectiva muy medicalizada y puede ocasionar, para algunos autores, una distorsión en el orden epistemológico, que convierte el *pathos* solo en patología, a la *persona* que sufre en un caso clínico y lo que debiera ser una *historia de vida* en una historia clínica.⁶

Puede destacarse que la CDPD es un tratado de Derechos Humanos inspirada en el modelo social de la discapacidad, ya que señala el vínculo entre las barreras sociales y la vulneración o limitación en el ejercicio de derechos. El valor de la vida de las personas con discapacidad debe ser protegida contra cualquier forma de discriminación, pues se vulnera su dignidad humana. Lo anterior es una posición vanguardista en cuanto a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, tanto la capacidad de derechos como de obrar. Plantea cambiar el modelo tradicional de la *sustitución en la toma de decisiones*, por el modelo de apoyo o *asistencia en la toma de decisiones* establece la obligación de la *educación inclusiva*, más no de la denominada *educación especial* y menos aún de la exclusión por cuestiones de discapacidad; apuesta a la inclusión laboral en el mercado de trabajo con base en el respeto a la diferencia y a la no discriminación, junto con la obligación de los

ajustes razonables, y no está a favor del trabajo protegido, entre otros.

La Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad en México guarda congruencia conceptual con los ajustes razonables, la no discriminación, la igualdad de oportunidades y de las personas con discapacidad.³ No obstante, plasma un modelo paternalista y asistencialista que vincula la discapacidad con problemas de salud y no impone obligaciones a agentes públicos y privados.

En un estudio sobre el análisis de la legislación de salud mental en México,⁷ que tuvo como objetivo el realizar un análisis exploratorio de los principales instrumentos legales del país con referencia a los estándares de la *Lista de Verificación sobre Salud Mental* de la OMS,⁸ los resultados mostraron la presencia de los estándares en las diversas disposiciones, mas no suponen el cumplimiento en sí mismos. Las principales conclusiones del estudio fueron: globalmente se cubren cerca del 46% de los estándares internacionales de Derechos Humanos, salud mental y discapacidad; la salud mental es considerada una prioridad y se reconoce a las personas con trastorno mental como grupo vulnerable, no obstante, persiste una gran brecha de atención y escasez de recursos, entre otras.

Con esto, se puede decir que la legislación en salud mental es muy importante porque establece el marco para proteger, promover y mejorar la vida y bienestar de los ciudadanos.

2. Posibles controversias sobre los estándares de salud mental y discapacidad

- **2.1. Derecho a la personalidad jurídica e igualdad.** Se considera que un punto de mayor controversia en la práctica médica de la salud mental y discapacidad es el relativo a las salvaguardas del modelo de *asistencia en la toma de decisiones*, en lugar del modelo de *sustitución de la toma de decisiones*, este último imperante tanto en el derecho internacional como nacional. De hecho, son estándares reconocidos que "*las preferencias de los usuarios tienen prioridad en todas las decisiones sobre sus planes de tratamiento y recuperación*" y "*la toma de decisiones con apoyo es el modelo predominante y se evita la toma de decisiones sustitutiva*".⁹

Es importante tomar en cuenta que el proceso de atención médica no está exento de riesgos, el médico tiene que cumplir con el deber de cuidado y fundamentalmente con las obligaciones de medios que dicta la *lex artis* médica o estado del arte médico.¹⁰ Por ello, el médico debe respetar

el principio de autonomía del paciente o derecho terapéutico. En el derecho sanitario mexicano se regula el consentimiento de la persona o su representante para ser sometido a ciertos procedimientos médicos, quirúrgicos y el propio internamiento hospitalario, en concordancia con el derecho civil. En los estándares internacionales la regla es el consentimiento informado de la persona, pero el consentimiento sustitutorio puede ser admitido solo por excepción cuando se establece falta de discernimiento de la persona, aunque puede constituir un tratamiento o ingreso involuntario y puede ser apelado por la persona. Actualmente, en México no se requiere consentimiento de la persona para un internamiento involuntario cuando la persona presenta incapacidad transitoria o permanente, y sea solicitado por un familiar, tutor o representante legal que en caso de urgencia solicite el servicio y siempre que exista la intervención de un médico calificado, que determine la existencia de un trastorno mental y que, debido a dicho trastorno, exista un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros.¹¹ Parecería una ironía que se establece en la legislación sanitaria el *internamiento voluntario* como último recurso terapéutico, pero de igual forma se abre la posibilidad del *internamiento involuntario* en caso de *peligro*.¹² Si bien esto pudiera aceptarse cuando un profesional de salud mental calificado y autorizado por la ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas,¹³ aun sin darle importancia a los deseos o preferencias del paciente previas al evento.

