



Expediente CDHDF/IV/122/COY/09/D7280

Investigación de oficio

Personas agraviadas

Personas usuarias de los Centros de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal “Cuemanco” y “La Cascada”.

Autoridades responsables

Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal
Secretaría de Salud y Dirección General de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Caso: Falta de atención médica especializada, integral, adecuada, oportuna y puntual, en un ambiente digno, a personas con discapacidad mental y/o psicosocial usuarias de los Centros de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal.

Derechos humanos violados

- I. Derecho a la salud
- II. Derecho a una vida digna, nivel de vida adecuado y tratos crueles, inhumanos y degradantes
- III. Vivir en comunidad, sin discriminación

Proemio y autoridades responsables

En la Ciudad de México, Distrito Federal, a los 20 días de marzo de 2012, una vez concluida la investigación de los hechos que motivaron el expediente de queja citado al rubro, la Cuarta Visitaduría General de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (en adelante, CDHDF) elaboró el proyecto de Recomendación que fue aprobado por el suscrito, con fundamento en los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (en adelante, CPEUM) 2, 5, 6, 17 fracciones II y IV, 22 fracción IX y XVI, 24 fracción IV, 46, 47, 48 y 52 de la Ley de esta Comisión y 136 al 142 de su Reglamento Interno, y que constituye la Recomendación **2/2012** dirigida a las siguientes autoridades:

Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal

Lic. Jesús Valdés Peña, Secretario de Desarrollo Social del Distrito Federal, con fundamento en los artículos 28, fracciones VI, IX y X, de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal; artículos 9, 10, 12, fracciones III y IV, de la Ley de Asistencia e Integración Social para el Distrito Federal; y 8, fracción VIII, 9, fracciones IV, V y VII del Reglamento de la Ley para las Personas con Discapacidad del Distrito Federal.



Secretario de Salud y Director de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Dr. Armando Ahued Ortega, Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, en atención a las obligaciones derivadas del artículo 29, fracciones I, III, VIII, IX, XII y XIX de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal; artículo 17, fracción I, inciso h), de la Ley de Salud del Distrito Federal; 8, Fracciones I y II de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal; 16, fracciones II y V del Reglamento de la Ley para las Personas con Discapacidad del Distrito Federal; y 1, 2, 3, 4, 14 fracciones I, II y 15 fracción III del Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, publicado el 31 de octubre de 2007 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

Confidencialidad de datos personales de las personas agraviadas

De conformidad con los artículos 37, fracción II, 38, fracción I de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal; 5 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal, y atendiendo a la naturaleza del tema que trata esta Recomendación, prevalecerá el principio de máxima confidencialidad, previsto en el artículo 5 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, por lo que se omite mencionar los nombres de las personas agraviadas.

Desarrollo de la Recomendación

En cumplimiento con lo establecido en el artículo 139 del Reglamento Interno de la CDHDF, se procede al desarrollo de cada uno de los rubros que constituyen la presente Recomendación:

I. Relatoría de hechos

El 8 de noviembre de 2009, la revista "Proceso" publicó el reportaje titulado "Melodía del Abandono" que informaba sustancialmente que las personas con discapacidad mental o psicosocial que residen en el Centro de Asistencia e Integración Social (en adelante, C.A.I.S.) "Cuemanco" del Instituto de Asistencia e Integración Social (en adelante, I.A.S.I.S.) carecen de atención psiquiátrica especializada, de medicamentos y de condiciones mínimas de salubridad e higiene. El 18 de noviembre de 2009, la CDHDF inició de oficio una investigación relacionada con el tema y abrió el expediente de queja CDHDF/IV/122/COY/09/D7280. A partir de la investigación de oficio llevada a cabo, la CDHDF desprende los siguientes hechos:

1. Los Centros de Asistencia e Integración Social "Cuemanco" y "La Cascada" adscritos al Instituto de Asistencia e Integración Social de la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal son los encargados de atender integralmente a las personas con discapacidad intelectual o psicosocial y que se encuentran en situación de abandono social.
2. El C.A.I.S "La Cascada" atiende a mujeres mayores de 18 años con trastornos mentales (esquizofrenia en todas sus variantes, retraso mental leve y severo, trastornos orgánicos cerebrales derivados del uso de alcohol y/o sustancias psicotrópicas y patologías mentales derivadas de edad avanzada) y en situación de abandono. Tiene una capacidad para alojar 400 personas a las que proporciona servicios de alojamiento, alimentos, vestido, calzado, atención



médica, psicológica, medicamentosa y odontológica y a las adultas mayores se les proporciona terapias de gericultura.

3. El C.A.I.S “Cuemanco” atiende a hombres mayores de 18 años con trastornos mentales (esquizofrenia en todas sus variantes, retraso mental severo y trastorno del comportamiento) y en situación de abandono. Tiene una capacidad para alojar 336 personas a las que proporciona servicios de alojamiento, alimentos, vestido, calzado, atención médica, psicológica, odontológica y medicamentosa. No hay un tiempo promedio de estancia de los usuarios. Este centro se considera de puertas abiertas, lo que significa que las personas pueden entrar y salir si cumplen con ciertos requisitos.
4. El ingreso de las personas a estos centros se realiza por dos vías: mediante el Programa de Atención Social Emergente (PASE) o bien, a través del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, desde el cual son canalizadas a los C.A.I.S., previo diagnóstico.
5. Las personas que residen en dichos Centros no gozan de una atención especializada, oportuna ni adecuada de salud, viven en condiciones insalubres y las posibilidades de reinserción social que los C.A.I.S “Cuemanco” y “La Cascada” brindan a las personas usuarias son prácticamente nulas y discriminatorias.

II. Competencia de la CDHDF para la investigación de los hechos

Los mecanismos ombudsman como esta Comisión son garantías cuasi jurisdiccionales. Su competencia está determinada en el artículo 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Así, este organismo público forma parte del conjunto institucional del Estado mexicano de promoción y protección de los derechos humanos de los habitantes de esta ciudad. Por lo anterior, le corresponde establecer la responsabilidad de las autoridades del Distrito Federal por la violación de los derechos humanos, a través de su procedimiento, Asimismo, le corresponde interpretar los alcances y límites de sus propias facultades conforme al principio de *la competencia de la competencia*¹. En consecuencia, la validez de la competencia de la CDHDF no está sujeta a la disposición ni interpretación de los entes públicos, cuya conducta se encuentra bajo examen por esta Comisión.

Por lo que con fundamento en el apartado B del artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los artículos 2, 3 y 17 fracción II de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal²; en el artículo 11 de su Reglamento Interno³; así como en la

¹ Este principio ha sido invocado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos a lo largo de su jurisprudencia y consiste en considerar que el Tribunal tiene el poder inherente de determinar el alcance de su propia competencia. Cfr. CortelDH. *Caso Hilaire vs. Trinidad y Tobago*. Excepciones Preliminares. Sentencia del 1 de septiembre de 2001. Serie C, No. 80, párrafo 78 y *Caso Hermanas Serrano Cruz vs. El Salvador*. Excepciones Preliminares. Sentencia de 23 de noviembre de 2004. Serie C, No. 118, párrafo 3.

² El artículo 2 establece como objeto de la CDHDF, la protección, defensa, vigilancia, promoción, estudio, educación y difusión de los derechos humanos, establecidos en el orden jurídico mexicano y en los instrumentos internacionales de derechos humanos, así como el combate a toda forma de discriminación y exclusión, consecuencia de un acto de autoridad a cualquier persona o grupo social. El artículo 3 dispone que el organismo será “competente para conocer de quejas y denuncias por presuntas violaciones a los derechos humanos, cuando éstas fueren imputadas a cualquier autoridad o servidor público que desempeñe un empleo, cargo o comisión local en el Distrito Federal o en los órganos de procuración o de impartición de justicia cuya competencia se circunscriba al Distrito Federal.”

³ De acuerdo con el cual: “[l]a Comisión conocerá de actos u omisiones de naturaleza administrativa que constituyan presuntas violaciones a derechos humanos, provenientes de cualquier autoridad o servidor (a) público (a) [del Distrito Federal]”.



resolución A/RES/48/134 de 20 de diciembre de 1993, de los denominados *Principios de París*⁴, este Organismo tiene competencia:

En razón de la materia *–ratione materiae–*, ya que esta Comisión presumió violaciones a los derechos de las personas con trastornos mentales o discapacidad mental o psicosocial que viven en los C.A.I.S. “Cuemanco” y “La Cascada”

En razón de la persona *–ratione personae–*, la violación a los derechos humanos de los agraviados fue atribuida a servidores públicos del Distrito Federal adscritos a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y de la Dirección General del I.A.S.I.S.

En razón del lugar *–ratione loci–*, porque los hechos ocurren en el territorio del Distrito Federal.

En razón de tiempo *–ratione temporis–*, en virtud de que los hechos presuntamente violatorios de derechos humanos materia de esta investigación continúan a la fecha y se dieron a conocer en 2009, fecha en la que esta CDHDF ya tenía competencia para iniciar la investigación que concluye con la presente Recomendación.

III. Procedimiento de investigación

Una vez analizados los hechos y establecida la competencia de este organismo público para tomar conocimiento de los mismos, se iniciaron los procedimientos de investigación, planteándose las siguientes hipótesis de trabajo:

- a) Las personas con discapacidad intelectual o psicosocial que residen en los C.A.I.S “Cuemanco” y “La Cascada” no gozan de una atención especializada, oportuna, ni adecuada de salud que contribuya a su rehabilitación.
- b) Las condiciones de insalubridad en las que viven las personas con discapacidad intelectual o psicosocial que residen en los C.A.I.S “Cuemanco” y “La Cascada” son contrarias a la dignidad de las personas, a un nivel de vida adecuado y constituyen tratos crueles, inhumanos y degradantes.
- c) Las condiciones en las que viven las personas con discapacidad intelectual o psicosocial que residen en los C.A.I.S “Cuemanco” y “La Cascada” imposibilitan su reinserción social y la vida en comunidad.
- d) No existe una política pública en el Distrito Federal que se ajuste a los estándares internacionales para garantizar una atención adecuada que garantice la rehabilitación y reinserción social de las personas con discapacidad intelectual o psicosocial en situación de abandono social.

⁴ Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos (*Principios de París*), que establece como responsabilidad de los organismos nacionales de protección de derechos humanos la promoción y defensa de los derechos de las personas de acuerdo con el derecho internacional de la materia (Apartado A, punto 3, inciso b).



Para documentar dichas hipótesis se solicitaron informes a la Dirección General del Instituto de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal, a la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), a Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y a la Secretaría de Salud Federal; se revisaron documentos oficiales, incluyendo los expedientes de la población usuaria de los centros “La Cascada” y “Cuemanco”; se realizaron visitas de observación a los C.A.I.S. “Cuemanco” y “La Cascada”, donde además se recabaron testimonios del personal y personas usuarias adscritas a dichos centros.

IV. Evidencias

Durante el proceso de investigación, esta Comisión recabó la evidencia que da sustento a la presente Recomendación y que se encuentra detallada en los Anexos 1, A, B, C, D y E que forman parte integrante de la misma.

V. Derechos violados

Conforme al artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos las personas gozan de los derechos humanos y garantías reconocidos en la propia Constitución y en los tratados internacionales de los que México forma parte. En ese sentido, las normas relativas a los derechos humanos y sus garantías deben interpretarse de conformidad con la Constitución y con los tratados internacionales en la materia, favoreciendo en todo tiempo a las personas con la protección más amplia, esto es, observando en todo momento el principio *pro persona*⁵.

De igual forma, el artículo 1° expresamente establece las obligaciones de todas las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado debe prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Es así como, las disposiciones de derechos humanos establecidas en tratados internacionales y la interpretación que de las mismas formulan los órganos internacionales autorizados para ello son de aplicación directa por parte de las autoridades nacionales, a nivel federal y local, sin necesidad de una ley que reconozca su vigencia y aplicabilidad.

De ahí que el Derecho Internacional de los Derechos Humanos sea fundamental para la interpretación de todos los derechos que esta Comisión ha determinado como violados en la presente Recomendación.

⁵ El principio *pro persona* se define como “un criterio hermenéutico que informa todo el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, en virtud del cual se debe acudir a la norma más amplia, o a la interpretación más extensiva, cuando se trata de reconocer derechos protegidos, e inversamente, a la norma o a la interpretación más restringida cuando se trata de establecer restricciones permanentes al ejercicio de los derechos o su suspensión extraordinaria” en; Conf. Pinto, Mónica: “El principio *pro homine*. Criterios de hermenéutica y pautas para la regulación de los derechos humanos”; en: “La aplicación de los tratados de derechos humanos por los tribunales locales”; pág. 163; Centro de Estudios Legales y Sociales, CELS, Buenos Aires, Argentina, Editorial Del Puerto, 1997, citado por: Salvioli, Fabián, “Un análisis desde el principio *pro persona*, sobre el valor jurídico de las decisiones de la Comisión Interamericana de derechos humanos”; en “En defensa de la Constitución: libro homenaje a Germán Bidart Campos”, pp. 143 – 155; ed. Ediar, Buenos Aires, Argentina, 2003.



V.1 Derecho a la salud de las personas con discapacidad⁶ mental

La salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y a su vez depende de esos derechos⁷. En ese sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que el “derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano” e impone la obligación a cargo de los Estados de “generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible.”⁸

Este derecho está reconocido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁹ (en adelante, PIDESC), en el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos (Protocolo de San Salvador)¹⁰ y en el artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre¹¹, el cual señala que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, incluyendo la asistencia médica.

El artículo 12 del PIDESC establece las medidas que deben adoptar los Estados a fin de asegurar la plena realización de ese derecho, estas medidas, entre otras, incluyen la creación de condiciones que aseguren a todas las personas la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. En el mismo sentido el artículo 10 del Protocolo de San Salvador, en sus numerales 1 y 2 señala lo siguiente:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a. **la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;**
 - b. **la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;**
 - c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;

⁶ Para efectos de esta Recomendación, esta Comisión entiende por el término discapacidad “una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”, tal y como lo establece el artículo 1 de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

⁷ Comité DESC, Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del PIDESC). E/C.12/2000/4.22° período de sesiones. Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000, para 1.

⁸ Organización Mundial de la Salud, *El derecho a la salud*, Nota descriptiva N°323, Agosto de 2007, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>

⁹ Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales fue suscrito por México el 18 de diciembre de 1980 y ratificado el 23 de marzo de 1981

¹⁰ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador". Adoptado en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988 fue ratificado por México el 16 de Abril de 1996.

¹¹ Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana Bogotá, Colombia, 1948.



- d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f. **la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.**
(Negrillas fuera de texto)

Ni esos tratados ni la Declaración se refieren expresamente a las personas con discapacidad¹², sin embargo ese mismo Comité recordó mediante su Observación General No. 5 que las personas con discapacidad son titulares de toda la gama de derechos reconocidos en el PIDESC. En concordancia con lo anterior, el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)¹³, reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad, e impone una serie de obligaciones a los Estados, entre las cuales se encuentran:

- a) Proporcionar a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionar los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- d) Exigir a las personas de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas [...], entre otras formas, mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad [...].

En el entendido de que **el derecho a la salud** no se reduce a estar sano, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha manifestado que este derecho, cuando se trata de personas con discapacidad mental, también **implica el disponer de establecimientos, bienes y servicios y unas condiciones propicias para el disfrute del más alto grado posible de salud física y mental**. En ese sentido, los Estados deben asegurar la disponibilidad de establecimientos, bienes, servicios y condiciones adecuadas para las personas con discapacidad mental de forma que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud¹⁴. Las instalaciones cobran especial relevancia cuando se tiene presente que las personas que tienen alguna discapacidad mental, figuran entre las más desatendidas, convirtiéndolas en las

¹² El artículo 1 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad señala que “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”.

¹³ La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad fue suscrita por México el 30 de marzo de 2007 y Ratificada el 17 de diciembre de 2007.

¹⁴ Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Sr. Paul Hunt, 14 de febrero de 2005 E/CN.4/2005/51, párr. 32.



más invisibles de la comunidad¹⁵. En ese supuesto, el mismo Relator Especial manifestó en su informe del año 2005 que:

[D]onde se dispone de servicios de atención y apoyo a la salud mental, los usuarios se hallan expuestos **a la violación de sus derechos humanos en esos entornos**. Ello es particularmente cierto en los sistemas de prestación de servicios en régimen de segregación y en instituciones residenciales tales como hospitales psiquiátricos, establecimientos para personas con discapacidad intelectual, residencias de ancianos, servicios de asistencia social, orfanatos y cárceles.

El Relator Especial ha recibido numerosos testimonios sobre el internamiento inapropiado y a largo plazo de personas con discapacidad mental en hospitales psiquiátricos y otros establecimientos donde han sido víctimas de violaciones de derechos humanos, entre ellas: [...] encadenamiento a la cama sin limpiar durante largos periodos y [...] **saneamiento totalmente inadecuado; y privación de alimentos** [...]¹⁶ (negrillas fuera de texto)

En concordancia con lo anterior, y desde el año 1991, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas aprobó el *Conjunto de Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*¹⁷ (en adelante el Conjunto de Principios para la Protección de los Enfermos Mentales) mediante el cual se reconocieron los siguientes derechos relacionados con la salud de las personas con discapacidad mental:

- Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social¹⁸;
- Todo paciente¹⁹ tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos²⁰;
- Todo paciente tendrá 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 a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros²¹.
- El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado²².
- La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los

¹⁵ *Ibid.*, párr. 7.

¹⁶ *Ibid.*, párr. 8 y 9.

¹⁷ Naciones Unidas, Asamblea General, Cuadragésimo periodo de sesiones, 17 de diciembre de 1991 46/119.

¹⁸ Principio 1.

¹⁹ Según el mismo Conjunto de Principios por paciente "se entenderá la persona que recibe atención psiquiátrica; se refiere a toda persona que ingresa a una institución psiquiátrica".

²⁰ Principio 8.

²¹ Principio 9.

²² *Ibid.*



médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricos²³.

- El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal²⁴.

Todo lo manifestado hasta este punto permite afirmar que el derecho de las personas con discapacidad mental a gozar del más alto nivel posible de salud, implica varias acciones concatenadas entre sí, las cuales incluyen un diagnóstico adecuado, oportuno, actualizado periódicamente, el tratamiento correspondiente a ese diagnóstico y prestar los servicios en instalaciones adecuadas que cumplan con niveles óptimos de saneamiento. Respecto de lo anterior, es necesario resaltar que cuando la CDPD reconoce el derecho de las personas con discapacidad al nivel más alto de salud, menciona de manera expresa que éste debe ser sin discriminación por motivos de discapacidad. Este último punto se desarrollará en un apartado posterior.

Aunado al reconocimiento internacional del derecho a la salud, a nivel nacional el derecho a la salud está reconocido en el artículo 4 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (en adelante Constitución Política o CPEUM), los artículos 1 y 2 de la Ley General de Salud y, en lo que tiene que ver con la salud mental, en el artículo 2 de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal²⁵ (en adelante Ley de Salud Mental).

Según el artículo 4 de la CPEUM *“toda persona tiene derecho a la protección de la salud”*. Esta disposición ha sido interpretada por la Primera Sala del más Alto Tribunal de la Nación estableciendo que *“el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”*²⁶. Sobre esta base, el artículo 2 de la Ley de Salud Mental define ésta como *“el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad.”* La misma Ley de Salud Mental señala que:

Toda persona que habite o transite en el Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición social, condiciones de salud, religión, identidad étnica, orientación sexual o cualquiera otro, tienen derecho a la salud mental.

El Gobierno, las dependencias e instituciones públicas, sociales y privadas, en el ámbito de sus respectivas competencias, tienen la obligación de garantizar el cumplimiento de este derecho, mediante una política transversal, con respeto a los derechos humanos y con un enfoque de género²⁷.

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Ley de Salud Mental del Distrito Federal. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 23 de febrero de 2011. Vigente desde el 25 de abril del 2011

²⁶ Novena Época, Primera Sala, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta XXVIII, julio de 2008, p. 457, Tesis Aislada 1a. LXV/2008, Registro No. 169316.

²⁷ Artículo 3 de la Ley de Salud Mental.



Bajo este reconocimiento expreso del derecho a la salud mental que gozan todas las personas, la ley reconoce que los tipos de atención en salud mental que proporcione la Secretaría de Salud del Distrito Federal buscarán dar prioridad a varios grupos de población en situación de vulnerabilidad, como son adultos mayores, hombres con afecciones mentales y personas en situación de calle, de emergencia o desastre²⁸.

Además de esto, señala de manera expresa la Ley de Salud Mental que las personas usuarias de los servicios de salud mental tendrán derecho, entre otras cosas:

- Al acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud mental;
- A la atención médica en el momento que lo solicite y, en su caso, a ser atendido en las instancias de salud del segundo y tercer nivel de atención, para completar su proceso de tratamiento y rehabilitación;
- A que se le apliquen exámenes de valoración, confiables y actualizados que consideren su entorno social o característica a estudiar y a conocer los alcances y las limitaciones de las evaluaciones realizadas;
- A solicitar su diagnóstico diferencial, a recibir atención especializada, a contar con un plan o programa integral de tratamiento para la recuperación de sus funciones cerebrales, habilidades cognitivas, proceso de aprendizaje, así como a la reinserción al ámbito social y productivo, conservando su integridad psicológica, incluyendo a pacientes que hayan estado reclusos en un hospital o pabellón penitenciario psiquiátrico o establecimiento especializado en adicciones²⁹;

Por su parte, la Ley General de Salud³⁰ reconoce explícitamente que la salud mental se considera uno de los servicios básicos para los efectos del derecho a la protección de la salud³¹. Asimismo, señala como materia de salubridad general, entre otras, la organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud³²; la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables³³; la salud mental; y la asistencia social;³⁴ y señala como autoridades sanitarias a los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el del Departamento³⁵ del Distrito Federal³⁶. Esta misma ley enuncia las facultades que en ese rubro tienen los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el del Distrito Federal³⁷, dentro de sus

²⁸ *Ibid.*, artículo 14.

²⁹ *Ibid.*, artículo 6.

³⁰ Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.

³¹ Artículo 27, fracción VI de la ley General de Salud.

³² *Ibid.*, artículo 3, fracción I.

³³ La pobreza, la falta de servicios de atención médica, los prejuicios y el estigma relacionado con los padecimientos mentales, además del desconocimiento de los derechos de las personas enfermas mentales, colocan a este grupo poblacional en situación de vulnerabilidad. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) (2003), "Grupos en situación de vulnerabilidad y discriminación", Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México, Programas Educativos, S.A. de C.V., México, pp. 161-192.

³⁴ Artículo 3, fracciones II, VIII y XX de la ley General de Salud.

³⁵ Departamento del Distrito Federal, hoy Gobierno del Distrito Federal. Decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de octubre de 1993.

³⁶ Artículo 4, fracción IV de la ley General de Salud.

³⁷ El artículo 24 de la ley señala que "La Secretaría de Salud del Distrito Federal, es una dependencia centralizada del Gobierno, que tiene a su cargo, de conformidad a la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, las siguientes atribuciones: [...] VI. Fungir como la estructura administrativa a través de la cual, el Gobierno realice las actividades atribuidas a las entidades federativas en la Ley General."



respectivas jurisdicciones territoriales, entre las cuales destacan las de organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general arriba mencionados³⁸.

En cuanto a las enfermedades mentales, la misma Ley dispone que su atención comprende la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas, así como la organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales³⁹.

Particularmente, esta Ley General señala que la Secretaría de Salud establecerá en las normas oficiales mexicanas la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias para prestar atención a los enfermos mentales que se encuentran en otras instituciones no especializadas en salud mental⁴⁰, como lo son los Centros de Asistencia e Integración Social (C.A.I.S) operados por la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal⁴¹. Al respecto, la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, relativa a la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica⁴² señala que los establecimientos de salud que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica son aquellos que disponen de camas y cuya función esencial es la atención integral de usuarios que padezcan de un trastorno mental⁴³.

Esa Norma Oficial Mexicana indica los criterios mínimos a los que habrá de responder la prestación continua e integral de los servicios de salud, mismos que deberán ser prestados con la calidad debida, para lo cual, las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deberán contar con instalaciones, equipo y recursos humanos suficientes y apropiados para el desarrollo de sus funciones, entre las que se incluyen la prestación de servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización y rehabilitación psicosocial; visita médica diaria; revisión del caso por el director médico o el jefe del servicio, por lo menos una vez cada semana en caso de trastornos agudos y cada mes en casos de larga evolución o antes en caso de juzgarse pertinente y brindar tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial.

En suma, todas las disposiciones antes aludidas tienen como objeto garantizar que las personas con discapacidad mental deben recibir una atención integral, adecuada y de calidad, lo que tiene repercusiones no sólo en el disfrute pleno de su derecho a la salud sino también en la posibilidad de rehabilitación y reinserción a la comunidad. Dicha atención no se puede limitar a la remisión a los establecimientos de salud especializados, sino a brindar de manera primaria los mejores cuidados y tratamientos que requiere esta particular población, bajo el estándar del más alto nivel de salud que cualquier persona pudiera necesitar para ver garantizado este derecho.