No obstante, en este modelo de consentimiento sustitutorio puede existir conflicto de intereses entre los del paciente y la familia, o quien lo ejerce, y probablemente en algunos casos se ha cometido abuso alegando la condición de la persona con algún trastorno mental. Por ejemplo, en México son involuntarios la mayoría de los internamientos en hospitales psiquiátricos, siendo el 67%¹⁴ casi siempre a petición de los familiares.

En la Observación General sobre el Artículo 12 de la CDPD,¹⁵ en el numeral 13, se establece que la capacidad jurídica y la capacidad mental son conceptos distintos, que en ocasiones son confundidos. El primero se refiere a la capacidad de ser titular de derechos y obligaciones y de su ejercicio; mientras que el segundo es la aptitud de una persona para adoptar decisiones que varían de persona a persona. Asimismo, los déficits en la capacidad mental no deben ser utilizados como justificación para negar la capacidad jurídica o de un modo discriminatorio. Esto sucede cuando se toman en cuenta criterios basados en la condición (diagnóstico de discapacidad), en los resultados (consecuencias negativas) o en la función (decisiones deficientes); que son considerados motivos legítimos para negarle a algún paciente la capacidad jurídica, en ocasiones sistemáticamente.

En este contexto, se ha recomendado a México¹⁶ *“que suspenda cualquier reforma legislativa que implique continuar con un sistema de sustitución de la voluntad y a tomar medidas para adoptar leyes y políticas por las que se reemplaza el régimen de sustitución en la adopción de decisiones por el apoyo en la toma de decisiones, que respete la autonomía y la voluntad de la persona, sin importar su nivel de discapacidad”*; además de *“asegurar el consentimiento informado para cualquier tratamiento médico por las personas con discapacidad —incluida la posibilidad de voluntad anticipada—, así como una adecuada provisión de servicios comunitarios de salud para personas con discapacidad basados en el derecho al consentimiento libre e informado”*.

Al respecto, cabe mencionar algunos antecedentes de la voluntad anticipada tales como: el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, del Consejo de Europa en 1996; la Asociación Mundial de Médicos emitió la Declaración sobre la Voluntad Anticipada *Testamentos Vitales* en enfermedad terminal, en Helsinki en 2003, la cual fue reafirmada en Indonesia en 2013,¹⁷ y la Declaración de Lisboa de la Asociación Mundial Médica sobre los Derechos del Paciente.¹⁸

Asimismo, el Gobierno de la Ciudad de México expidió la Ley de Voluntad Anticipada en 2008 y reformada en 2012, que tiene como objeto *“establecer las normas para regular el otorgamiento de la voluntad de una persona con capacidad de ejercicio, para que exprese su decisión de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona”*.¹⁹ A esta iniciativa le siguieron otras 13 entidades federativas del país.

Con estos antecedentes se supera el enfoque del modelo de sustitución de la toma de decisiones prevalente en los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, aun cuando en dicho instrumento se señala que *“todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos...”* Por lo que, cuando una persona carece de capacidad jurídica a consecuencia de una incapacidad, se designará a un representante personal solo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional, y en ese caso se adoptarán medidas, hasta donde sean necesarias y apropiadas a la condición de esa persona, para asegurar la protección de sus intereses.¹³

En la Declaración de Madrid²⁰ se establece como direc-

triz que el psiquiatra debe proporcionar el mejor tratamiento posible, en concordancia con los conocimientos científicos y con los principios éticos, asimismo se deben seleccionar intervenciones mínimamente restrictivas para la libertad de la persona (Directriz 1).