³⁸ Artículo 13(B)(I) de la ley General de Salud. Dicho artículo es replicado en la Ley de Salud para el Distrito Federal, a través de su artículo 17.

³⁹ Artículo 74 de la ley General de Salud.

⁴⁰ *Ibid.*, Artículo 76.

⁴¹ Artículo 28, fracc. XVIII de la Ley Orgánica de Administración Pública del Distrito Federal y artículo 12 fracc. IV de la Ley de Asistencia e Integración Social para el Distrito Federal.

⁴² Esta NOM fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de noviembre de 1995. Aunado a lo establecido en el artículo 76 de la Ley General de Salud, el artículo 10 de la Ley de Salud del Distrito Federal, ordena explícitamente que las Normas Oficiales Mexicanas son aplicables en el Distrito Federal.

⁴³ Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, "Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica", párrafo 3.1.



De la evidencia con la que cuenta esta Comisión se desprende que la atención a la salud de las personas con discapacidad intelectual o psicosocial usuarias de los Centros de Asistencia e Integración Social “La Cascada” y “Cuemanco” no se ajusta a la normativa interna ni internacional, así como tampoco a los más altos estándares de protección de la salud mental referidos en este apartado.

Lo anterior en razón de que de la investigación realizada por este organismo público, se pudo constatar que las personas usuarias de estos Centros sólo reciben atención médica especializada cuando presentan alguna crisis derivada de la enfermedad mental que padezcan. Sobre ello, se documentó que ante estas crisis, son llevados a hospitales federales como el Fray Bernardino y Juan N. Navarro, lugares donde les controlan las crisis y posteriormente los remiten a cada centro de origen. Fuera de estos contextos, las personas usuarias no reciben otro tipo de atención integral especializada.⁴⁴

Ello impide el seguimiento adecuado de las distintas enfermedades mentales que padecen con miras a alcanzar una efectiva rehabilitación. Más si se tiene en cuenta que de la consulta al azar que esta CDHDF realizó de expedientes clínicos con los que cuentan dichos centros, no se desprende un seguimiento constante en todos los casos⁴⁵.

De los expedientes consultados se desprende que la mayoría de las personas usuarias tienen estancias prolongadas. Se registran ingresos, por ejemplo, desde los años 1978, 1981, 1989, 1992 y 1995. Sin embargo, no hay datos precisos que permitan afirmar que hay diagnósticos, seguimiento y atención especializada a la población usuaria.⁴⁶ De la revisión de los expedientes destaca que sólo cuentan con una hoja inicial de diagnóstico, que no rebasa una cuartilla, seguida de anotaciones de los medicamentos sugeridos; así como una lista de medicamentos que se les suministra. No hay referencias sobre evaluación de tratamiento, avances y retrocesos en relación con la evolución a su salud mental⁴⁷. En la mayoría de ellos también, se registra que el área de psicología de dichos centros, encargada de la valoración inicial y de la elaboración del plan de rehabilitación de las personas usuarias, sugiere que se realicen valoraciones psiquiátricas constantes e indica que las personas usuarias no han presentado cambios en su conducta, ni en su estado de salud mental y que incluso registran evolución desfavorable.⁴⁸

Sobre este particular, si se hace un análisis del número de personas usuarias (en promedio 900 personas sólo en “Cuemanco” y “La Cascada”), en relación con el personal especializado (médicos psiquiatras, 2, para los 10 C.A.I.S.) con que cuenta el I.A.S.I.S., es fácil identificar la carencia en materia de especialización a la población con un padecimiento mental.⁴⁹

Por otra parte, vale la pena señalar que de las revisiones a los expedientes, así como de las entrevistas al personal del IASIS, se concluye que aun y cuando la persona en crisis es atendida por algunos de los Hospitales Federales, en particular el Fray Bernardino y Juan N Navarro, se informó

⁴⁴ Véase evidencia IV. 7 del Anexo principal.

⁴⁵ Véase evidencias IV.6 y IV.7 del Anexo.

⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ Véase evidencia IV.1, IV.6 y IV.10 del Anexo.



que en ocasiones no hay posibilidad de suministrar el medicamento prescrito, sino uno similar. Lo anterior debido a las carencias presupuestales⁵⁰.

Ahora bien, en cuanto a la atención medicamentosa que se brinda a las personas usuarias de los C.A.I.S., si bien las autoridades de los mismos indicaron que los medicamentos del cuadro básico y los psicotrópicos se encuentran garantizados, ya que son entregados en forma mensual por el IASIS y no existen problemas con el suministro del medicamento este organismo observó desabasto de medicamentos especializados en los anaqueles de la unidad médica, durante la visita de verificación que llevó a cabo⁵¹. Lo anterior fue confirmado por el encargado de la farmacia de “La Cascada”, quien informó que en esos momentos había escasez de los medicamentos sucopletisol, clonosepal, triopelacina y cloperacina, indispensables para controlar el padecimiento mental de las usuarias, y que también faltaban antibióticos⁵². Asimismo indicó que desde hace aproximadamente tres años a la fecha existían “muchas necesidades” y había insuficiencia de medicamento⁵³.

Finalmente, si bien los C.A.I.S cuentan con enfermeras, psicólogas, especialistas en gericultura, un médico general y un odontólogo y, adicionalmente, todas las personas usuarias tienen la hoja de gratuidad del Gobierno del Distrito Federal, lo cual en principio garantizaría su atención médica integral, el Distrito Federal no puede garantizarles dicha atención, toda vez que la Secretaría de Salud del Distrito Federal no cuenta con un hospital que brinde atención psiquiátrica a personas con discapacidad mental o psicosocial⁵⁴.

Sobre lo anterior, destaca que tomando en cuenta el Convenio de Descentralización de los Servicios de Salud Pública, así como el Decreto por el que se crea el Organismo Descentralizado Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, corresponde a este último la atención del Primer Nivel. Aunque se planteó que la transferencia de recursos, incluyendo los inmuebles se llevaría a cabo posteriormente, esto no ha ocurrido.⁵⁵

De acuerdo a la información proporcionada por la Secretaría de Salud, incluyendo la Dirección General de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, ellos no han recibido solicitudes de colaboración por parte del IASIS, para la atención médica de la población usuaria con problemas de salud mental. Precisarón que sí reciben algunas solicitudes en materia de salud pública y que ésta es proporcionada vía la presentación de las personas usuarias⁵⁶. Sin embargo, ello no excluye la obligación de la Secretaría de Salud de supervisar y coordinarse con el IASIS para que dicha atención médica sea proporcionada a las personas usuarias de dichos Centros⁵⁷.

En relación con los mismos centros señalados, este organismo público pudo constatar que no cuentan con fisioterapeutas entre su personal,⁵⁸ lo que también conlleva a la falta de prevención para evitar un deterioro físico y una rápida pérdida de sus habilidades sociales. Lo anterior se agrava si se toma en consideración que muchas de las personas usuarias tienen además una discapacidad motriz. Adicionalmente esta Comisión encontró que personas usuarias tenían problemas dentales,

⁵⁰ IV.6 y IV.10 del Anexo.

⁵¹ Véase evidencia IV.1, IV.4 y IV. 6. del Anexo principal

⁵² Véase evidencia IV.13. del Anexo principal y Anexo E

⁵³ Véase evidencia IV.13. del Anexo principal y Anexo E

⁵⁴ IV.1, IV.2, IV.3 y IV.5 del Anexo.

⁵⁵ Véase evidencia IV.15 del Anexo Principal.

⁵⁶ Véase evidencia IV. 15. del Anexo principal

⁵⁷ Según lo establecido en el artículo 15 bis, fracciones I, II, y III del Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud del Distrito Federal.

⁵⁸ Véase evidencia IV.13. del Anexo principal



tales como pérdida de dientes y falta de higiene bucal⁵⁹ lo cual puede ocasionar malestar y otros problemas de salud.

Además, el ámbito local, derivado de los resultados obtenidos en el Diagnóstico de los Derechos Humanos en el Distrito Federal de 2008 y en el Programa de Derechos Humanos para el Distrito Federal, en cuyo apartado referente a la Seguridad Humana, se hizo un análisis del derecho a la salud. En estos documentos se estableció que la prevención, promoción y detección de problemas psicosociales son abordados de manera incipiente y aún limitada. Se hace énfasis en que en la red hospitalaria a cargo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal no se cuenta con hospitales para atender enfermedades psiquiátricas y, en general, la salud mental.

En dicho diagnóstico, el tema de las personas con trastornos mentales es abordado en el apartado dedicado a los derechos de las personas con discapacidad, donde se señala la falta de atención a los problemas de salud que genera algún tipo de discapacidad, en particular de la derivada de enfermedades mentales. Se considera que uno de los principales problemas en relación con la salud a nivel local es la deficiencia de las autoridades para detectar tempranamente las enfermedades que generan discapacidades y su atención oportuna, situación más frecuente en sectores con altos niveles de marginación.

Además, se evidencia que los hospitales generales carecen de atención adecuada para las personas con discapacidad derivada de algún trastorno mental, mismas a quienes no se les proporciona un trato adecuado, se les niegan los medicamentos o se les proporcionan los que tienen más efectos secundarios desfavorables que otros fármacos.

Estos datos ponen de manifiesto la imperiosa necesidad de que los Estados destinen recursos suficientes e implementen políticas públicas adecuadas para hacer frente a la situación de rezago en que se encuentra la carente atención integral de las personas con discapacidad mental.

Es así como la CDHDF concluye que la atención a la salud que reciben las personas usuarias de “La Cascada” y “Cuemanco”, además de discriminatoria, no es integral, ni adecuada, ni de calidad, lo que tiene repercusiones no sólo en el disfrute pleno de su derecho a la salud, sino también en la posibilidad de rehabilitación y reinserción a la comunidad. Lo anterior viola a todas luces su derecho a la salud y el acceso al mismo, sin discriminación alguna, e incumple con la obligación general que tienen las autoridades de garantizar a las personas con discapacidad mental o psicosocial el goce del más alto nivel de salud.

V.2 Derecho a una vida digna, a un nivel de vida adecuado y prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes

El derecho a la vida está reconocido en múltiples tratados internacionales de derechos humanos, entre los cuales se encuentran la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 3), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículo 6), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículo 4) y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

⁵⁹ Véase evidencia IV. 6 y IV. 7 del Anexo principal



(artículo 10). Este derecho, como lo ha manifestado la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante Corte IDH o Corte Interamericana),

[E]s un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, **el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna.** Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.⁶⁰ (Negrillas fuera de texto)

A partir de la premisa de que el derecho a la vida implica tener una existencia en condiciones de dignidad, la misma Corte ha manifestado que una de las obligaciones que ineludiblemente debe asumir el Estado con el objetivo de proteger y garantizar el derecho a la vida, es la de **generar las condiciones de vida mínimas compatibles con la dignidad de la persona humana y a no producir condiciones que la dificulten o impidan.** De ahí que el Estado deba adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho a una vida digna, en especial cuando se trata de personas en situación de vulnerabilidad y riesgo, cuya atención se vuelve prioritaria.⁶¹

En concordancia con lo manifestado por la Corte Interamericana, y desde el año 1990, la Declaración de Caracas⁶² señaló que los recursos, cuidados y tratamientos provistos en la atención psiquiátrica deben salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos.⁶³

Es claro que las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, como es el caso de las personas con discapacidad mental, son titulares de una protección especial, prioritaria y absoluta, por parte de los Estados y por ello es indispensable que éstos adopten las medidas que sean necesarias para responder a las necesidades de protección de estas personas.⁶⁴ Lo anterior ha sido reafirmado por el Conjunto de Principios para la Protección de los Enfermos Mentales que de manera expresa señala que “todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana”⁶⁵ y por lo mismo, “ un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado”.⁶⁶

En el caso de las personas con discapacidad mental que están reclusos de manera permanente en alguna institución pública o privada, el derecho a la vida digna cobra una especial importancia, pues

⁶⁰Corte IDH, *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*, Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párr. 144.

⁶¹Corte IDH, *Caso Comunidad Indígena Yaye Axa Vs. Paraguay*, Sentencia de 17 de junio de 2005, párr. 162.

⁶²Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, *Declaración de Caracas*, 14 de noviembre de 1990, adoptada en la Conferencia para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Dicha conferencia contó con la participación de representantes de diferentes organizaciones y de diferentes países, entre ellos México.

⁶³Literal a), numeral 3 de la Declaración.

⁶⁴Corte IDH, *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia del 4 de julio de 2006, párr 103.

⁶⁵ Numeral 2 del Principio 1.

⁶⁶ Numeral 11 del Principio 11.



se encuentran bajo la custodia del Estado. A pesar de que las personas con discapacidad mental no se encuentran formalmente privadas de la libertad o bajo la hipótesis convencional de detención, su estancia en un centro o institución les impide movilizarse fuera de las instalaciones del mismo y por lo mismo su situación puede ser equiparable a la de una persona privada de la libertad. Bajo ese supuesto, es posible equiparar su situación de encierro a la de las personas reclusas en un establecimiento penitenciario, sólo para establecer el nivel de vigilancia y cuidado que el Estado debe tener frente a las personas con discapacidad mental. Al respecto, la Corte Interamericana ha manifestado lo siguiente:

Frente a las personas privadas de libertad, el Estado se encuentra en una posición especial de garante, toda vez que las autoridades [...] ejercen un [...] control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia [...].

Ante esta relación e interacción especial de sujeción entre el interno y el Estado, este último debe asumir una serie de responsabilidades particulares y tomar diversas iniciativas especiales para garantizar [...] las condiciones necesarias para desarrollar una vida digna y contribuir al goce efectivo de aquellos derechos que bajo ninguna circunstancia pueden restringirse o de aquéllos cuya restricción no deriva necesariamente de la privación de libertad y que, por tanto, no es permisible. De no ser así, ello implicaría que la privación de libertad despoja a la persona de su titularidad respecto de todos los derechos humanos, lo que no es posible aceptar.⁶⁷ (negrilla fuera de texto)

Ahora bien, en la práctica garantizar el derecho a una vida digna se traduce en la implementación de una serie de medidas que, entre otras cosas, conllevan a la garantía del **derecho a un nivel de vida adecuado**, el cual se define como el derecho de toda persona, con inclusión de las personas con discapacidad, a gozar de las necesidades básicas, entre las que se cuentan la alimentación, el vestido, la vivienda, los servicios de asistencia médica y social, e inclusive un medio ambiente sano, de forma tal que la suma de estas condiciones les permita participar y desarrollarse física, mental y socialmente en la comunidad. En otras palabras, este derecho conlleva una referencia al disfrute de una vida digna.

Este derecho está reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 25), el PIDESC (artículo 11), Protocolo de San Salvador (los artículos 6.1, 9.1 y 12) y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (el artículo 28). El reconocimiento internacional de este derecho es vigente en el ordenamiento interno mexicano, en virtud del artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La definición antes mencionada es compatible con el reconocimiento que la CDPD hace de este derecho en su artículo, en el cual se establece que “Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad”.

⁶⁷Corte IDH, Caso "Instituto de Reeducción del Menor" Vs. Paraguay, *op. cit.*, párr. 152.



Es necesario resaltar que los derechos arriba mencionados como aquellos que integran el derecho a un nivel de vida adecuado, no son una lista taxativa y única de derechos, pues al hacer una lectura integral de las normas internacionales de derechos humanos con el Conjunto de Principios para la Protección de los Enfermos Mentales, se puede observar que este derecho también incluye la vida privada⁶⁸, la libertad de comunicación⁶⁹, no ser sometidos a trabajos forzados, y el reconocimiento del trabajo que desarrollan al interior de la institución:

El trabajo de un paciente en una institución psiquiátrica no será objeto de explotación. Todo paciente tendrá **derecho a recibir por un trabajo la misma remuneración que por un trabajo igual, de conformidad con las leyes o las costumbres nacionales, se pagaría a una persona que no sea un paciente.** Todo paciente tendrá derecho, en cualquier caso, a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución psiquiátrica perciba por su trabajo.⁷⁰

También debe tenerse en cuenta dentro de los parámetros de un nivel de vida adecuado y digno el medio ambiente y las condiciones de las instalaciones en las que se encuentran recluidas las personas con discapacidad mental, a la luz de los parámetros del Principio 13 del Conjunto de Principios para Enfermos Mentales el cual establece que “el medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en **la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar**”, lo que incluye unas condiciones de saneamiento adecuado.

No garantizar la dignidad de las personas con discapacidad mental que se encuentran recluidas en una institución, puede considerarse una forma de malos tratos (o aquellos denominados como crueles, inhumanos y degradantes), pues se trata de un desconocimiento de su naturaleza humana. Esto es aún más grave dada la clase de discapacidad de estas personas, quienes por sí mismas, en la mayoría de los casos, no cuentan con los medios necesarios para exigir sus derechos o denunciar la violación de los mismos.

Al respecto, el Comité Contra la Tortura ha expresado preocupación por las condiciones precarias de vida a las que están sometidas las personas con discapacidad mental, internadas en instituciones psiquiátricas y residencias. De manera puntual, el Comité ha señalado que en relación con los malos tratos descritos en el artículo 16 de la Convención Contra la Tortura “las condiciones precarias de las instituciones se deben a menudo a que los Estados no cumplen su obligación de proporcionar a las personas bajo su custodia alimentos, agua, atención médica y vestimenta adecuados, y pueden constituir tortura y malos tratos”.⁷¹

Esa omisión del Estado de cumplir con la obligación de proporcionar a las personas bajo su custodia alimentos, agua, atención médica y vestimenta adecuados, no es otra cosa que un abandono institucional, que bajo el estándar señalado por el Comité Contra la Tortura, configuran una forma de malos tratos. El abandono institucional implica duplicar la situación de vulnerabilidad de las personas

⁶⁸ Principio 13 del Conjunto de Principios para Enfermos Mentales.

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ *Ibid.*, numeral 4.

⁷¹ Naciones Unidas, Asamblea General, *La tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Nota del Secretario General, 28 de julio de 2008, A/63/175, párr. 52.



con discapacidad, que en muchos casos ya han sido víctimas de un abandono previo por parte de sus familias o sus comunidades.

Por esta razón, la Corte Interamericana ha señalado que “una de esas condiciones para garantizar efectivamente el derecho a la vida y a la integridad personal es el cumplimiento del **deber de investigar las afectaciones a los mismos**, el cual se deriva del artículo 1.1 de la Convención⁷² en conjunto con el derecho sustantivo que debe ser amparado, protegido o garantizado”.⁷³ La protección contra la violencia y la investigación de los casos en los que esto se presente, también está reconocido como un derecho para las personas con discapacidad, a la luz de lo señalado en el artículo 16 de la CDPD⁷⁴.

De la evidencia con la que cuenta esta Comisión, en referencia a la higiene de las áreas que integran el Centro La Cascada, se pudo constatar que la cocina estaba en buenas condiciones, los alimentos que se encontraban en el refrigerador estaban en buen estado y los trastos no se veían percutidos. Asimismo, se informó que los granos, cereales y abarrotes se surten de forma mensual, y las carnes y los lácteos diariamente⁷⁵.

Durante las mismas visitas se observó a mujeres deambulando en las áreas del Centro o acostadas en el suelo de concreto, semidesnudas. En razón a la seguridad y protección, se observó que a las usuarias se les deja solas en los Módulos o lugares de pernocta, sin ninguna supervisión ni monitoreo de sus condiciones de estancia que permita protegerlas de algún tipo de violencia⁷⁶.

También se observó a las usuarias orinar en los pisos, pisando sus heces fecales⁷⁷. En cuanto a la ropa que portan las usuarias, éstas vestían ropa demasiado grande o demasiado pequeña, muchas de ellas ataban sus pantalones con una cuerda o simplemente los sostenían con sus manos y en ocasiones las dejaban caer. Las usuarias no tienen ropas individuales, ni tampoco tienen un lugar para almacenar sus pertenencias personales. A pesar de que a las usuarias se les proporciona

⁷² Artículo 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos: “Los Estados partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.

⁷³ Corte IDH, *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, *op.cit.*, párr. 147.

⁷⁴ Este artículo menciona que: Los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género; Los Estados Partes también adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Los Estados Partes asegurarán que los servicios de protección tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad; A fin de impedir que se produzcan casos de explotación, violencia y abuso, los Estados Partes asegurarán que todos los servicios y programas diseñados para servir a las personas con discapacidad sean supervisados efectivamente por autoridades independientes; Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad; **Los Estados Partes adoptarán legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados.** (negrilla fuera de texto)

⁷⁵ Véase evidencia IV. 4 del Anexo.

⁷⁶ Véase evidencia IV. 6 y IV.13 del Anexo principal

⁷⁷ Véase evidencia IV. 6 del Anexo principal



vestido y calzado, durante el recorrido se observó un número significativo de mujeres con la ropa sucia, semidesnudas y sin zapatos. Además, en las últimas visitas, no obstante que era temporada invernal, las mismas no usaban ropa abrigadora y temblaban de frío⁷⁸.

En especial llamó la atención una usuaria que caminaba y de entre las piernas le escurría excremento. En el dormitorio de las personas adultas mayores había una mujer que para desplazarse gateaba y no usaba ropa interior, por lo que al hacerlo mostraba los glúteos y los genitales⁷⁹. Ambas situaciones fueron informadas a la responsable del Centro, pero fue indiferente y justificó que se debía a su condición de discapacidad, actitud que refleja que ese tipo de escenarios los han naturalizado.

Por lo que se refiere al calzado, fue notorio para esta Comisión que la mayor parte de ellas no lo usaba, caminaban por el terreno sin éstos. Sus pies estaban sucios, gruesas callosidades y heridas abiertas⁸⁰. La Coordinadora Técnica del Centro dijo que “*recurrentemente, a las usuarias no les gustaba usar zapatos y preferían no hacerlo*”. Sin embargo, se observó que a pesar de tener zapatos, éstos les lastimaban o no les ajustaban bien. En relación a la falta de privacidad y espacio personal, se observó que las camas de los dormitorios estaban alineadas, en fila, con poca decoración o personalización, como para distinguir una de otra. Los cuartos de baño eran abiertos en todos los Módulos y no había regaderas individuales, todas eran comunes⁸¹.

En cuanto a la alimentación de las usuarias, esta CDHDF pudo corroborar que las que padecen enfermedades como hipertensión y diabetes se les proporciona una dieta especial.

Por lo que toca las condiciones de higiene del Centro “La Cascada”, este organismo observó que los sanitarios se apreciaron en pésimas condiciones de higiene y de mantenimiento, y estaban “llenos” de materia fecal”, incluso se apreciaba que las usuarias defecaban en el piso y faltaban tasas de excusado, y no había agua, ni papel higiénico, ni jabón⁸².

Por lo que respecta al área de cocina y comedor, en las visitas realizadas en el año 2010 se constató que estaban en buen estado⁸³. Sin embargo, en visitas posteriores realizadas en los años 2011 y 2012, se observó que no se encontraban condiciones adecuadas de higiene⁸⁴. Además, se notó una fuga de agua en el lavabo, situación que ocasionó encharcamiento⁸⁵. Al respecto, se entrevistó a la persona encargada de la cocina, quien señaló que los estufones eran muy viejos y no funcionaban bien, por lo que constantemente tenían fugas de gas y en una ocasión hubo una explosión de gas y “volaron” los azulejos.⁸⁶ En el dormitorio 2 se observó que el área de los baños estaba muy sucia y se encontraban durmiendo dos usuarias tiradas en el suelo en condiciones sumamente deplorables.⁸⁷

Por lo que se refiere al Centro “Cuemanco”, no obstante que entre los servicios que se brindan a los usuarios se encuentran el vestido y el calzado, al momento de la inspección que realizó este

⁷⁸ Véase evidencia IV. 13 del Anexo.

⁷⁹ Véase evidencia IV.13, foto 37 del Anexo principal

⁸⁰ Véase evidencia IV. 13 del Anexo.

⁸¹ *Ibidem*.

⁸² *Ibidem*.

⁸³ Véase evidencia IV. 4 del Anexo.

⁸⁴ Véase evidencia IV. 6 y IV 13 del Anexo.