En México, la Suprema Corte de Justicia, en varios casos, ha establecido que la *"Interdicción: es la restricción desproporcional a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad"*, porque la interdicción no es acorde con la CDPD, y tampoco lo es con el derecho a una vida independiente y a ser incluido en la comunidad, pues se trata de un modelo que sustituye en su totalidad la voluntad de las personas, en lugar de atender a la mejor interpretación posible de su voluntad y sus preferencias.²¹

Indiscutiblemente, la persona puede aceptar o rechazar libremente la atención médica, no obstante, será necesario hacer los ajustes normativos de la práctica médica para cambiar el paradigma del modelo tradicional de la *sustitución en la toma de decisiones*, por el modelo de *apoyo o asistencia en la toma de decisiones y en la voluntad o instrucciones anticipadas*.

- **2.2. Derecho a la libertad y seguridad.** Puede resultar controversial el caso de las personas internadas involuntariamente en hospitales psiquiátricos, más para resolver un problema social o familiar que un problema médico de urgencia, lo cual suele ser una práctica habitual bajo el argumento de que pueden agredir al cuidador y a otras personas, aunque en ocasiones llegan a ser sujetos de abandono, como los denominados institucionalizados. Ocasionalmente suele ser por instrucciones de una autoridad judicial que ordena el internamiento obligatorio o hasta que la persona se *cure*; o también puede ser una práctica común de autoridades policiales en algunos poblados, a fin de sacar de las calles a las personas sin hogar o indigentes (*homeless*), que suelen ser etiquetados comúnmente como *locos y peligrosos*, que son términos erróneos e inaceptables.

El numeral 36 de la Observación General sobre el Artículo 12 de la CDPD¹⁵ sentencia que el respeto del derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con los demás incluye el respeto de su derecho a la libertad y a la seguridad de la persona, y al derecho a gozar del más alto nivel posible de salud (artículos 12, 14 y 25). No obstante, no hacerlo representa una negación de estos derechos de las personas cuando se priva de la libertad en instituciones contra su voluntad o solo con el consentimiento sustituto. Asimismo, en el numeral 37, se señala que se tiene la obligación de exigir a los profesionales de la salud y medicina que obtengan el consentimiento informado de las personas con discapacidad antes

de cualquier tratamiento y a no permitir el consentimiento sustitutorio.

En la Declaración de Madrid, la directriz 4 establece que cuando el paciente esté incapacitado, o no pueda ejercer un juicio adecuado a causa de un trastorno mental, el psiquiatra deberá consultar con su familia y, si fuera necesario, buscar consejo jurídico, con el objeto de salvaguardar la dignidad humana y los derechos legales del paciente; sin embargo, advierte que no se debe llevar a cabo ningún tratamiento en contra de la voluntad de la persona, salvo que el no hacerlo ponga en peligro la vida o la integridad de terceros. Esta directriz destaca el término de *peligro*, que estigmatiza y deja de lado el respeto a la autonomía de los artículos 12, 14 y 15 de la CDPD.

En la Ley General de Salud mexicana existe la posibilidad del internamiento involuntario en instituciones psiquiátricas como parte del tratamiento, esto podría significar la privación de la libertad de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial fundamentada en su condición de discapacidad y por urgencia (Artículo 74 Bis, Fracción III; Artículo 75).

Al respecto, en las observaciones finales sobre el informe inicial de México,¹⁶ en los numerales 29 y 30, se determina que es preocupante que la legislación mexicana autorice la privación de la libertad de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial por motivo de su discapacidad, y por ello sea dispuesto su internamiento en hospitales psiquiátricos; por lo que se exhorta a eliminar las medidas de seguridad que implican el tratamiento obligatorio o forzoso y a promover alternativas respetuosas en los términos de los artículos 14 y 19 de la CDPD. En la lista de cuestiones relativa a los informes periódicos segundo y tercero de México se solicita información sobre las medidas adoptadas para suprimir el internamiento no voluntario de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, la estrategia nacional de desinstitucionalización para las personas con discapacidad internados en hospitales psiquiátricos y las medidas para impedir el internamiento indefinido de estas personas.

- **2.3. Respeto de la integridad personal y protección contra la tortura, la violencia, la explotación y el abuso.** En la práctica de la Psiquiatría puede ser muy controversial la aplicación de medidas de coerción física y de aislamiento como medidas de contención en medicina, que suelen ser prácticas comunes en la clínica ante estados de agitación psicomotriz o conductas disruptivas por causas orgánicas o psíquicas.