⁸⁵ Véase evidencia IV. 4 del Anexo

⁸⁶ Véase evidencia IV.13 de Anexo principal y Anexo E

⁸⁷ Véanse evidencias IV.7, IV 13 del Anexo.



organismo, se observó que muchos de los usuarios no tenían zapatos y algunos se encontraban desnudos o semidesnudos. En general, la mayoría de ellos portaba ropas sucias, al igual que sus cuerpos.⁸⁸

En general, los lavamanos de los sanitarios no funcionaban e inclusive, varios de ellos no tenían tubos de desagüe. En el área de comedor se pudieron percibir olores fétidos. Las instalaciones se encontraban muy sucias. En los dormitorios no había cobijas suficientes, en general predominaban olores fétidos y había heces fecales en áreas comunes, en baños y pasillos, al igual que moscas. Se observó que en ningún baño había papel higiénico, ni jabón para el aseo personal de los usuarios.⁸⁹

Por otra parte, en los últimos días de febrero del año en curso, las autoridades de la Secretaría de Desarrollo Social, incluyendo el Instituto de Asistencia e Integración Social informaron a esta Comisión que iniciaron un plan emergente de apoyo a los centros de Asistencia e incluso enviaron registros fotográficos que muestran las labores de mantenimiento al interior de los C.A.I.S.⁹⁰ También informaron sobre la existencia de un programa piloto que vincula a varias áreas de la Secretaría de Desarrollo Social, para garantizar un seguimiento al mantenimiento de los Centros de Asistencia.⁹¹ Al respecto, a pesar de que esos proyectos muestran la voluntad de las autoridades para implementar acciones encaminadas a mejorar la situación actual en la que se encuentran las instalaciones de los C.A.I.S, “Cuemanco” y “La Cascada”, la evidencia fotográfica que hicieron llegar a este Organismo, no da cuenta de las mejoras en los baños, dormitorios, ni en el área médica. Además en esas fotos se evidencian usuarios descalzos.⁹²

Es así como este organismo público de derechos humanos concluye que las personas usuarias de los centros “La Cascada” y “Cuemanco” no gozan de un nivel de vida adecuado, no viven en condiciones que garanticen una vida digna e incluso las condiciones de vida en las que se encuentran las convierten en objeto de tratos crueles, inhumanos y degradantes.

V.3 Derecho a vivir en comunidad, sin discriminación

El artículo 19 de la CDPD reconoce “el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás”, lo que supone que a las personas con discapacidad también les corresponde disfrutar y beneficiarse del derecho a vivir como un miembro de forma plena en la comunidad.⁹³

El derecho a vivir en comunidad o de integración en la comunidad es de aplicación general a todas las personas con discapacidad mental. Esa integración permite una mejor protección de su dignidad, autonomía, igualdad y participación en la sociedad. El respeto de este derecho ayuda a evitar la institucionalización, que puede exponer a las personas con discapacidad mental a violaciones de sus derechos humanos y dañar su salud, como consecuencia de la carga mental que suponen la segregación y el aislamiento. Además de lo anterior, la integración en la sociedad permite

⁸⁸ *Ibidem*.

⁸⁹ Véanse evidencias IV. 6, IV. 7 y IV. 13, del Anexo.

⁹⁰ Véase evidencia IV. 14, del Anexo.

⁹¹ *Ibidem*.

⁹² *Ibidem*.

⁹³ Disability Rights International y Comisión Mexicana de Defensa y Protección de Derechos Humanos, *Abandonados y desaparecidos: Segregación y abuso de niños y adultos con discapacidad en México*, México, junio de 2011, pág. 48.



contrarrestar los estigmas y la discriminación de que son víctimas las personas con discapacidad mental.⁹⁴

Según el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental “segregar y aislar de la sociedad a las personas con discapacidad mental es incompatible con el derecho a la salud, así como con el derecho consiguiente a la integración comunitaria, a menos que ello esté justificado por consideraciones objetivas y razonables, tenga fundamento legal y sea objeto de un examen y un fallo independientes”.⁹⁵

La importancia de respetar y garantizar el derecho a vivir en comunidad ha sido reconocida por otras declaraciones internacionales, como lo son las *Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*,⁹⁶ que en lo fundamental señalan lo siguiente:

Las personas con discapacidad son miembros de la sociedad y tienen derecho a permanecer en sus comunidades locales. Deben recibir el apoyo que necesitan en el marco de las estructuras comunes de educación, salud, empleo y servicios sociales.

A medida que las personas con discapacidad logren la igualdad de derechos, deben también asumir las obligaciones correspondientes. A su vez, con el logro de esos derechos, las sociedades pueden esperar más de las personas con discapacidad. Como parte del proceso encaminado a lograr la igualdad de oportunidades deben establecerse disposiciones para ayudar a esas personas a asumir su plena responsabilidad como miembros de la sociedad.⁹⁷
(Resaltado fuera del original)

La integración en la comunidad implica el diseño de una estrategia encaminada a considerar la institucionalización de las personas con discapacidad mental como último recurso, en lugar de la primera opción a seguir, pues en la medida en que se cuente con un diagnóstico acertado de la discapacidad y la misma pueda tratarse de manera efectiva desde sus inicios⁹⁸, se aumentan las posibilidades de que la persona pueda vivir en un entorno social y ejercer varios de sus derechos en un ambiente más propicio para ello, como por ejemplo el derecho al trabajo⁹⁹, la educación¹⁰⁰, la cultura y la recreación entre otros. De ahí la importancia que el tratamiento médico que se brinde a las personas con discapacidad mental, tenga como objetivo preservar y estimular su independencia personal.¹⁰¹

⁹⁴Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, op. cit., párr. 85.

⁹⁵*Ibid.*, párr. 86.

⁹⁶Naciones Unidas, Asamblea General, *Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*, 4 de marzo de 1994, A/RES/48/96.

⁹⁷ *Ibid.*, párr. 26 y 27.

⁹⁸ La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, señala en el literal b), numeral 2, del artículo III que “a detección temprana e intervención, tratamiento, rehabilitación, educación, formación ocupacional y el suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad”.

⁹⁹ Artículo 27 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

¹⁰⁰ *Ibid.*, artículo 24.

¹⁰¹ Numeral 4 del Principio 9 del Conjunto de Principios para la Protección de los Enfermos Mentales.



Las mujeres y los hombres con discapacidad pueden y quieren ser miembros productivos de la sociedad. Esta afirmación cobra importancia cuando las personas con discapacidad representan alrededor del 10% de la población mundial o que equivale aproximadamente a 650 millones de personas, de las cuales 470 millones están en edad de trabajar.¹⁰²

Bajo la premisa de que los Estados deben proveer todos los mecanismos para que las personas con discapacidad, cualquiera que esta sea, puedan integrarse de la mejor manera a la sociedad, cualquier acción u omisión que obstaculice o niegue la posibilidad de vivir en comunidad no sólo será violatoria de este derecho, sino también del derecho a la igualdad y a la no discriminación del cual son titulares todas las personas, sin distinción de ninguna clase.

En efecto, el derecho a la igualdad y a la no discriminación está reconocido de manera internacional en el artículo 1 y 7 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el artículo II de la Declaración Americana de los Derechos del Hombre, el artículo 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos¹⁰³, en los artículos 1 y 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos¹⁰⁴, en el artículo 3 del Protocolo de San Salvador y en los artículos 2 y 3 del PIDESC. En general todos estos artículos señalan por un lado, que todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección ante la misma y, por otro, la obligación de los Estados de garantizar el ejercicio de los derechos reconocidos en esos tratados y declaraciones a todas las personas sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, condición social entre otras razones.

Al realizar el cruce entre la prohibición de discriminación y las personas que tienen alguna forma de discapacidad, la CDPD y la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad¹⁰⁵ (en adelante la Convención para la Eliminación de la Discriminación) señalan que por “discriminación por motivos de discapacidad”

[S]e entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. **Incluye todas las formas de discriminación**, entre ellas, la denegación de ajustes razonables.¹⁰⁶ (negrilla fuera de texto)

Estos dos últimos tratados resaltan la importancia de no discriminar a las personas con discapacidad. Por un lado, el artículo 5 de la CDPD señala como una obligación de los Estados adoptar todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables, esto es, las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos

¹⁰² Organización Internacional del Trabajo, Información sobre discapacidad y trabajo decente, en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/publication/wcms_117145.pdf

¹⁰³ México adhirió esta Convención el 23 de marzo de 1981.

¹⁰⁴ México adhirió esta Convención el 24 de marzo de 1981.

¹⁰⁵ Esta Convención fue suscrita por México el 8 de junio de 1999 y ratificada el 25 de enero de 2001.

¹⁰⁶ Artículos 1 de la Convención para la Eliminación de la Discriminación y 2 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.



los derechos humanos y libertades fundamentales.¹⁰⁷ Por otro, el artículo III de la Convención para la Eliminación de la Discriminación señala que los Estados deben adoptar todas las medidas para eliminar progresivamente la discriminación.

Aunado a lo anterior el Conjunto de Principios para la Protección de los Enfermos Mentales señala que

No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por "discriminación" se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con las disposiciones de los presentes Principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas.¹⁰⁸ (Negrillas fuera de texto)

La discriminación de las personas con discapacidad, mental en este caso, es aún más grave que la discriminación que puede sufrir cualquier otro grupo en condiciones de vulnerabilidad. Puede presentarse en el acceso y garantía de sus derechos respecto de personas que no tienen una discapacidad, entre mujeres y hombres con discapacidad y entre personas que aun teniendo todas ellas una discapacidad, sean discriminadas en razón de su discapacidad.

En cuanto al disfrute de sus derechos, según el *Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental*, toda decisión de aislar o segregar a las personas con discapacidad mental, incluido el internamiento innecesario, es por esencia discriminatoria y contraria al derecho a integrarse en la comunidad previsto en las normas internacionales. Por sí solos, la segregación y el aislamiento pueden reforzar los estigmas que rodean la discapacidad mental.¹⁰⁹ **Las personas con discapacidad mental sufren discriminación en el acceso a los servicios de salud generales** o se enfrentan a actitudes estigmatizadoras en esos servicios, **lo que puede disuadirlas de recabar siquiera los primeros cuidados.** Los estigmas y la discriminación dentro de la comunidad, en las escuelas y en los lugares de trabajo pueden representar también un obstáculo para las personas que buscan apoyo social, diagnóstico y tratamiento.¹¹⁰

Por otra parte en el ordenamiento interno mexicano, en particular en la legislación aplicable en el Distrito Federal el derecho a la no discriminación de las personas con discapacidad está reconocido en el artículo 1º constitucional y en el artículo 5 de la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal¹¹¹ los cuales señalan la prohibición de discriminar por motivos de discapacidad. Aunado a esta prohibición, el artículo 11 de la Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal¹¹² establece que "las personas con discapacidad no podrán

¹⁰⁷ Artículo 2 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

¹⁰⁸ Numeral 4 del Principio I del Conjunto de Principios para la Protección de los Enfermos Mentales.

¹⁰⁹ Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, op. cit., párr. 54.

¹¹⁰ *Ibid.*, párr. 52.

¹¹¹ Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 24 de febrero de 2011.

¹¹² Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 10 de septiembre de 2010.



ser objeto de ninguna vulneración, discriminación, ni restricción en el ejercicio de sus derechos y libertades fundamentales”.

Vale la pena resaltar que Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal es muy clara al señalar que una de las conductas discriminatorias consiste en condicionar, limitar o restringir las oportunidades de empleo, entre otras razones, por discapacidad.¹¹³ En concordancia con lo anterior, el artículo 27 de la misma ley establece que

Los entes públicos, en el ámbito de su competencia, llevarán a cabo, entre otras medidas positivas a favor de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, las siguientes:

[...]

VI. Promover que en las unidades del sistema de salud y de seguridad social del Distrito Federal reciban regularmente el tratamiento, orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral y medicamentos para las diferentes discapacidades, a fin de mantener y **augmentar su capacidad funcional y su calidad de vida;** (negrillas fuera de texto)

Estas normas internas reflejan lo establecido en los tratados internacionales a los que antes se hizo referencia, en relación con la obligación del Estado (representado en este caso por las instituciones públicas del Distrito Federal) de tomar todas las acciones y medidas necesarias a fin de evitar que cualquier persona, en especial aquellos que prestan algún servicio de salud o de atención a personas con discapacidad, incluida la discapacidad mental, de discriminar a esta población o impedir de alguna forma el ejercicio pleno de sus derechos.

Finalmente vale la pena mencionar lo que la OMS ha manifestado en relación con la discriminación de las personas con discapacidad mental:

Las personas con trastornos mentales soportan condiciones de vida muy duras en algunos países. Se enfrentan a la marginación económica, en parte por la discriminación y en parte por la ausencia de protección legal frente al trato inadecuado o abusivo. A menudo se les niega la oportunidad de estudiar, de trabajar o de disfrutar de servicios públicos y/u otro tipo de instalaciones. En muchos casos ocurre que ciertas leyes, aunque no discriminan activamente a las personas con trastornos mentales, colocan obstáculos o cargas innecesarias o inadecuadas sobre éstas. **En algunos países, las personas con trastornos mentales son objeto de vejaciones, como la negación arbitraria de derechos garantizados a cualquier otro ciudadano.**¹¹⁴

La negación de la oportunidad de vivir en comunidad respecto de un grupo de personas con discapacidad, no sólo puede obstruir el ejercicio de otros derechos, sino también impedir su rehabilitación, la cual es esencial dentro de su proceso de desarrollo personal. El artículo 26 de la CDPD establece la obligación de los Estados de adoptarlas medidas efectivas y pertinentes para

¹¹³ Fracción XXXIII del artículo 6 de la Ley.

¹¹⁴ Organización Mundial de la Salud, *Legislación Sobre Salud Mental y Derechos Humanos*, OMS, 2003, Ginebra, pág. 9.



que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Bajo ese supuesto la Convención establece que los Estados deben apoyar “la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales”.¹¹⁵

En suma, toda la normatividad nacional e internacional citada hasta este punto, permite concluir que el derecho a vivir en comunidad no debe interpretarse de manera abstracta por parte de los Estados, sino que debe interpretarse, respetarse, promoverse y garantizarse a la luz de todos los otros derechos reconocidos también para las personas con discapacidad, como son el derecho a la igualdad y no discriminación, la salud, la rehabilitación, el trabajo y la educación entre otros.

De acuerdo a la investigación que este organismo llevó a cabo, se pudo constatar que no existen estadísticas oficiales claras y concretas sobre cuántas personas están ingresadas en centros de este tipo. En los censos poblacionales de la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, relativos a la Campaña de Invierno implementada en los años 2009, 2010 y 2011 se menciona que, respectivamente, a los diversos C.A.I.S. se canalizaron a 2759, 3049 y 3282 personas en situación de calle, de las cuales, en 2011, 1156 de ellas son originarias del Distrito Federal. Sobre dichas cifras no se hace alusión alguna sobre cuántas de ellas presentan discapacidad mental y/o psicosocial.¹¹⁶ Además de lo anterior se constató que en otros C.A.I.S., diferentes a “Cuemanco” y “La Cascada” hay personas con discapacidad mental.¹¹⁷

De la misma manera, según el I.A.S.I.S., se tendrían que ofrecer actividades recreativas, culturales, deportivas, terapia ocupacional y proyectos productivos, mediante un equipo multidisciplinario, con la finalidad de reinsertar a la sociedad a las personas usuarias.¹¹⁸ Las diversas evidencias recabadas permiten concluir que en los C.A.I.S. las personas usuarias no gozan de dichos servicios¹¹⁹.

En el informe sombra presentado por la organización internacional “Mental Disability Rights International”, con motivo de la visita realizada a nuestro país hace diez años y en 2010, se manifestó su preocupación por que en ambas visitas no había cambiado mucho la situación de las personas con discapacidad mental y social albergadas. También se comentó que estas personas no tenían instituciones a las cuales acudir para ser atendidos y que muchas estaban abandonadas porque no tenían familia. Sugirió que “los gobiernos deben proveer de servicios de salud adecuados para que se mejoren y puedan regresar a sus hogares con sus familias y a la vez puedan ser reintegradas a la sociedad y puedan cumplir con una labor, ya sea trabajando o haciendo otro tipo de actividades”.

En relación con lo anterior, al no poder hacer efectivos sus derechos esas personas ven amenazadas su salud e incluso su vida, pues no obstante que las autoridades tienen la obligación de que para ello se realicen los ajustes razonables a fin de brindarles el más alto nivel posible de salud,

¹¹⁵ Literal b) del artículo 26.

¹¹⁶ Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, *III Censo de Población que Vive en Situación de Calle 2010-2011*, documento tomado de http://www.iasis.df.gob.mx/pdf/CENSO_poblacion_que_vive_en_calle_DF_2010-2011.pdf, página consultada el 14 de octubre de 2011

¹¹⁷ Véase evidencia IV. 5 del Anexo.

¹¹⁸ Véase evidencia IV. 1 del Anexo.

¹¹⁹ Véanse evidencias IV. 4, IV 6, IV. 7 y IV.13 del Anexo principal y Anexo B.



en ambos C.A.I.S. se pudo comprobar que la falta de medicamentos básicos y de asistencia médica, el uso excesivo de medicamentos psicotrópicos, la falta de terapia física, las condiciones de vida antihigiénicas e insalubres, y la falta de atención afectiva y estimulación social constituyen elementos que hacen imposible la rehabilitación y por lo tanto su reinserción a la vida en comunidad.¹²⁰ Uno de los médicos psiquiatras adscritos al I.A.S.I.S., le manifestó a esta Comisión que la mayoría de la mayoría de los usuarios tienen un diagnóstico de esquizofrenia y a su parecer este padecimiento está sobre diagnosticado, ya que no todos los usuarios lo tienen, es por esto que se requiere la actualización de las valoraciones de los usuarios, en algunos casos el diagnóstico es TMC (trastorno mental del comportamiento) lo cual no se puede considerar un diagnóstico ya que todos los usuarios tienen un trastorno mental, pero no todos requieren el mismo tratamiento.¹²¹

El tiempo de permanencia de las personas usuarias en los C.A.I.S., generalmente es muy largo, hay quienes han vivido ahí por más de veinte años, ya que se atienden situaciones de abandono social, en donde no se cuenta con redes familiares o que presentan un deterioro paulatino severo que repercute en una difícil rehabilitación y aceptación en otra instancia pública que no sea las asistenciales. Generalmente, se debe a que en muchas ocasiones la sociedad tiene desconocimiento y más aún de su familia, que son pacientes que difícilmente tienen una evolución favorable.¹²²

El Centro “Cuemanco” se considera de puertas abiertas, lo que significa que las personas pueden entrar y salir, por ello se hace toda una valoración psicológica y psiquiátrica para ver qué usuarios cumplen el requisito de la actividad. Aproximadamente el 8% de los usuarios son quienes pueden hacerlo.¹²³

Durante las visitas que se realizaron a los C.A.I.S. se observó una casi total falta de actividad por parte de los y las usuarias. Hasta el punto de que no existen suficientes y adecuados programas ocupacionales, sólo poca gente es considerada capaz de participar, y sin ninguna oportunidad verdadera de regresar a la comunidad debido a la actual falta de servicios.¹²⁴ Las actividades ocupacionales no cuentan con una calidad útil y no dan esperanza de integración a la comunidad. Debido a que los programas ocupacionales no existen o las personas no tienen las condiciones para participar en los programas ocupacionales existentes, es posible que la gente experimente un detrimento en su funcionamiento social y psicológico. Sin actividades en qué ocuparse, las personas con discapacidad pueden ser fuertemente medicados para mantenerlos sedados.

En efecto, las personas con discapacidad usuarias de los C.A.I.S., al no poder ejercer de forma integral sus derechos por la falta de acciones adecuadas y eficaces que les permitan como mínimo desarrollar sus habilidades para ser reincorporados a su comunidad, se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad a la población usuaria de los C.A.I.S., pues al verse excluida con motivo de su discapacidad también se le priva de la capacidad de esas personas para ejercitar los derechos a la vida, a la salud, a la integración, a la rehabilitación, a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.

Los residentes de estancia prolongada de las instituciones inevitablemente pierden habilidades sociales y psicológicas como resultado de la falta de actividad.

¹²⁰ Véanse evidencias IV. 4, IV. 7 y IV. 13.

¹²¹ Véase evidencia IV.10 del Anexo.

¹²² Véase evidencia del Anexo B.

¹²³ *Ibidem*.

¹²⁴ Véanse evidencias IV. 4. y IV.13 del Anexo principal y Anexo B



Algunos de los proyectos con los que el Centro “La Cascada” cuenta para lograr que las usuarias se reinseren a la sociedad se encuentran los talleres de madera, tejido y bordado. Así como las actividades recreativas programadas como teatro, conciertos, películas y baile.¹²⁵ Respecto al resultado obtenido de los programas, se comentó que solamente se ha reintegrado a una persona en la comunidad. Además, se mencionaron algunas circunstancias que no favorecen la reinserción social, entre ellas, que las usuarias carecen de redes de apoyo familiar. De acuerdo a la información, únicamente el 5% respecto al total de la población recibe visitas de familiares.¹²⁶

Por otro lado, se señaló que ese mismo Centro no tiene una bolsa de trabajo para las usuarias, lo único que se ha realizado es incorporar entre 20 ó 25 personas que son funcionales para brindar apoyo dentro del Centro; sin embargo no tienen una retribución económica.¹²⁷ En la entrevista realizada al personal directivo del centro se afirmó que a las usuarias se les asignan tareas de limpieza, como parte de la terapia ocupacional.¹²⁸

En relación con los programas de atención a los usuarios que se han implementado en el Centro “Cuemanco”, la Directora del Centro informó que consisten en la reinserción; se busca que los usuarios puedan “tener una parte de despertar de su padecimiento psiquiátrico”, por lo que se le “apuesta mucho” a las actividades recreativas y culturales.¹²⁹ Para tal efecto, cuentan con grupos de voluntarios que acuden a impartir determinados talleres y también de los que envía el I.A.S.I.S; por ejemplo, el taller de yoga brindado por profesores del Instituto; las actividades físicas y manuales, entre otras.¹³⁰ La directora destacó que no en todos los casos se tiene éxito con los usuarios.

De igual forma se enfatizó que no existe una bolsa de trabajo en el C.A.I.S “Cuemanco”; sin embargo, aproximadamente dieciocho personas laboran; dos de ellas inclusive retomaron sus estudios y ese año (2011) se logró una reinserción familiar; otras dos personas trabajan en las empresas llamadas “Hermanos Vázquez” y “Cinapolis”, ambos, en el área de limpieza; finalmente, otros usuarios laboran en el comercio informal, vendiendo globos o en un tianguis colaboran en la instalación de los puestos metálicos.¹³¹ La Directora consideró que los usuarios de este Centro no podían tener un “alto grado de reinserción social”, ya que al momento de ingresar al C.A.I.S., su enfermedad se encuentra muy avanzada y para que las personas con algún padecimiento mental se recuperen se requiere de una atención temprana porque es degenerativa.¹³²

Finalmente, esta Comisión constató que en el C.A.I.S., “Cuemanco” existe un “proyecto de vida y estancia de puertas abiertas” o “casa de entrenamiento” llamada Casa de Medio Camino en el que viven usuarios con mayores posibilidades de poder reintegrarse a su comunidad.¹³³ En entrevista un usuario de la “Casa de Medio Camino” refirió que se encontraba a cargo de la tienda, otro usuario señaló que estaba estudiando la preparatoria y que un psiquiatra acude a ese lugar los días lunes y

¹²⁵ Véase evidencia IV.6 del Anexo.

¹²⁶ *Ibidem.*

¹²⁷ *Ibidem.*

¹²⁸ Véase evidencia IV.4 del Anexo.

¹²⁹ Véase la evidencia del Anexo B.

¹³⁰ *Ibidem.*

¹³¹ Véase la evidencia del Anexo B.

¹³² Véase evidencia IV.10 del Anexo.

¹³³ Véase la evidencia IV. 4 del Anexo Principal y la evidencia del Anexo B.



jueves, para revisarlos, aclaró que a él lo atendía cada quince días, también dijo que tenía como tres meses que durante varios días no le habían suministrado su medicamento.¹³⁴

Esta posibilidad de tener una casa de entrenamiento que de manera progresiva permita la reinserción y rehabilitación de las usuarias del C.A.I.S. “La Cascada” no existe. Según afirmó el Director General del I.A.S.I.S., “no se tiene contemplado abrir ninguna otra casa de entrenamiento, como la que opera en el C.A.I.S. “Cuemanco”,¹³⁵ lo cual es discriminatorio en el trato entre las usuarias de “La Cascada”, respecto de los usuarios que se encuentran en “Cuemanco”.

De toda la información y evidencia obtenida por este organismo público de derechos humanos, puede concluirse que las posibilidades de rehabilitación que ofrecen los centros “La Cascada” y “Cuemanco”, además de discriminatorias entre los mismos, son casi nulas. Con ello las autoridades violan en perjuicio de las usuarias sus derechos a no ser discriminadas, a la rehabilitación, al trabajo y a vivir en comunidad.

VI. Posicionamiento de la CDHDF sobre la violación de derechos humanos

La construcción y promoción de una cultura de respeto por los derechos humanos así como la defensa de los mismos, son el eje central del trabajo de esta Comisión de Derechos Humanos respecto de las personas que habitan y transitan en el Distrito Federal. Esas labores cobran una especial importancia cuando las personas titulares de los derechos pertenecen a un grupo en situación de vulnerabilidad como, por ejemplo, las personas con discapacidad mental.

Según la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales representan una parte significativa de las enfermedades en la sociedad y además representan aproximadamente el 12% del total global de las mismas. El impacto de los trastornos mentales es mayor en adultos jóvenes, que son el sector más productivo de la población. La misma Organización afirma que el impacto de los trastornos mentales no afecta uniformemente a todos los sectores económicos de la sociedad. Los grupos con circunstancias adversas y con menos recursos tienen una mayor carga de vulnerabilidad para los trastornos mentales.¹³⁶

Como quedó probado a lo largo de esta Recomendación efectivamente son las personas con discapacidad mental y en situación de abandono quienes se encuentran en una mayor desventaja en el ejercicio, garantía y protección de sus derechos, respecto de otras personas que a pesar de tener también una discapacidad mental, cuentan con redes de apoyo social y familiar. En general las personas en situación de abandono no cuentan con ningún apoyo, lo que los obliga a acudir a los servicios públicos de asistencia, quienes en todos los casos deben velar por la protección de todos los derechos humanos de ese sector de la población.