Sin embargo, en la práctica médica son medidas comunes y extraordinarias en casos de medicina crítica y de urgencias, de acuerdo con la medicina basada en evidencias

y reguladas por la autoridad sanitaria. Estas medidas solo deben recomendarse si se ajustan a un protocolo específico con claras indicaciones para fines terapéuticos o seguridad del paciente, con el consentimiento informado, los procedimientos y las contraindicaciones, siempre y cuando no exista otra alternativa terapéutica de similar eficacia.^{13,22,23} Una clara contraindicación, tanto clínica como ética, es la aplicación de estas medidas como castigo por una transgresión, una conducta molesta, o rechazo al tratamiento.

En el numeral 38 de la Observación General sobre el Artículo 12 de la CDPD, se plantea que el tratamiento obligatorio por parte de profesionales de la Psiquiatría y otros profesionales de la salud y la medicina es una violación del derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley, además de una infracción del derecho a la integridad personal (artículo 17), al derecho a la protección contra la tortura (artículo 15), al derecho a la capacidad jurídica (artículo 12) y al derecho a la protección contra la violencia, la explotación y el abuso (artículo 16).

Se ha documentado, por parte de observadores externos de derechos humanos, que en algunos hospitales psiquiátricos se llevan a cabo prácticas como el uso de cuartos de aislamiento o la sujeción física prolongada tanto para menores de edad como para adultos con discapacidad.¹⁷

Por consiguiente, en el numeral 31 de las observaciones finales sobre el informe inicial de México, se considera alarmante que se den actos de violaciones de derechos humanos como la coerción física y el aislamiento de personas internadas en hospitales psiquiátricos, que incluso pueden constituirse como actos de tortura. Asimismo, en el numeral 32, urge al país a iniciar procesos de investigación administrativa y penal, con el objeto de sancionar las prácticas violatorias de los derechos de personas con discapacidad que estén *institucionalizadas*, y a que se ponga fin al uso de medidas de coerción física y aislamiento. En la lista de cuestiones relativa a los informes periódicos segundo y tercero combinados de México,¹⁸ se insta al país a facilitar información sobre las medidas adoptadas sobre las observaciones presentadas en el primer informe.

En el Código Penal se prevé el deber de cuidado del inculpado que le es exigible por las circunstancias y condiciones personales que la profesión que desempeñe le impongan; asimismo, son causas de exclusión de culpa el actuar frente al estado de necesidad de salvaguardar un bien jurídico (como la vida o la salud), siempre que no sea evitable por otros medios, o cuando la acción o la omisión se realicen en cumplimiento de un deber jurídico o en ejercicio de un derecho, como el deber de cuidado.²⁴

No obstante, las medidas de contención deben guiarse

por la *lex artis*, cuando se hayan agotado las alternativas verbales, relacionales o farmacológicas;²⁵ puede ser una práctica común injustificada cuando se aplica por largos periodos sustentada por un falso deber de cuidado o por grandes cargas de trabajo debido a falta de personal de enfermería. En algunos estudios se ha demostrado que este tipo de sujeciones son un factor predisponente de mayor agitación y riesgo de delirio, por lo que son cuestionables sus beneficios.²⁶

Si bien son comunes la agitación psicomotriz y las conductas disruptivas en la práctica de urgencias en Psiquiatría, que suelen poner en riesgo a la persona y a su entorno, es indispensable capacitar al personal y aplicar técnicas de desescalamiento verbal estandarizadas como las del proyecto BETA de la Asociación Americana para Emergencias Psiquiátricas.²⁷

- **2.4. Derecho a la vida independiente.** Otro aspecto controversial en la realidad nacional es que las personas con discapacidad sean segregadas en una institución, a veces de por vida, por decisión de un familiar o porque un juez haya conferido la capacidad jurídica de la persona con algún trastorno mental a un directivo de la institución de salud. En este último caso, ese directivo es juez y parte ante el proceso terapéutico de una persona. Es necesario que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de vivir de forma independiente dentro de la comunidad y tener control de su vida cotidiana, como lo señala el Artículo 19 de la CDPD.

En la evaluación de la salud mental en México, se observa que un 31% de las personas internadas en hospitales psiquiátricos tiene una estancia de más de 10 años (1270 de 3922 personas internadas).¹⁴ En el numeral 43 de las observaciones finales sobre el informe inicial de México de la CDPD, se plantea la preocupación por la falta de una estrategia específica y efectiva para desinstitucionalizar a las personas con discapacidad.¹⁶ La institucionalización o abandono de personas en una institución psiquiátrica suele ser una situación compleja.

No hay principio de la ética y deontología médica que sustente la institucionalización de las personas por su condición trastorno mental o de discapacidad.

Conclusiones

Los aspectos tratados en este artículo sobre personalidad jurídica e igualdad, libertad y seguridad, respeto de la integridad y vida independiente se consideran como los más representativos y controversiales en el proceso de atención de las personas con trastornos mentales y discapacidad. Esto en el marco de la Convención sobre los Derechos de las Perso-

nas con Discapacidad y de las observaciones y recomendaciones del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas, así como vistas a través de los paradigmas de la causalidad de la discapacidad, las principales conclusiones son:

La visión social sobre la relación de causa tanto de los trastornos mentales como de la discapacidad psicosocial y el efecto o respuesta social de cómo deberían ser abordados, determina la coexistencia de los tres modelos de causalidad (prescindencia, médico o rehabilitador y social) con predominio del modelo médico, porque se piensa que es factible normalizar a las personas con trastornos mentales y discapacidad psicosocial, incentivado por la Ley General de Salud, en la que fundamentalmente prevalece el modelo de sustitución de toma de decisión en el consentimiento informado, que no reconoce plenamente las preferencias de las personas, y se justifica indebidamente no reconocer la capacidad jurídica de las personas por su condición de discapacidad, los resultados como consecuencias negativas y en la función de decisiones aparentemente deficientes.

Esta visión se considera el núcleo del estigma y discriminación, y es la fuente principal para negar los derechos de personalidad jurídica e igualdad, el derecho a la libertad y seguridad de la persona, el respeto a la integridad personal y protección contra la tortura, la violencia, la explotación y el abuso, así como el derecho a una vida independiente. Para ello, se recomienda:

Es indispensable la alineación de las disposiciones legales en materia de salud y discapacidad a los estándares internacionales en la materia y el cumplimiento al marco de los derechos humanos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Reformar la Ley General de Salud en salud mental como materia de salubridad general, a fin de cambiar el actual paradigma de atención asilar con eje en el hospital psiquiátrico, para transitar hacia el paradigma de la atención comunitaria de la salud mental, con enfoque en la Atención Primaria de la Salud y con plena integración en los servicios del Sistema Nacional de Salud.

Prohibir la institucionalización de las personas con trastornos mentales y discapacidad, para garantizar el derecho a la libertad y vida independiente. También, la prohibición de las medidas de coerción y aislamiento como medidas de contención, ya que propician supuestos actos de tortura, violencia y abuso de las personas con discapacidad psicosocial. En su lugar, se debe capacitar al personal e incentivar técnicas de desescalamiento verbal estandarizadas.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. La discapacidad en México, datos al 2014 [Internet]. 2017 [citado 2022 ago 24]. 1–365 p. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825094409>
2. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf>
3. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2022;30. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5191516&fecha=30/05/2011
4. Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Internet]. 2008. 524 p. Disponible en: <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>
5. Victoria Maldonado JA. El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. Revista de Derecho de la UNED (RDUNED) [Internet]. 2013 ene 1;(12):1093–109. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RDUNED/article/view/11716>
6. García J. Medios para avanzar en la Organización y Desarrollo de los Servicios de Salud Mental. En: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Consejería de Sanidad, Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo, editores. La atención a la salud mental en España Estrategias y compromiso social [Internet]. AGSM; 2005. p. 245. Disponible en: https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf
7. Sotelo-Monroy G, Cavazos-Olivo MJ, Sauer-Vera T, de la Rosa-Donlucas F. Analysis of the Mental Health Legislation in Mexico. Int J Ment Health [Internet]. 2014 oct 2;43(4):1–19. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00207411.2015.1009302>
8. Organización Mundial de La Salud. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental: Derechos Humanos y Legislación [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2006. 220 p. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf
9. Organización Mundial de la Salud. Instrumento de calidad y derechos de la OMS [Internet]. Escuela de Salud Pública Universidad de Chile, editor. Organización Mundial de la Salud; 2012. 102 p. Disponible en: http://www.who.int/topics/human_rights/Instrument_derechos_OMS_spa.pdf

10. Fernández-Varela Mejía H, Sotelo Monroy GE. El deber del cuidado médico en México. *Revista de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2019 may 10;62(3):40–9. Disponible en: http://revistafacmed.com/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=1160:el-deber-de-cuidado-del-mdico-en-mxico&Itemid=1
11. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación* [Internet]. 2022;1–342. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
12. Organización de las Naciones Unidas/Consejo Económico y Social. Principios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [Internet]. Ginebra; 1984. Disponible en: <https://www.civilisac.org/civilis/wp-content/uploads/principios-de-siracusa-1.pdf>
13. Organización de las Naciones Unidas. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental [Internet]. Ginebra; 1991. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos Humanos/OTROS 14.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Secretaría de Salud de México. IESM-OMS Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
15. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Observación general No 1 [Internet]. Ginebra; 2014. Disponible en: <http://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2019/01/Observación-1-Artículo-12-Capacidad-jurídica.pdf>
16. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial de México [Internet]. 2014 [citado 2022 ago 24]. Disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhskE4iNFvKWCCGr4TiTUdbhp1hRBVKZKZHILwRNI RdjmM5HXIP6Xo1vliPxOztb9bY%2FK7hzStk5pSRirgwiBOSZO3Djb2Fe2nSSnNQMYdzwpp>
17. Ahern L, Brizuela L, Millán I, Rodríguez P, Rosenthal E. Crímenes de Lesa Humanidad Décadas de Violencia y Abuso en las Instituciones para Niñas, Niños, Adolescentes y Adultos con Discapacidad [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Mexico-2020-ES-web.pdf>
18. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España [Internet]. 2019 [citado 2022 ago 24]. Disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhslxq2MulDp%2FqMKQ6SGOn0%2FM2iqPHauvLINGLuCsnFfZ4vRELH5%2FNh4FYriSa2QosgWlombNlf3lidy8dmP2sajaD4jyCm5OYfQAamFv1l%2F5o>
19. Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal. *Gaceta Oficial del Distrito Federal* [Internet]. 2008;12. Disponible en: <http://www.aldf.gob.mx/archivo-edfcbf4442b58c1cf761114a6a224fb1.pdf>
20. Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaración de Madrid [Internet]. 1996. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governancelink/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625
21. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Interdicción: Restricción Desproporcional a la Capacidad Jurídica de las Personas con Discapacidad [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/resumen/2020-12/ResumenAR1317-2017 DGDH.pdf>
22. Council of Europe, Committee of Ministers. Recomendación CM/Rec (2009)3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales. [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.coe.int/cm>
23. Santander F, Hernanz M. Conflictos y dilemas éticos en la atención psiquiátrica. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* [Internet]. 2001;1(2):122–39. Disponible en: <https://aen.es/wp-content/uploads/docs/Cuadernos1.2.pdf>
24. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Código Penal Federal. *Diario Oficial de la Federación* [Internet]. 2021;332. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Codigo_Penal_Federal.pdf
25. Acevedo-Nuevo M, Via-Clavero G. La reducción del uso de contenciones mecánicas, una asignatura pendiente y emergente en las UCI. *Med Intensiva* [Internet]. 2019 jun;43(5):299–301. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210569118302663>
26. Mehta S, Cook D, Devlin JW, Skrobik Y, Meade M, Fergusson D, et al. Prevalence, Risk Factors, and Outcomes of Delirium in Mechanically Ventilated Adults. *Crit Care Med* [Internet]. 2015 mar;43(3):557–66. Disponible en: <http://journals.lww.com/00003246-201503000-00007>
27. Richmond J, Berlin J, Fishkind A, Holloman G, Zeller S, Wilson M, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2012 feb 1;13(1):17–25. Disponible en: <http://www.escholarship.org/uc/item/55g994m6>