Cuando las personas que se encuentran en situación de abandono tienen una discapacidad mental, su nivel de vulnerabilidad aumenta y por lo mismo debiera incrementarse el nivel de cuidado y protección que las autoridades deben tener respecto de la población en general. Esto no sucede al interior de los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada” en los cuales se encuentran internados hombres y mujeres que reúnen ambas características.

¹³⁴ Véase evidencia IV. 10. del Anexo principal

¹³⁵ Véase evidencia IV. 14 del Anexo.

¹³⁶ Organización Mundial de la Salud, *El contexto de la salud mental*, Editores Médicos, 2005, pág. 2.



Para esta Comisión es preocupante que las personas usuarias de dichos Centros, sean víctimas de un **abandono institucional**, dadas las condiciones en las que se encuentran al interior de dichos lugares, lo cual tiene repercusiones en el proceso de rehabilitación de las mismas. No se trata sólo de la violación de varios derechos humanos, sino el desconocimiento de la dignidad humana de los integrantes de un grupo de población que por sus características, no pueden exigir por su propia voz el respeto de sus derechos. Esta situación de abandono institucional es **una forma de tratos crueles inhumanos y degradantes** ejercida precisamente por quienes tienen una labor de protección y cuidado: en este caso las dependencias y los funcionarios de la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, particularmente el Instituto de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal.

Aunado a lo anterior, las personas usuarias de los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada” tienen truncados sus procesos de rehabilitación y de reinserción a la sociedad por todas las razones que se expusieron a lo largo de esta Recomendación, que en definitiva no son sino las consecuencias de la falta de una política pública dirigida a garantizar los derechos a la salud y a vivir en comunidad de las personas con discapacidad mental y que, además, se encuentran en situación de abandono. En relación con el derecho a la salud, se trata de la falta de medicamentos, de personal especializado y competente y de la participación de áreas de psiquiatría en los hospitales locales donde puedan dar una atención de primer nivel. Si no existe una política pública que solvente y prevenga esas carencias la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud del Distrito Federal, seguirá siendo la autoridad responsable de violar, por omisión, el derecho a la salud, en condiciones de igualdad, de las personas que tienen discapacidad mental en el Distrito Federal, en especial de los usuarios y los usuarios de dichos Centros.

Es necesario resaltar que a pesar de que ciertas instituciones públicas tengan la competencia y la obligación directa de realizar todas las acciones necesarias para garantizar y proteger los derechos humanos de la población en general, o de un grupo específico dentro de ella, es el Estado en su conjunto quien debe cumplir con todas las obligaciones que se desprenden del reconocimiento de los derechos humanos de las personas. En ese sentido, la Secretaría de Desarrollo Social y la Secretaría de Salud y Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, este Organismo Público de Derechos Humanos deben trabajar en coordinación para la ejecución de ciertas acciones específicas que se traduzcan en la garantía de los derechos de las personas agraviadas de que trata este documento.

En relación con el derecho a vivir en comunidad, a pesar del reconocimiento internacional del derecho de las personas con discapacidad a vivir en comunidad, mediante la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por México desde el año 2007, no existe su reconocimiento en la normatividad interna, en específico en la Ley de Salud Mental del Distrito Federal, y tampoco una política pública que desarrolle y garantice este derecho. Cualquier proceso de política pública que excluya la garantía del derecho de las personas con discapacidad mental a vivir en comunidad, condena a las mismas a una situación permanente de absoluto encierro que, en todo caso, debería ser la última y más extrema alternativa de tratamiento. Ninguna persona que tenga una discapacidad debería ser tratada de manera irremediable intramuros y condenada a la segregación social.



Las acciones para lograr el cese de las violaciones a los derechos humanos de las usuarias y los usuarios de los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada”, y de quienes puedan serlo en un futuro, no permiten espera. Es una deuda que el Estado tiene con ese sector de la población, por lo que esta Comisión de Derechos Humanos exhorta a la Secretaría de Desarrollo Social, y a la Secretaría de Salud y Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal: (i) a cumplir con sus mandatos legales y constitucionales de protección, respeto y garantía de los derechos humanos; (ii) a unir sus esfuerzos en *pro* de implementar acciones y mecanismos que sean necesarios para cumplir con esas obligaciones; y (iii) a dar seguimiento y evaluar la atención integral que debe brindarse a estas personas encaminada a lograr su reinserción en la comunidad.

VII. Obligación de reparar a las víctimas de violaciones de derechos humanos

Las reparaciones consisten en las medidas que tienden a hacer desaparecer los efectos de las violaciones cometidas; su naturaleza y monto dependen del daño ocasionado en los planos tanto material como inmaterial,¹³⁷ esta reparación es el término genérico que comprende las diferentes formas en las que el implicado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido, ya sea a través de la restitución, indemnización, satisfacción, garantías de no repetición, entre otras,¹³⁸ esto con miras a lograr una reparación integral del daño efectuado.

VII.1. La obligación de reparar en el ordenamiento jurídico mexicano

El artículo 1° Constitucional establece en su párrafo tercero que “Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y **reparar** (resaltado no parte de la original) las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.” A su vez, el artículo 113 párrafo segundo del mismo ordenamiento determina la responsabilidad objetiva y directa del Estado, cuando derivado de ella se produzcan daños particulares. A la letra esta disposición señala:

La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los **particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.**

A nivel local, la obligación de reparar encuentra su fundamento en lo establecido en el artículo 1927 del Código Civil para el Distrito Federal, en el artículo 17 fracción IV del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, así como en la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Distrito Federal.

VII.2 La obligación de reparar en el ámbito internacional

¹³⁷ ColDH, *Caso Garrido y Baigorria vs. Argentina*, Sentencia de Reparaciones y Costas, sentencia de 2 de febrero de 1996, serie C, No. 25, para 42; ColDH, *Caso Aloboeetoe y otros v. Suriname*, Sentencia de reparaciones y costas, sentencia de 10 de septiembre de 1993, Serie C, No 15 para.44.

¹³⁸ ColDH, *Caso Loayza Tamayo v Perú*, Sentencia de Reparaciones y Costas, sentencia de 27 de noviembre de 1998, serie C, No. 42, para. 85; ColDH, *Caso Castillo Paéz v. Perú, Fondo. Sentencia de 3 de noviembre de 1997. Serie C No. 34*, para.48.



El deber de reparar a cargo del Estado por violaciones de derechos humanos encuentra sustento tanto en el sistema universal como el regional de protección de derechos humanos. En el ámbito universal se encuentra contemplado en los *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional*.¹³⁹

Estos principios establecen en su numeral 15:

Una reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido. Conforme a su derecho interno y a sus obligaciones jurídicas internacionales, los Estados concederán reparación a las víctimas por las acciones u omisiones que puedan atribuirse al Estado y constituyan violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario. Cuando se determine que una persona física o jurídica u otra entidad está obligada a dar reparación a una víctima, la parte responsable deberá conceder reparación a la víctima o indemnizar al Estado si éste hubiera ya dado reparación a la víctima.

En el sistema regional, la Convención Americana de Derechos Humanos establece esta obligación en su artículo 63.1 al señalar la obligación de garantizar al lesionado el goce de su derecho o libertad conculcados y estableciendo la obligación de reparar las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la violación de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada.

En relación con este precepto la Corte Interamericana ha establecido que:

Refleja una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre la responsabilidad de los Estados. De esta manera, al producirse un hecho ilícito imputable a un Estado, surge de inmediato la responsabilidad internacional de éste por la violación de la norma internacional de que se trata, con el consecuente deber de reparación y de hacer cesar las consecuencias de la violación.¹⁴⁰

Además en su jurisprudencia ha establecido lo siguiente respecto al alcance y contenido de las reparaciones:

¹³⁹ *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional*, Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 16 de diciembre de 2005.

¹⁴⁰ Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, op. cit., párrafo 208; Caso Baldeón García Vs. Perú, op. cit., párrafo 175; Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de marzo de 2006. Serie C No. 146, párrafo 196; y Caso Acevedo Jaramillo y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de febrero de 2006. Serie C No. 144. Párrafo 295.



Las reparaciones, como el término lo indica, consisten en las medidas que tienden a hacer desaparecer los efectos de las violaciones cometidas. Su naturaleza [...] depende del daño ocasionado [...]¹⁴¹

La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional requiere, siempre que sea posible, la plena restitución (*restitutio in integrum*), la cual consiste en el restablecimiento de la situación anterior a la violación. De no ser esto posible, cabe al tribunal internacional determinar una serie de medidas para que, además de garantizar el respeto de los derechos conculcados, se reparen las consecuencias que produjeron las infracciones [...]¹⁴²

Por su parte, la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en su artículo 46 establece:

Concluida la investigación, el Visitador correspondiente formulará, en su caso, un proyecto de Recomendación o Acuerdo de No Responsabilidad en los cuales se analizarán los hechos, los argumentos y pruebas, así como los elementos de convicción y las diligencias practicadas a fin de determinar si las autoridades o servidores públicos han violado o no los derechos humanos de los afectados [...]

En el proyecto de Recomendación, se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y, si procede para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado.

En ese sentido, puede concluirse que el Estado tiene la obligación de cumplir con la reparación del daño ocasionado a las víctimas por violaciones a los derechos humanos cometidas por parte de sus servidores públicos.

VII.3 Modalidades de la reparación aplicable al presente caso

En el ámbito de los derechos humanos se ha considerado que la reparación por excelencia es la “*restitutio in integrum*”, que consiste en el restablecimiento de las cosas al estado en el que se encontraban antes de la violación perpetrada.¹⁴³

No obstante, en casos como en el presente en que la afectación a la integridad personal en perjuicio de la víctima impide por los daños ocasionados restablecer la condición que guardaba antes de ocurrida la violación a sus derechos humanos, hace necesaria la discusión de otras formas a través de las cuales puede repararse a las víctimas.

¹⁴¹ Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C No. 125, párrafo 193.

¹⁴² *Ibidem*. párrafo 182.

¹⁴³ CoIDH, Caso Bámaca Velásquez v. Guatemala. Sentencia de reparaciones, 22 de febrero 2002, serie C, No. 91, para. 39; CoIDH, Caso Velásquez Rodríguez v. Honduras, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de julio de 1989. Serie C No. 7, para. 27

Indemnización

La indemnización es reconocida como una medida compensatoria y se refiere a los perjuicios materiales sufridos, entre ellos, el daño emergente, el lucro cesante e incluye también, el daño moral sufrido por las víctimas.¹⁴⁴ Éste debe concederse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por todos los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos.

A su vez, su monto depende del nexo causal con los hechos del caso *sub judice*¹⁴⁵, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.¹⁴⁶ La reparación no puede implicar ni un empobrecimiento ni un enriquecimiento para la víctima o sus sucesores.¹⁴⁷

Rehabilitación

Ésta debe incluir “la atención médica y psicológica, y los servicios jurídicos y sociales.”¹⁴⁸

Satisfacción

La satisfacción debe incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de las medidas siguientes: a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones; b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad; c) una declaración oficial o decisión judicial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima; d) una disculpa pública; y e) la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de las violaciones.¹⁴⁹

Garantías de no repetición

Las garantías de **no repetición** consisten en implementar las medidas positivas para conseguir que los hechos lesivos como los que originaron la reparación no se repitan.¹⁵⁰

¹⁴⁴ CoIDH, *Caso Velásquez Rodríguez v. Honduras*, op cit., nota 82 para. 38.

¹⁴⁵ CoIDH, *Caso Comunidad Indígena Yakyye Axa Vs. Paraguay, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 17 de junio de 2005, serie C, No 125.

¹⁴⁶ CoIDH, *Caso Ticona Estrada y otros Vs. Bolivia, Fondo, Reparaciones y Costas*, 27 de noviembre de 2008, serie C, No. 191, para 134; CoIDH, *Masacre de las dos Erres Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*, 24 de noviembre de 2009, serie C, No 211.

¹⁴⁷ CoIDH, *Caso Castillo Paéz VS. Perú*, op cit., nota 80, para 53

¹⁴⁸ *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional*, numeral 21.

¹⁴⁹ *Cfr. Ibidem.* numeral 22.

¹⁵⁰ CoIDH, *Caso Bámaca Velásquez v. Guatemala*, op cit., nota 82, para 40.

VIII. Recomendaciones

1. AL SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL DEL DISTRITO FEDERAL

Primero. En un plazo que no exceda de 15 días hábiles contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, verifique y documente de manera adecuada y completa, la condición actual de las instalaciones de los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada”, con especial énfasis en las áreas del comedor, la cocina, la despensa, los baños, los dormitorios y el área médica.

A partir de allí, diseñe, elabore e implemente de manera inmediata las acciones que sean necesarias para que de forma permanente el total de las instalaciones de esos Centros, se encuentren en óptimas condiciones de funcionamiento, sanidad y seguridad para las personas usuarias de los mismos.

Segundo. En un plazo que no exceda de 15 días hábiles, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, verifique en todos los Centros de Asistencia e Integración Social del Instituto de Asistencia e Integración Social cuales de las usuarias y los usuarios de esos Centros, cuentan con una discapacidad mental y los remita de manera inmediata a los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada” respectivamente, a fin de que se les brinde la atención correspondiente a su discapacidad y se les practiquen los diagnósticos y tratamientos correspondientes al tipo de capacidad que tengan.

Tercero. En un plazo que no exceda de 1 mes, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se realice un censo de las personas usuarias de los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada”. Ese censo debe dar cuenta de: a) el número de las y los usuarios que actualmente se encuentran en cada uno de esos Centros b) el sexo, la edad, situación económica, el origen y/o procedencia de cada persona; c) el tiempo de internación que cada una de las personas usuarias tiene en el respectivo Centro en el que se encuentra; y d) la forma de arribo a cada uno de esos Centros.

Cuarto. En un plazo que no exceda de 3 meses, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se elabore un diagnóstico de la situación actual de esta población que tenga en cuenta: a) los datos obtenidos a partir del censo mencionado en el punto anterior; b) la situación de abandono, contexto familiar y social de las personas usuarias de los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada”; c) el diagnóstico médico de ingreso, las actualizaciones de ese diagnóstico y el tratamiento médico que recibe cada uno de las personas usuarias de los C.A.IS., en razón de su discapacidad mental; d) el número de personas encargadas de atender, cuidar y asistir a las personas usuarias de esos Centros, incluyendo personal médico y administrativo; y e) capacidades instaladas, equipo médico, medicamentos e infraestructura con el que cuenten los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada”, así como la demás población usuaria que se encuentra en los diversos centros de asistencia.

A partir de ahí, en un plazo no mayor de 6 meses, contado desde la conclusión de ese diagnóstico y considerando los resultados que el mismo arroje, elabore e implemente una estrategia que se institucionalice encaminada a erradicar prácticas, conductas y en general cualquier acción u omisión que sea violatoria de los derechos humanos de las usuarias y los usuarios de los Centros de



Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada” , así como la demás población usuaria que se encuentra en los diversos centros de Asistencia, en especial aquellas que violen su derecho a la dignidad humana y que estén directamente relacionadas con las condiciones de saneamiento de las instalaciones de esos Centros (particularmente sanitarios, el comedor, los dormitorios, los pasillos y las áreas verdes) y las condiciones de higiene, vestido y alimentación de las personas usuarias de los mismos.

Quinto. En un plazo que no exceda de 15 días hábiles, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, revise el perfil profesional y el nivel de capacitación en derechos humanos, salud mental, discapacidad y perspectiva de género, que tengan todas las personas encargadas de atender, cuidar, asistir, habilitar, rehabilitar o cualquier otra función relacionada con la garantía de los derechos humanos de las personas usuarios de los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada”, teniendo en cuenta su formación académica y/o experiencia laboral.

A partir de esa revisión, en un plazo que no exceda de 2 meses, con la asistencia de una o varias organizaciones de la sociedad civil especializadas en los temas antes mencionadas, diseñe e implemente un programa de capacitación dirigido a todos los funcionarios que laboran en los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada”, asegurándose que en todo caso, la capacitación sea en un lenguaje claro, sencillo y que incluya el contenido de los derechos a la salud, a la vida en condiciones de dignidad, a un nivel de vida adecuado, a la integridad personal, a la igualdad y no discriminación y el derecho a vivir en comunidad de las personas con discapacidad mental. Además de lo anterior, la capacitación debe incluir los contenidos de la fundamentación (correspondiente al estándar jurídico) y el posicionamiento de la presente Recomendación.

Sexto. En un plazo que no exceda de 3 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, bajo el acompañamiento y/o asistencia de una o varias organizaciones de la sociedad civil especializadas en temas de discapacidad y salud mental, se revise diseño, elabore e implemente un manual de atención para las personas con discapacidad mental dirigido a las personas encargadas de atender, cuidar, asistir, habilitar, rehabilitar o cualquier otra función relacionada con la garantía de los derechos humanos de las personas usuarios de los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada”. Posterior a ello y mientras existan en dichos Centros personas usuarias con discapacidad mental, ejerza una labor de monitoreo constante sobre el cumplimiento de ese manual de atención, implementando, en su caso, las medidas pertinentes para evitar que el incumplimiento de lo señalado en dicho manual.

Séptimo. En un plazo que no exceda de un año, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, bajo el acompañamiento y/o asistencia de una o varias organizaciones de la sociedad civil especializadas en temas de discapacidad y salud mental, diseñe, elabore e implemente una estrategia encaminada a crear redes comunitarias con miras a reinsertar en la sociedad de manera gradual, a las personas usuarias de los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada”, que estén en condiciones de hacerlo, teniendo en cuenta que la reinserción hace parte del proceso de rehabilitación. Para ello, será necesario buscar espacios donde puedan recibir capacitación en alguna labor u oficio, estudiar, desarrollar terapias ocupacionales, recrearse, colaborar e intervenir en diferentes actividades que sean útiles a la sociedad y en general realizar todas las acciones encaminadas a restablecer los vínculos familiares que puedan tener los usuarios y las usuarias de dichos Centros.



De manera paralela y en el mismo plazo con la estrategia arriba comentada, diseñar, elaborar e implementar una campaña de sensibilización dirigida a todas las personas que habitan y transitan en el Distrito Federal, respecto de los derechos de las personas con discapacidad mental, en especial sobre el derecho a vivir en comunidad.

Octavo. En un plazo que no exceda de 6 meses, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, diseñe, elabore e implemente un mecanismo de supervisión y monitoreo permanente respecto de: (i) los servicios y la atención que se presta a las personas usuarias de los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada”; (ii) el cumplimiento del manual de atención a las personas usuarias de que trata el punto sexto recomendatorio; y (iii) de la estrategia de que trata el párrafo segundo del cuarto punto recomendatorio, con el fin de identificar todas las acciones u omisiones que son violatorias de derechos humanos y en su caso, implementar o fortalecer las medidas pertinentes para cesar dichas violaciones.¹⁵¹

Noveno. En un plazo que no exceda de 6 meses, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, coordinar con la Secretaría de Salud del Distrito, vía la Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal las acciones que sea necesarias para lograr la atención especializada de Primer Nivel respecto de la población usuaria de los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada”.

Lo anterior, en términos de la línea de acción 2205 del Programa de Derechos Humanos, la que establece como línea estratégica crear y poner en marcha un mecanismo de coordinación, evaluación y articulación permanente de las acciones intersectoriales de los distintos niveles de gobierno que abarca la salud de las personas con discapacidad en el D. F., a fin de brindarles atención integral, en cumplimiento a su derecho al más alto nivel posible de salud física y mental.

Décimo. En un plazo que no exceda de 6 meses, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, diseñe e implemente de manera permanente un mecanismo adecuado y viable encaminado a identificar si todas las personas usuarias de los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada”, cuentan con familiares que puedan contribuir en los procesos de rehabilitación y reinserción a la comunidad, además de auxiliar a las usuarias y los usuarios en los eventos en que sea necesario iniciar acciones para la protección de sus derechos humanos.

Undécimo. En un plazo que no exceda de un año, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, realice todas las acciones que sean necesarias para crear una casa de entrenamiento o “Casa de Medio Camino” en el Centro de Asistencia e Integración Social “La Cascada”, a fin de que las usuarias del mismo Centro estén en igualdad de condiciones para rehabilitarse y reinsertarse de manera paulatina a la sociedad.

2. AL SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

¹⁵¹Lo anterior, con independencia de las acciones que como parte de una atención emergente han impulsado. La intención de este punto recomendatorio tiene como finalidad la institucionalización de un mecanismo de seguimiento y atención.



Decimosegundo. En un plazo que no exceda de tres meses, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, realice una evaluación sobre la vinculación y el cumplimiento del Programa de Salud Mental 2011, en relación con la atención especializada que requiere la población usuaria de los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada”. Respecto del resultado que arroje esa evaluación y teniendo en cuenta los aspectos que se identifiquen como pendientes, se incluyan en el Programa de Salud Mental correspondiente a 2012 el cual, en todo caso, debe incluir la participación de personal especializado, la adquisición de medicamentos relacionados con enfermedades y/o padecimientos mentales y la creación de áreas de psiquiatría en los hospitales de primer nivel que existen en el Distrito Federal, para la atención de esta población.

Decimotercero. Una vez realizado lo indicado en el punto que antecede, en un plazo que no exceda de un mes, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, y en coordinación con la Secretaría de Desarrollo Social, se lleven a cabo todas las acciones necesarias para actualizar los diagnósticos relacionados con la salud mental para la elaboración de los diagnósticos de los usuarios y usuarias con discapacidad mental y/o psicosocial aludidos que se encuentren en los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada”, así como la demás población usuaria que se encuentra en los diversos centros de asistencia.

Decimocuarto. En un plazo que no exceda de 6 meses, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se solicite la asignación de presupuesto suficiente, para realizar todas las acciones que se requieran para garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las personas usuarias con discapacidad mental y/o psicosocial aludidos que se encuentren en los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada”. Lo anterior atendiendo a lo dispuesto por los artículos 28 al 33 y demás, relativos de la Ley del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Decimoquinto. En un plazo que no exceda de 6 meses, contado a partir de la emisión de la presente Recomendación, en coordinación con la Secretaría de Desarrollo Social, se lleven a cabo las acciones que sea necesarias, para lograr la atención especializada de Primer Nivel respecto de la población usuaria de los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada”.

Lo anterior, en términos de la línea de acción 2205 del Programa de Derechos Humanos, la que establece como línea estratégica crear y poner en marcha un mecanismo de coordinación, evaluación y articulación permanente de las acciones intersectoriales de los distintos niveles de gobierno que abarca la salud de las personas con discapacidad en el D. F., a fin de brindarles atención integral, en cumplimiento a su derecho al más alto nivel posible de salud física y mental.

Decimosexto. En un plazo que no exceda de 6 meses contado a partir de la emisión de la presente Recomendación, en coordinación con el Instituto para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad se impulse una reforma de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal con miras a una armonización legislativa, para que en dicha ley se reconozca el derecho a las personas a vivir en comunidad a la luz de lo establecido en el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Decimoséptimo. En un plazo que no exceda de 6 meses contado a partir de la emisión de la presente Recomendación, en su calidad de miembro del Consejo de Salud Mental para el Distrito



Federal, impulse el diseño, elaboración y la inmediata implementación de un mecanismo mediante el cual se supervise la ejecución, efectiva y adecuada, de los recursos asignados a salud mental (artículo 66 de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal) de las personas con discapacidad mental que habitan y transitan en el Distrito Federal, en especial de las personas usuarias de los Centros de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” y “La Cascada” así como la demás población usuaria que se encuentra en los diversos centros de asistencia, a la luz de lo señalado en el artículo 37 de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal.

Por otra parte, de conformidad con los artículos 48 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, y 140 y 142 de su Reglamento Interno, le comunico que dispone de un plazo de 15 días hábiles contados a partir del día siguiente al que se notifique esta Recomendación, para responder si la acepta o no; en el entendido que de no aceptarla, su respuesta se podrá hacer del conocimiento de la opinión pública. En caso de que se acepte la misma, se le notifica que dispondrá de un plazo de 10 días hábiles, contados a partir del vencimiento del término del que disponía para responder sobre la aceptación, a fin de enviar las pruebas de su cumplimiento a la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de este Organismo, que con fundamento en los artículos 144 y 145 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, es el área responsable de calificar las Recomendaciones de acuerdo con su aceptación y cumplimiento.

Con fundamento en el artículo 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la presente Recomendación tiene el carácter de pública.

Así lo determina y firma,

El Presidente de la Comisión de Derechos
Humanos del Distrito Federal

Luis Armando González Placencia

C.c.p. Lic. Marcelo Ebrard Casaubón, Jefe de Gobierno del Distrito Federal.

Lic. Juan Armando Ruiz Hernández, Director General del Instituto para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad.