



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE DERECHO INTERNACIONAL

Director de Seminario: Dra. María Elena Mansilla y Mejía

“LA PROTECCIÓN DEL ENFERMO MENTAL EN EL
DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS”

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL TÍTULO DE
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A:

LILIA ANGÉLICA ARELLANO PALOMINO

Asesor de Tesis:
Lic. Ernesto Reyes Cadena



Ciudad Universitaria, 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Facultad de Derecho y su profesorado, por consagrar sus esfuerzos a la formación de su alumnado y ofrecerme la oportunidad de realizarme como profesionista.

Al Lic. Ernesto Reyes Cadena por su admirable respaldo en la elaboración de esta exposición.

A la Dra. Maria Elena Mansilla y Mejía, a la Maestra Elisa Schiavo y al personal del Seminario de Derecho Internacional por su valioso apoyo para la conclusión de este trabajo.

A Xavier por ser mi razón de todo...

A mi madre por ser mi inspiración y convertirme en lo que soy. Gracias por tu amor, tus ganas de vivir y por permitirme disfrutarte.

A mi padre por enseñarme que pese a todo siempre hay que seguir adelante. Gracias por tu dedicación, tus esfuerzos, tus consejos.

A mis inseparables Ana, Quetzelli, Rebeca y Demian y a todas aquellas personas que forman parte de mi vida, que siempre me han brindado su apoyo, amistad y cariño.

*“Nuestra generación no se habrá lamentado tanto de los crímenes de los perversos como del
estremecedor silencio de los bondadosos”*

Martin Luther King



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO
Seminario de Derecho Internacional

ING. LEOPOLDO SILVA GUTIÉRREZ

**DIRECTOR GENERAL DE LA
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
PRESENTE**

La alumna **LILIA ANGÉLICA ARELLANO PALOMINO** con número de cuenta **96243156** inscrita en el Seminario de Derecho Internacional bajo mi dirección, elaboró su tesis profesional titulada "**LA PROTECCIÓN DEL ENFERMO MENTAL EN EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS**" dirigida por el LIC. ERNESTO REYES CADENA, de su revisión por quien suscribe, fue aprobado por cumplir con los requisitos reglamentarios, en la inteligencia de que el contenido y las ideas expuestas, en la investigación, así como su defensa en el examen oral, son de la absoluta responsabilidad de su autor, esto con fundamento en el artículo 21 del Reglamento General de Exámenes y la fracción II del artículo 2º de la Ley Orgánica de la Universidad Nacional Autónoma de México.

De acuerdo con lo anterior y con fundamento en los artículos 18,19, 20 y 28 del vigente Reglamento General de Exámenes Profesionales, solicito de usted ordene la realización de los tramites tendientes a la celebración del examen profesional de la alumna mencionada.

La interesada deberá iniciar el trámite para su titulación dentro de los seis meses siguientes (contados de día a día) de aquel en que le sea entregado el presente oficio, en el entendido de que transcurrido dicho lapso sin haberlo hecho, caduca la autorización que ahora se le concede para someter su tesis a examen profesional, misma autorización que no podrá otorgarse nuevamente, sino en el caso de que el trabajo recepcional conserve su actualidad y siempre que la oportuna iniciación del trámite para la celebración del examen, haya sido impedida por causa grave, todo lo cual calificará la Secretaría General de la Facultad.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cd. Universitaria, a 7 de agosto de 2007

DRA. MARÍA ELENA MANSILLA Y MEJÍA.
DIRECTORA DEL SEMINARIO



FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO
DE
DERECHO INTERNACIONAL

MEMYM/plr.

ÍNDICE

Introducción.	1
 CAPÍTULO PRIMERO. MARCO CONCEPTUAL Y ASPECTOS PRELIMINARES.	
1.1 El enfermo mental.	
1.1.1. Concepto de enfermedad mental.	5
1.1.2. Clases de enfermedad mental.	7
1.2. El Derecho Internacional de los Derechos Humanos.	
1.2.1. Concepto y características de los derechos humanos.	13
1.2.2. Generaciones de los derechos humanos.	15
1.2.3. Derecho Internacional de los Derechos Humanos.	17
1.3. El enfermo mental como grupo vulnerable en el Derecho Internacional.	20
 CAPÍTULO SEGUNDO. PRINCIPALES INSTRUMENTOS EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS A NIVEL INTERNACIONAL REFERENTES A LOS ENFERMOS MENTALES.	
2.1. Breve introducción.	22

2.2. Instrumentos convencionales.	
2.2.1. Convenio (159) sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.	23
2.2.2. Convención sobre los derechos del niño.	25
2.3. Instrumentos declarativos, principios, normas, programas y reglas internacionales.	
2.3.1. Documentos emanados de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas.	
2.3.1.1. Declaración de los derechos del niño.	27
2.3.1.2. Declaración de los derechos del retrasado mental.	28
2.3.1.3. Declaración de los derechos de los impedidos.	29
2.3.1.4. Programa de acción mundial para los impedidos.	32
2.3.1.5. Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.	37
2.3.1.6. Directrices de Tallin para el desarrollo de los recursos humanos en la esfera de los impedidos.	39
2.3.1.7. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.	40
2.3.1.8. Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.	47

2.3.2	Documentos emanados del Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas.	
2.3.2.1.	Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos.	52
2.3.3.	Documentos emanados de la Organización Mundial de la Salud.	
2.3.3.1.	Programa mundial de acción en salud mental.	53
2.3.4.	Documentos emanados de la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas.	
2.3.4.1.	Los derechos de las personas con discapacidad.	58
2.3.5.	Documentos emanados de la Asociación Mundial de Psiquiatría.	
2.3.5.1.	Declaración de Hawai.	60
2.3.5.2.	Declaración de Madrid.	61
2.3.6.	Documentos emanados de la Asociación Médica Mundial.	
2.3.6.1.	Declaración sobre los problemas éticos de pacientes con enfermedades mentales.	63
2.4.	La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.	64

CAPÍTULO TERCERO.

ORGANISMOS INTERNACIONALES CON PARTICIPACIÓN EN LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ENFERMOS MENTALES.

3.1. Organización Mundial de la Salud.	72
3.2. Organización Internacional del Trabajo.	75
3.3. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.	79
3.4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.	83
3.5. Consejo Económico y Social de la Organización de Naciones Unidas.	86
3.6. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.	88
3.7. La Comisión de Derechos Humanos y el nuevo Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas.	91
3.7.1. Subcomisión para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos.	99
3.8. Mecanismos especializados. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y los Relatores Especiales.	101
3.9. El papel de las Organizaciones No Gubernamentales.	107

CAPÍTULO CUARTO.

LA PROTECCIÓN DEL ENFERMO MENTAL EN EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.

4.1. Situación actual del enfermo mental en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.	111
4.2. Las necesidades actuales para el debido ejercicio de los derechos humanos de los enfermos mentales. Las tareas pendientes de los Estados.	
4.2.1. Promoción de la salud mental.	112
4.2.2. Información actualizada sobre salud mental.	113
4.2.3. Legislación sobre salud mental.	114
4.2.4. Estrategias orientadas a evitar la discriminación.	115
4.2.5. Educar a la comunidad.	117
4.2.6. Formulación de políticas de salud mental.	119
4.2.6.1. Diagnóstico e intervención tempranas.	120
4.2.6.2. Disponibilidad de medicamentos.	120
4.2.6.3. Brindar una amplia gama de servicios.	121
4.2.6.4. Integración de la salud mental en los servicios de salud generales.	122
4.2.6.5. Creación de vínculos intersectoriales.	123
4.2.6.6. Fomento de investigaciones.	124
4.2.7. Educación inclusiva.	125
4.2.8. Empleo, rehabilitación laboral y seguridad social.	127
4.2.9. Los derechos humanos de los enfermos mentales en instituciones penitenciarias.	131
4.2.10. Los derechos humanos de los enfermos mentales en instituciones psiquiátricas. La exigencia del cambio: La atención comunitaria.	132

4.2.11. El requerimiento de protección a las familias de los enfermos mentales.	134
4.2.12. Desarrollo de recursos humanos.	137
4.2.13. Acciones presupuestarias.	138
4.3. ¿Cómo lograr la debida protección de los derechos humanos del enfermo mental?	140
Conclusiones.	143
Bibliografía.	149
Anexo 1. Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud mental, Décima Edición.	I
Anexo 2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, Cuarta Edición.	XXIII
Anexo 3. Cuadro comparativo Comisión de Derechos Humanos vs. Consejo de Derechos Humanos.	XLII
Anexo 4. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo.	XLIII

INTRODUCCIÓN

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, se consagró como derecho humano fundamental en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud hace ya más de cinco décadas. Dicha organización hace todo lo posible porque este derecho sea una realidad para todos y concede especial atención a los más pobres y los más vulnerables.

La Organización de las Naciones Unidas estima que en el mundo existen alrededor de 600 millones de personas con discapacidad, de las cuales cerca de 400 millones se encuentran en los países en vías de desarrollo.*

Desafortunadamente, en la mayor parte del mundo, ni remotamente se le atribuye a la salud mental la misma importancia que a la salud física, y las personas que padecen una enfermedad mental más bien han sido objeto de abandono e indiferencia.

Frecuentemente los enfermos mentales y sus familias son objeto de exclusión, rechazo social, discriminación y estigmatización por su condición y, en el caso de aquellos que se encuentran recluidos en alguna institución psiquiátrica o penitenciaria, muy a menudo les son violentados sus derechos

* ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados*, Documento CE138/15 del Comité Ejecutivo, 138° sesión, 19 de mayo de 2006, pág.1.

fundamentales, ésta es la razón por la que el Derecho Internacional las ha catalogado como un grupo vulnerable y, por ende, es necesaria la promoción y protección de sus mínimos derechos.

Desde que la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” se convirtió en legislación internacional, se han establecido muchas otras convenciones y organismos especializados con el fin de supervisar y alcanzar niveles óptimos en el cumplimiento de los derechos humanos en diversos asuntos concretos, como es el caso que nos ocupa: la discapacidad mental.

En abundancia se ha subrayado el derecho de las personas con discapacidad, incluidas aquellas que padecen un trastorno mental, a las mismas oportunidades que los demás ciudadanos y a disfrutar en un plano de igualdad de las mejoras en las condiciones de vida resultantes del desarrollo económico y social.

El propósito de “La protección del enfermo mental en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos” es ofrecer una visión más amplia sobre la situación de dichas personas dado el inminente crecimiento de afecciones mentales alrededor del mundo.

Habida cuenta que esta exposición no puede ser exhaustiva, los capítulos que a continuación anunciamos, tienen por objeto dilucidar la forma en la que los derechos que están al alcance de todas las personas, son

directamente aplicables a los enfermos mentales, así como exponer las prerrogativas particulares con las que toda persona que padece un trastorno mental cuenta.

El capítulo primero se avoca a conceptualizar los principales términos concernientes a la enfermedad mental, las clasificaciones que existen para catalogar dichas afecciones, así como delimitar el lugar que ocupan los enfermos mentales dentro del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

El segundo apartado recaba los principales instrumentos a nivel internacional que versan sobre la discapacidad mental, enuncia de esta manera, los mínimos y principales derechos de las personas que padecen una enfermedad mental. Resalta en este rubro la reciente aprobación de la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, misma que, a la fecha de impresión del presente trabajo, aún no entra en vigor pero de la que se tienen altas expectativas.

El objetivo del tercer capítulo es dar cuenta brevemente de algunos de los principales organismos del Sistema de las Naciones Unidas que devienen de gran importancia al poseer una amplia gama de participación para la promoción y protección de los derechos humanos de los enfermos mentales.

Finalmente, el capítulo cuarto plantea que es necesario atender el problema de la discapacidad mental como una responsabilidad social compartida y no individual. Se fundamenta en los instrumentos de carácter

internacional que versan sobre los derechos de los enfermos mentales, las recomendaciones propuestas en los mismos y las elaboradas por los organismos internacionales de las Naciones Unidas y que incluyen la necesidad de promocionar y proteger los derechos humanos de las personas que padecen un trastorno mental de conformidad con dichos instrumentos y lineamientos internacionales, mismos que promocionan el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados con los enfermos mentales.

Los tiempos cambian. El movimiento en pro de los derechos de los discapacitados mentales ha arraigado profundamente en muchos países del mundo, especialmente durante el último decenio, es por lo que el mensaje principal de este trabajo es recordarnos algo que no deberíamos olvidar: que las personas con discapacidad mental son seres humanos y por consiguiente tienen los mismos derechos humanos que todos los demás y el derecho a disfrutarlos en el mismo grado.

CAPÍTULO PRIMERO.

MARCO CONCEPTUAL Y ASPECTOS PRELIMINARES.

1.1. EL ENFERMO MENTAL.

1.1.1. Concepto de enfermedad mental.

En primer término debemos señalar que la enfermedad o trastorno mental es la especie de un género denominado «discapacidad» misma que podemos identificar como el *“padecimiento, temporal o permanente, que implica una disminución en las facultades físicas, sensoriales o mentales de quien la padece”*.¹ La Organización Mundial de la Salud estima que los problemas de salud mental son cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial.²

Existen dos grandes clasificaciones de enfermedades o trastornos mentales reconocidas a nivel internacional. Una de ellas es la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud Mental en su décima edición elaborada por la Organización Mundial de la Salud cuyo capítulo quinto se avoca exclusivamente a categorizar los trastornos mentales y del comportamiento³ y, la segunda, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición de la Asociación

¹ COLMAN, Andrew M, Diccionario de Psicología, S.N.E, Oxford University Press, USA, 2001, Voz: Discapacidad, pág. 103.

² Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS, Invertir en Salud Mental, Ginebra, Suiza, 2004, pág. 4.

³ La cual se identifica con las siglas “CIE-10”

Americana de Psiquiatría⁴; de acuerdo con la primera, el trastorno mental es *“la existencia de un conjunto de síntomas clínicamente reconocidos asociados en la mayoría de los casos con sufrimiento e interferencia con el desarrollo personal”*⁵, por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales lo define como un *“síndrome o patrón clínicamente significativo desde el punto de vista de la conducta o psicológico que ocurre en un individuo y que está asociado con sufrimiento y discapacidad”*⁶.

Por nuestra parte y para efectos de esta Tesis, definiremos a la enfermedad mental, contrario sensu de la definición de salud mental aportada por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud como la imposibilidad de los individuos de realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades. La enfermedad mental impide a las personas que la sufren, la posibilidad de contar con bienestar, autonomía y la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente.⁷

Debemos resaltar que en las enfermedades mentales existe *“... un cambio profundo en la personalidad del individuo, en algunas de ellas se afecta el pensamiento, la inteligencia, la conciencia y, en general, existe una grave*

⁴ Conocida por las siglas “DSM-IV”

⁵ COLMAN, Andrew M, Diccionario de Psicología, Op. Cit, Voz: Trastorno mental, pág. 440.

⁶ Ibídem, pág. 441.

⁷ Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS, Invertir en Salud Mental, Op. Cit, pág. 4.

perturbación de la razón de la persona afectada, impidiéndole su pleno desarrollo como tal, trayendo como consecuencias, entre otras, el estigma y la discriminación, el menoscabo de las relaciones familiares y sociales del individuo, así como una menor calidad de vida.”⁸

1.1.2. Clases de enfermedad mental.

Una de las materias más complejas en la Psiquiatría, es la clasificación de las enfermedades mentales ya que existen criterios diferentes para ello, razón por la cual no es hasta en las últimas décadas en las que se ha hecho un esfuerzo mundial por analogar dichas clasificaciones.

Ejemplo de lo anterior es la primera edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud Mental, misma que se elaboró y aprobó en París en 1900; asimismo, en 1952 el Comité de Nomenclatura y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría publicó la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; desde entonces ambas han sido revisadas periódicamente, cada diez años aproximadamente, y han incorporado nuevas categorías diagnósticas de acuerdo con los avances de la Psiquiatría, por lo que se han convertido en las dos grandes clasificaciones que hoy en día se utilizan alrededor del mundo en forma sistemática para los diagnósticos de las

⁸ GOLDMAN H., Howard, Psiquiatría General, 4ª Edición, Editorial El manual moderno, México, 1996, pág. 85.

enfermedades mentales con tanta fiabilidad como la mayoría de las enfermedades orgánicas; y en las que no abundaremos con profundidad por no ser el objeto de este trabajo.⁹

Es importante señalar que las categorías generales de enfermedades mentales y del comportamiento incluidas en las clasificaciones antedichas, brindan un marco conceptual basado en la etiología, esto es, su propósito es valorar el origen o causa de la enfermedad, pero para evaluar los efectos de dicha enfermedad en la vida cotidiana de los individuos, existe la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud en su segunda revisión¹⁰ aprobada por la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud en mayo del 2001 y mediante la cual es posible asociar las condiciones de salud de una persona con su funcionamiento y la discapacidad mental que padezca, esto es, ligar la función corporal y la actividad del individuo, a las deficiencias o limitaciones que le impidan su pleno funcionamiento.

La aparición y evolución de las enfermedades mentales están determinadas por diversos factores, ya sea sociales, económicos y demográficos como el sexo, la edad, fuertes presiones en el lugar de trabajo, la inseguridad en el empleo o el bajo apoyo social; amenazas graves como conflictos bélicos y desastres; la presencia de enfermedades físicas importantes como el cáncer o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida; factores

⁹ Para su consulta véase Anexo 1 y 2.

¹⁰ Conocida por sus siglas "CIDDM-2" ó "CIF".

relacionados con el entorno familiar como lo son la desintegración familiar, niños en situación de calle o la explotación sexual de menores; factores biológico-ambientales como la desnutrición o los traumatismos craneoencefálicos; sin olvidar, claro está, el factor genético del individuo que aunque no es causa determinante para su padecimiento, se ha comprobado a través de investigaciones científicas que muchos de los principales trastornos mentales están asociados a él.

Las enfermedades mentales y del comportamiento se diagnostican mediante métodos clínicos similares a los utilizados para las enfermedades orgánicas, dichos trastornos son variados y heterogéneos, unos son leves y otros graves, algunos sólo son temporales, mientras que otros pueden persistir de por vida. Según la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales más frecuentes son las que a continuación describiremos de manera breve¹¹:

Depresión.- Este tipo de enfermedad mental se caracteriza por una pérdida generalizada de la energía. Sus síntomas son tristeza, desinterés, pérdida de la confianza y la autoestima, un sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, una menor capacidad de concentración, y la aparición de trastornos del sueño y la alimentación. Es considerada la quinta causa de fallecimiento en todo el mundo, y la “Carga Mundial de Morbilidad”, estudio realizado por la Organización Mundial de la

¹¹ Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS, Invertir en Salud Mental, Op. Cit, pág. 7.

Salud en conjunto con el Banco Mundial, estima que para el año 2020, se convertirá en la segunda causa de muerte a nivel mundial. Más de 150 millones de personas sufren de depresión en algún momento de su vida.¹²

Trastornos mentales por el abuso de sustancias psicoactivas.- Se trata de los causados, entre otros, por el alcohol, opioides como la heroína o el opio, sedantes e hipnóticos, marihuana, cocaína, alucinógenos y tabaco, los cuales llegan a causar intoxicación, uso nocivo, dependencia y trastornos psicóticos. Aunque el uso de estas sustancias varía de una región a otra, son el alcohol y el tabaco las más consumidas a nivel mundial. Más de 90 millones de personas al rededor del mundo sufren de este trastorno mental.¹³

Epilepsia.- Se trata de un trastorno cerebral caracterizado por la aparición recurrente de convulsiones debidas a descargas de actividad eléctrica excesiva en una parte o la totalidad del cerebro. La mayoría de los individuos que la padecen no presentan ninguna anomalía cerebral evidente, a excepción de las alteraciones eléctricas; sin embargo, pueden desarrollarse lesiones cerebrales responsables de otras disfunciones como el retraso mental. Aparece generalmente en la infancia y puede seguir una evolución crónica. Cerca de 38 millones de personas a nivel mundial son afectadas por la epilepsia.¹⁴

¹² Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS, Invertir en Salud Mental, Op. Cit, pág. 8.

¹³ Ídem.

¹⁴ Ibidem, pág. 9.

Enfermedad de Alzheimer.- Es una enfermedad mental degenerativa del cerebro caracterizada por un declive progresivo de las funciones cognitivas, de aprendizaje y del juicio. Esta enfermedad se manifiesta generalmente después de los 65 años, aunque son frecuentes los casos de comienzo temprano.¹⁵

Retraso mental.- Es un estado de desarrollo detenido o incompleto de la psiquis, caracterizado por el deterioro de las habilidades y de la inteligencia en general como las funciones cognitivas, el lenguaje y las capacidades motoras y sociales. Se denomina también discapacidad o minusvalía intelectual, se clasifica a su vez en leve, moderado, grave y profundo.¹⁶

Desórdenes conductuales en la infancia y la adolescencia.- Contrariamente a la creencia popular, los trastornos mentales y del comportamiento son frecuentes durante la infancia y la adolescencia, se clasifican en dos amplias categorías: trastornos del desarrollo psicológico y trastornos emocionales y del comportamiento. Los primeros se caracterizan por la alteración o el retraso del desarrollo de funciones específicas como el habla y el lenguaje conocidas como dislexias, o un trastorno generalizado del desarrollo como el autismo; la segunda categoría comprende trastornos de déficit de atención como hiperactividad o trastornos de conducta o emocionales.¹⁷

¹⁵ Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS, Invertir en Salud Mental, Op. Cit, pág. 9.

¹⁶ Ídem.

¹⁷ Ídem.

Esquizofrenia.- Es una enfermedad mental grave que se inicia generalmente en la adolescencia tardía o en los primeros años de la edad adulta. Se caracteriza por distorsiones fundamentales de los procesos de pensamiento y percepción y por alteraciones de la afectividad. Este trastorno afecta a las funciones más esenciales que confieren el sentimiento de individualidad, singularidad y autodirección. El comportamiento puede estar gravemente alterado en algunas fases de la enfermedad y acarrear consecuencias sociales adversas. Es el segundo de los trastornos mentales que conducen al suicidio después de la depresión. Alrededor de 25 millones de personas a nivel mundial sufren de esquizofrenia.¹⁸

En general, el tratamiento de las enfermedades mentales se realiza mediante procedimientos terapéuticos que van desde los psicofármacos hasta la psicoterapia.

Finalmente debemos señalar que desafortunadamente, en la mayor parte del mundo, no se le da a la salud mental la misma importancia que a la física, sin embargo, hoy sabemos que existe comorbilidad entre las enfermedades físicas y las mentales, por ejemplo, la depresión constituye un factor de riesgo en el cáncer y en los trastornos cardiovasculares, la ansiedad pone en marcha una cadena de alteraciones de las funciones orgánicas y aumenta la propensión a diversas enfermedades físicas; se sabe que el estrés guarda relación con la

¹⁸ Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS, Invertir en Salud Mental, Op. Cit, pág. 9.

aparición del resfriado y retrasa la cicatrización de las heridas; por lo que podemos afirmar que los trastornos mentales desempeñan un papel importante en la aparición de ciertas enfermedades y la muerte prematura.¹⁹

1.2. EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.

1.2.1. Concepto y características de los derechos humanos.

Existen diversas definiciones para los derechos humanos, mismas que obedecen en gran medida, a la orientación que se asuma o a las ideas o tendencias que se profesen, no obstante podemos encontrar, entre otras, las que a continuación se señalan y, que a nuestro juicio nos auxiliarán a ubicarnos en este tema:

*“Se entiende por Derechos Humanos al conjunto de garantías que establecen los ordenamientos legales nacionales e internacionales con objeto de proteger frente al poder público los derechos fundamentales de los seres humanos, en cuanto a su dignidad y el respeto que merecen por el mero hecho de pertenecer a la especie humana”.*²⁰

¹⁹ Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Informe de Salud en el Mundo 2001, Ginebra, Suiza, 2001, pág. 37.

²⁰ QUINTANA ROLDÁN, Carlos F., et al., Derechos Humanos, 2ª edición, Editorial Porrúa, México, 2001, pág. 21.

Nuestra Comisión Nacional de Derechos Humanos los define como: “...el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada”.²¹

Para la Organización de las Naciones Unidas, los derechos humanos abarcan lo que se conoce como derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales, todos ellos derivados de la “Declaración Universal de los Derechos del Hombre” de 1948 y de los Pactos derivados de la misma, a saber: “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” y el “Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos”, ambos adoptados en 1966. Desde entonces se han realizado numerosos tratados, declaraciones e instrumentos jurídicos en los que se recogen los derechos humanos y de los cuales se deriva la obligación de los Estados en relación con los principios de respetar, proteger y cumplir, mismos que encierran a su vez la obligación de facilitar, proporcionar y promover los derechos humanos. De lo anterior, podemos desprender las principales características de los derechos humanos:

- ✓ Son generales, ya que pertenecen a todos los seres humanos sin importar su sexo, edad, posición social o económica, condición física, preferencia religiosa o política u origen étnico.
- ✓ Son universales, porque para ellos no caben limitaciones ni fronteras, su esencia los lleva a manifestarse con validez universal.

²¹ QUINTANA ROLDÁN, Carlos F., et al., Derechos Humanos, Op. Cit. pág. 21.

- ✓ Son incondicionales, porque únicamente están sujetos a los lineamientos y procedimientos que determinan los límites de los derechos de terceros o los intereses justos de la comunidad.
- ✓ Son interdependientes, ya que están relacionados entre sí de manera tal, que es imposible la realización plena de unos sin el disfrute de otros, por lo que todos ellos deben ser garantizados, protegidos y respetados con el mismo énfasis.
- Son intransferibles o inalienables, porque el derecho subjetivo que de ellos emana, no puede ser cedido, contratado o convenido para su pérdida o menoscabo.

1.2.2. Generaciones de los derechos humanos.

Los derechos humanos han sido clasificados de diversas maneras, de acuerdo con su naturaleza, origen y contenido. La clasificación de los derechos humanos en tres generaciones es de carácter histórico ya que considera cronológicamente su aparición y es la que nuestra Comisión Nacional de los Derechos Humanos adopta²²:

Primera generación.- Se incluyen los derechos civiles y políticos, también denominados «libertades clásicas» y que fueron los primeros que se reconocieron y garantizaron en textos legales tanto a nivel internacional como

²² Cfr. QUINTANA ROLDÁN, Carlos F., et al., Derechos Humanos, Op. Cit, pág. 32.

nacional. Figuran aquí el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona, a no ser sometido a la esclavitud, servidumbre ni torturas, la igualdad ante la ley, protección frente a la detención, el encarcelamiento o el exilio arbitrario, el derecho a un proceso justo, a poseer bienes, a la participación política, el derecho a ejercer las libertades fundamentales de pensamiento, conciencia y religión, opinión y expresión, a la libertad de reunión y de asociación pacíficas, y el derecho a participar en el gobierno del país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.

Segunda generación.- La constituyen los derechos económicos, sociales y culturales, debido a los cuales los Estados implementan acciones, programas y estrategias a fin de lograr que todos los individuos los gocen de manera efectiva. Dentro de estos derechos encontramos el relativo al trabajo, el derecho a igual salario por trabajo igual, a fundar sindicatos y a sindicarse, el derecho a un nivel de vida digno, a la educación, y el derecho a tomar parte libremente en la vida cultural.

Tercera generación.- Este grupo fue promovido a partir de la década de los sesenta para incentivar el progreso social y elevar el nivel de vida de todos los pueblos, también son denominados «derechos de solidaridad» o «derechos difusos» ya que no se refieren a una persona o grupo en particular, sino a toda la sociedad en general en un marco de respeto y colaboración mutua entre los distintos Estados de la comunidad internacional; en términos generales se refieren al derecho de los pueblos para reclamar ciertas prestaciones de la

sociedad internacional. Entre otros, destacan la autodeterminación, independencia económica y política de las naciones, identidad nacional y cultural, la paz, la coexistencia pacífica, la cooperación internacional y regional, la justicia internacional, el uso de los avances de las ciencias y la tecnología, la solución de los problemas alimenticios, demográficos, educativos y ecológicos, y el derecho al desarrollo que permita una vida digna.

1.2.3. Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

La “Carta de las Naciones Unidas” constituyó el primer intento serio que se ocupó de la protección y promoción de los derechos humanos en el cuadrante internacional. Esta tendencia se consolida con la internacionalización de los derechos humanos, entendida como el hecho de que éstos no sólo son protegidos por los órganos nacionales sino también por los internacionales. Desde entonces, han tomado consistencia un conjunto de normas jurídicas y de principios fundamentales, que dieron origen al Derecho Internacional de los Derechos Humanos, y que nacieron como consecuencia de la limitación de la soberanía de los Estados a favor de las prerrogativas de la humanidad.

El Derecho Internacional de los Derechos Humanos es una nueva disciplina en la que el individuo aisladamente o en grupo, es considerado sujeto del Derecho Internacional; como consecuencia de ello, se ha producido una positivación de sus prerrogativas en declaraciones, tratados u otros

instrumentos y, en paralelo, se ha logrado la promoción y protección de esas potestades a través de órganos especializados creados para estos efectos.

Podemos definir al Derecho Internacional de los Derechos Humanos como la rama del Derecho Internacional que tiene por objeto la protección y promoción de los derechos humanos. Esta disciplina tuvo su gran apogeo a partir del año 1945 con la puesta en marcha de la “Carta de las Naciones Unidas” y la “Declaración Universal de los Derechos del Hombre” y a partir de entonces ha estado en constante evolución.

La protección y promoción de los derechos humanos tiene la función de contribuir al desarrollo del individuo a partir de la delimitación de una esfera de autonomía dentro de la cual, todas las personas puedan actuar libremente, protegidas contra los abusos de autoridades, servidores públicos y de particulares, así como a través de la creación de canales y mecanismos de participación que faciliten a los individuos tomar parte activa en el manejo de los asuntos públicos y en la adopción de las decisiones comunitarias.

Una de las características fundamentales de esta disciplina, es el hecho de que existe la posibilidad de que el individuo pueda petitionar directamente ante los organismos internacionales pues, como es sabido, en el sistema tradicional, sólo los Estados gozaban de tal legitimación lo cual significa un verdadero avance, ya que la persona se convierte en sujeto y no solamente en objeto del Derecho Internacional.

Ahora bien, como lo mencionamos con anterioridad, las obligaciones de los gobiernos con respecto a los derechos humanos guardan relación en un sentido amplio con los principios de respetar, proteger y cumplir; es así como, por ejemplo, “...la obligación de respetar ciertos derechos humanos esenciales es considerada hoy como una obligación erga omnes...”²³ como lo ha establecido la Corte Internacional de Justicia. Asimismo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha determinado que “Para los Estados miembros de la Organización, la Declaración es el texto que determina cuáles son los derechos humanos a que se refiere la Carta” ... “Es decir, para estos Estados la Declaración Americana constituye, en lo pertinente y en relación con la Carta de la Organización, una fuente de obligaciones internacionales.”²⁴

Como podemos observar, estas resoluciones imponen al Estado no sólo la obligación de respetar, de no violar los derechos consagrados, sino también la de tomar todas las medidas en el sentido de asegurar el respeto de los derechos humanos, no únicamente por parte de sus agentes y órganos, sino también por parte de los particulares, lo cual se traduce en la obligación del

²³ INTERNATIONAL COURT OF JUSTICE, “Barcelona Traction, Light and Power Company”, Limited, Second Phase, Judgment, ICJ Reports 1970, p. 3 y Legal Consequences for States of the Continued Presence of South Africa in Namibia, South West Africa, notwithstanding Security Council Resolution 276 (1970), Advisory Opinion, Reports 1971, p. 16 ad 31, citada en: CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, “Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el marco del artículo 64 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos”, Opinión consultiva OC-10/89 del 14 de julio de 1989, Serie A, núm. 10, párrafo 38, en URIOSTE BRAGA, Fernando, Responsabilidad internacional de los estados en los derechos humanos, S.N.E., Editorial B de F, Buenos Aires, Argentina, 2002, pág. 52.

²⁴ CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, “Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el marco del artículo 64 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos”, Opinión consultiva OC-10/89 del 14 de julio de 1989, Serie A, núm. 10, párrafo 45, en URIOSTE BRAGA, Fernando, Responsabilidad internacional de los estados en los derechos humanos, Op. Cit., pág. 50.

Estado de prevenir, investigar y sancionar cualquier violación a los derechos consagrados en los instrumentos de derechos humanos en donde se incluyen también a los de tipo declarativo ya que éstos constituyen fuente de obligaciones internacionales

1.3. El enfermo mental como grupo vulnerable en el Derecho Internacional.

El primer cuestionamiento que en este punto nos haremos, será qué define, caracteriza o distingue a un grupo vulnerable en el Derecho Internacional, para lo cual diremos que se trata de un “... *término utilizado comúnmente para indicar un determinado estado o circunstancia desfavorable, de desventaja o de carencia en que se encuentran personas pertenecientes a un grupo identificable, o a una categoría social determinada, respecto al grado de satisfacción de sus necesidades específicas, el goce y ejercicio pleno de sus derechos fundamentales, y el acceso a los órganos de procuración e impartición de justicia*”²⁵.

Debemos puntualizar que la noción de vulnerabilidad no se limita a la falta de satisfacción de necesidades materiales, sino que también incluye conductas discriminatorias, y coloca a quien la padece, en una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus derechos y libertades, razón por la cual los Estados tienen la responsabilidad de proteger, en este caso, a las personas

²⁵ VALADÉS, Diego, et al., coordinadores, *Derechos Humanos*, S.N.E, UNAM, México, Tomo III. Memoria del IV Congreso Nacional de Derecho Constitucional, 2001, pág. 193.

que padecen una enfermedad mental, ya que frecuentemente desconocen cuáles son sus derechos, ignoran los medios para hacerlos valer y carecen de recursos necesarios para acudir ante los sistemas de justicia.

Los grupos vulnerables no son necesariamente en todos los Estados los mismos, sin embargo, las normas tanto nacionales como internacionales de derechos humanos y salud mental, han señalado deficiencias en la atención del enfermo mental en el sistema de salud al ser sujeto de discriminaciones y abandono, al ser privado en ocasiones de su libertad y ser expuesto al riesgo de poner en peligro su integridad física, todas estas, condiciones relacionadas con la carencia de políticas para la rehabilitación social y la ausencia de un adecuado modelo institucional psiquiátrico y la posterior dificultad de reinserción a la sociedad y a la familia, las cuales ubican al enfermo mental como un grupo vulnerable.

En todo el mundo, muchas personas con enfermedades mentales son víctimas de discriminación por el simple motivo de padecer esos trastornos; con frecuencia tienen dificultades para conseguir vivienda, empleo u otros servicios que forman parte de la vida normal en la sociedad, lo que a veces provoca la agudización de sus síntomas, razón por la cual es de gran importancia la protección y promoción de sus derechos fundamentales.

CAPÍTULO SEGUNDO.

PRINCIPALES INSTRUMENTOS EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS A NIVEL INTERNACIONAL REFERENTES A LOS ENFERMOS MENTALES.

2.1. BREVE INTRODUCCIÓN.

Dos han sido los modos de reconocimiento de derechos de las personas con discapacidad en el Sistema Universal de Derechos Humanos¹. El primero de ellos ha consistido en la interpretación de los instrumentos generales de derechos humanos; se trata básicamente de una aplicación concreta del principio de universalidad de los derechos humanos y de los principios de igualdad y prohibición de discriminación a un grupo social, esto es, cuando no esté mencionado expresamente en algún instrumento artículo alguno referente a la discapacidad en específico, deberá entenderse comprendida en la fórmula «cualquier otra condición social».

Una segunda fórmula de protección, ha residido en la elaboración de instrumentos específicos referidos a los derechos de las personas con discapacidad. En general, a la fecha, los instrumentos elaborados en el Sistema Universal de Derechos Humanos referidos a las personas con discapacidad no son tratados, sino que constituyen instrumentos de “*soft law*”, es decir,

¹ Cfr. MARTÍN, Claudia, et al, Derecho Internacional de los Derechos Humanos, S.N.E., Doctrina Jurídica Contemporánea, México, 2004, pág. 642.

estándares no obligatorios que adoptan la forma de declaraciones, principios, reglas o normas, considerados guía para la interpretación de los derechos establecidos en tratados internacionales y, que al formar parte del derecho consuetudinario internacional, constituyen fuente del derecho de acuerdo con la “Carta de las Naciones Unidas”. Esta situación se vislumbra distinta con la reciente aprobación de la “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad” a la que con posterioridad nos referiremos.

Ahora bien, son varios los instrumentos internacionales no obligatorios elaborados en el seno de las Naciones Unidas referidos a los derechos de las personas que padecen alguna discapacidad ya sea física o mental, y aunque algunos de ellos ya resultan anacrónicos y superados, es importante considerarlos como antecedente o modelo de los que con posterioridad surgieron y de los que a futuro se elaboren. Al respecto debemos aclarar que dada la época en la que varios de ellos fueron elaborados, contienen términos que a la fecha ya no son de uso generalizado para referirse a las personas discapacitadas, como: «inválido», «retrasado mental» o «impedido».

2.2. INSTRUMENTOS CONVENCIONALES.

2.2.1. Convenio (159) sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.

Adoptado en Ginebra, Suiza, el 20 de junio de 1983, entró en vigor el 20

de junio de 1985 y consta de 17 artículos, en el primero de los cuales se define como inválida a “...*toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado y de progresar en el mismo queden sustancialmente reducidas a causa de una deficiencia de carácter físico o mental debidamente reconocida*”²; asimismo se señala que “... *la finalidad de la readaptación profesional es la de permitir que la persona inválida obtenga y conserve un empleo adecuado y progrese en el mismo, y que se promueva así la integración o la reintegración de esta persona en la sociedad*”.³

Esta convención establece que todo Estado miembro debe formular, aplicar y revisar periódicamente mediante la legislación nacional, las políticas sobre readaptación profesional y empleo de personas inválidas, mismas que deberán basarse en el principio de igualdad de oportunidades y de las cuales destacan las siguientes:

- ✓ Proporcionar y evaluar los servicios de orientación y formación profesionales, colocación y empleo con la finalidad de que las personas inválidas puedan obtener, conservar y progresar en un trabajo.
- ✓ Adoptar medidas para promover el establecimiento y desarrollo de servicios de readaptación profesional y empleo para personas inválidas en zonas rurales y comunidades apartadas.

² ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, “*Convenio (159) sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas*”, Ginebra, Suiza, 20 de junio de 1983, D.O.F. 30 de noviembre de 2000, en: PEDROZA DE LA LLAVE, Susana T., et. al., compiladores, Compilación de instrumentos internacionales de derechos humanos, S.N.E, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, Tomo II, 2003, pág. 190.

³ Ídem.

- ✓ Esforzarse en asegurar la formación y disponibilidad de asesores en materia de readaptación y de otro personal calificado que se ocupe de la orientación y formación profesionales, la colocación y el empleo de personas inválidas.

Es importante reconocer que, aunque esta convención no menciona específicamente a las personas que padecen una enfermedad mental, lo cual no significa que su contenido no sea aplicable a las mismas, si se trata de uno de los primeros logros de las Naciones Unidas en cuanto a reconocer que las personas discapacitadas debe contar con los mínimos derechos laborales existentes, lo cual de manera progresiva ha sido reforzado por los subsecuentes instrumentos internacionales en materia de discapacidad mental.

2.2.2. Convención sobre los derechos del niño.

Adoptada en Nueva York, Estados Unidos de América, el 20 de noviembre de 1989, esta convención entró en vigor el 2 de septiembre de 1990. A diferencia de otros tratados de derechos humanos, contiene un artículo sumamente específico sobre los derechos de los niños discapacitados, a saber el artículo 23, mismo que le concede disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su bienestar, le permitan autosuficiencia y faciliten su participación activa en la comunidad.

Por otra parte, se establece la obligación de los Estados miembros de alentar y asegurar, con base a los recursos disponibles, la prestación de la asistencia necesaria y adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de las personas que cuiden de él, misma que será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica del menor y sus cuidadores, y estará destinada a asegurar que tenga acceso a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios y de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento con el objeto de que logre la integración social y su desarrollo individual.

Asimismo, los Estados partes deberán promover con ánimo de cooperación internacional, el intercambio de información en la esfera de la atención preventiva y de tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños discapacitados, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el asegurar el acceso a esa información a fin de que puedan mejorar su capacidad y conocimientos. En este aspecto, se señala que se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Naturalmente, la inclusión de ese artículo no implica que el resto de los derechos previstos en la convención no sean aplicables a los niños discapacitados, en atención al principio de universalidad de los derechos humanos.

2.3. INSTRUMENTOS DECLARATIVOS, PRINCIPIOS, NORMAS, PROGRAMAS Y REGLAS INTERNACIONALES.

2.3.1. Documentos emanados de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas.

2.3.1.1. Declaración de los derechos del niño.

Este instrumento fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 1386 XIV, el 20 de noviembre de 1959.

Aunque se deduce que los derechos enunciados en esta declaración les serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna, ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del niño o de su familia; es el principio número 5 el que clama por aquellos física o mentalmente impedidos al establecer que los mismos deben recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular, y aunque no hace mención alguna a las características que deben revestir tales prerrogativas, debemos reconocer el esfuerzo realizado por las Naciones Unidas al ser uno de los primeros instrumentos en los que los niños discapacitados son tomados en cuenta.

2.3.1.2. Declaración de los derechos del retrasado mental.

Esta declaración, que consta únicamente de siete artículos, fue proclamada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su resolución 26/2856 XXVI y aprobada el 20 de diciembre de 1971.

Inicia por afirmar que las personas que sufren de retraso mental deben gozar de los mismos derechos que los demás seres humanos; a continuación enumera las prerrogativas que revisten particular importancia para ellas como son la atención médica y el tratamiento físico que requieran en su caso, la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que les permitan desarrollar al máximo su capacidad y aptitudes.

Sostiene además, en sus artículos tercero y cuarto, que el retrasado mental tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decoroso, y en la medida de sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil, de ser posible debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio y participar activamente en la comunidad. Asimismo, en el caso de que sea necesario internarlo en una institución psiquiátrica, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal.

Igualmente dispone en su artículo quinto, que el retrasado mental debe contar con un tutor calificado cuando resulte indispensable para la protección de

su persona y sus bienes. Además su artículo sexto establece que el retrasado mental debe ser protegido contra toda explotación y abuso o trato degradante y, que en el caso de que sea objeto de alguna acción judicial, deberá ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad con respecto a sus facultades mentales.

Este instrumento concluye al afirmar que en el supuesto de que un retrasado mental no sea capaz de ejercer efectivamente todos sus derechos o, si se hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee para ello deberá involucrar salvaguardas jurídicas que lo protejan contra todo abuso. Dicho procedimiento deberá basarse en una evaluación de su capacidad por expertos calificados, sin perder de vista que tal limitación o supresión quedará sujeta a revisiones periódicas y reconocerá el derecho de apelación ante autoridades superiores.

Debemos reconocer la importancia de esta declaración que dada la fecha en que fue elaborada, es consciente de la necesidad de proteger los intereses de los enfermos mentales y, en particular, advierte en contra de que se tome la incapacidad como pretexto para la supresión de los derechos de los mismos.

2.3.1.3. Declaración de los derechos de los impedidos.

Proclamada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones

Unidas mediante resolución 30/3447 XXX, el 9 de diciembre de 1975, la “Declaración de los derechos de los impedidos”, designa a éstos como “... *toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.*”⁴

Afirma que tanto el impedido como su familia, deben gozar de todos los derechos fundamentales que cualquier otra persona sin excepción alguna y sin distinción ni discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento o cualquier otra circunstancia.

Le profiere además los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos, asimismo, enumera diversos derechos económicos y sociales que revisten importancia clara para el desarrollo de sus capacidades y su integración o reintegración social, como son el derecho a recibir atención médica y psicológica, educación, formación y readaptación profesionales a través de los servicios de colocación y otras asistencias que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y a ejercer una ocupación útil, productiva y remunerativa, seguridad económica y social y a un nivel de vida decoroso, así como a formar parte de organizaciones sindicales.

⁴ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “*Declaración de los derechos de los impedidos*”, Resolución 30/3447 XXX de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 9 de diciembre de 1975 en: PEDROZA DE LA LLAVE, Susana T., et. al., compiladores, Compilación de instrumentos internacionales de derechos humanos, S.N.E, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, Tomo I, pág. 140.

El impedido tiene derecho a ser protegido contra toda explotación, trato discriminatorio, abusivo o degradante, a vivir en el seno de su familia o de un hogar que la sustituya y a participar en todas las actividades sociales o recreativas y determina que si fuese indispensable la permanencia del impedido en un establecimiento especializado, el medio y las condiciones de vida en él deberán asemejarse lo más posible a las de las personas de su edad.

Asimismo, establece que el impedido debe poder contar con asistencia jurídica competente cuando sea indispensable para la protección de su persona y sus bienes.

Esta declaración insta a los Estados miembros a que se tengan en cuenta las necesidades particulares de los impedidos en la planificación económica y social. Se reconoce además el derecho de las organizaciones de impedidos a ser consultadas respecto de todos los asuntos que se relacionen con los derechos humanos de dichas personas.

Debemos reconocer el esfuerzo realizado por las Naciones Unidas, por seguir los pasos de la “Declaración de los derechos del retrasado mental” y lograr el establecimiento de los mínimos derechos de las personas discapacitadas, y que en comparación a ésta, contiene un lenguaje más específico así como la mención de derechos que aquella no confería.

2.3.1.4. Programa de acción mundial para los impedidos.

Aprobado por resolución 37/52 el 3 de diciembre de 1982 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el objetivo de este programa es el de “...promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y para la rehabilitación y la realización de los objetivos de igualdad y de plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo.”⁵

Consta de tres capítulos, en el último de los cuales, se establecen diversas propuestas a los Estados miembros tanto a nivel nacional como internacional, con el fin de ejecutar dicho programa y cumplir con los objetivos del mismo y en las que abundaremos a continuación.

Según el párrafo 90, para la ejecución del programa entre otras cosas, se exige el desarrollo de programas nacionales a largo plazo, para lo cual cada Estado miembro asumirá la responsabilidad de crear legislación adecuada y las bases jurídicas necesarias para la adopción de medidas tendientes al logro del objetivo principal del programa, el suministro de oportunidades mediante la eliminación de barreras a la plena participación, el establecimiento o movilización de las organizaciones públicas y privadas pertinentes para los impedidos y la prestación de apoyo a la creación y desarrollo de organizaciones

⁵ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “Programa de acción mundial para los impedidos”, Resolución 37/52 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 37º período de sesiones, 3 de diciembre de 1982, párrafo 1.

de personas con discapacidad.

En sus párrafos 95 y 96, se establece la necesidad de los Estados miembros de tomar medidas apropiadas para la prevención de deficiencias y discapacidades para lo cual se requieren programas de detección e intervención coordinados en todos los niveles de la sociedad, particularmente en las zonas rurales y en los barrios pobres de las ciudades, adaptación de puestos de trabajo, equipo y medio laboral así como el establecimiento de programas de seguridad e higiene en el trabajo para impedir enfermedades profesionales, medidas de lucha contra el uso imprudente de medicamentos, drogas, alcohol, tabaco y otros estimulantes o depresivos, campañas de información pública respecto a programas de prevención de las discapacidades, así como la formación apropiada para personal médico y paramédico.

Es de importancia señalar que el programa advierte que la atención psiquiátrica de los enfermos mentales debe ir acompañada de la prestación de apoyo y orientación social en la que se incluyan a sus familias que con frecuencia están sometidas a un particular estado de tensión, ya que donde se dispone de tales servicios, disminuye el lapso de permanencia en alguna institución psiquiátrica y la probabilidad de un nuevo internamiento del enfermo mental.

Ahora bien, en los casos en que las personas con deficiencia mental adolecen también de problemas adicionales causados por dicho padecimiento,

esto es, la existencia de comorbilidad de las enfermedades, se requieren medidas para que el personal médico conozca las diversas necesidades relacionadas con dicha deficiencia.

El objetivo de la equiparación de oportunidades contenido en el programa en comento, se amplifica considerablemente en los párrafos 108 a 138 bajo los rubros legislación, medio físico, mantenimiento del ingreso y seguridad social, educación y formación, empleo, recreación, cultura, religión y deportes, mismas que son aplicables a los enfermos mentales y dentro de los cuales podemos destacar las siguientes medidas a tomar por parte de los Estados:

- ✓ En la formulación de leyes nacionales sobre derechos humanos y respecto a los comités u organismos nacionales de coordinación que se ocupen de problemas de discapacidad, debe prestarse particular atención a las condiciones que puedan menoscabar la facultad de las personas con discapacidad para ejercer los mismos derechos y libertades garantizados a sus conciudadanos, en especial los de educación, trabajo, seguridad social y la protección contra tratos inhumanos o degradantes, y examinar esos derechos desde la perspectiva de las personas con discapacidad.
- ✓ Apoyar la integración de las personas con discapacidad en el mercado laboral mediante medidas tales como empleos reservados o asignados, préstamos o donaciones para pequeñas empresas y cooperativas, contratos exclusivos o derechos de producción prioritaria, exenciones

impositivas, adquisiciones preferenciales u otros tipos de asistencia técnica o financiera a empresas que emplean a trabajadores con discapacidad.

- ✓ Procurar que las personas con discapacidad tengan las mismas oportunidades que los demás ciudadanos para participar en actividades recreativas, lo cual se traduce en la posibilidad de utilizar restaurantes, cines, teatros o bibliotecas, así como zonas vacacionales, estadios deportivos, hoteles, playas y otros lugares de recreo; asimismo, las autoridades de turismo, agencias de viaje, hoteles, y otras entidades que intervienen en la organización de actividades recreativas u oportunidades de viaje deben ofrecer sus servicios a las personas con discapacidad.
- ✓ Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a las actividades culturales: danza, música, literatura, teatro y artes plásticas, con el objeto de que tengan la oportunidad de utilizar al máximo sus capacidades artísticas e intelectuales para su beneficio y el enriquecimiento de la comunidad. Si es necesario, deben realizarse adaptaciones especiales para satisfacer las necesidades de las personas con deficiencia mental o sensorial, lo cual podría incluir material de lectura adaptado a la capacidad mental del individuo.
- ✓ Para que los servicios relacionados con las discapacidades de tipo mental y físico alcancen al máximo número de personas que los precisan y que no cuentan con los mismos, es necesario prestarlos por medio de trabajadores sociales y personal médico en las comunidades, los cuales necesitarán orientación e instrucción especiales que pueden ser

proporcionadas por asesores en cuestiones de rehabilitación de la comunidad.

Ya en el ámbito internacional se insta a las organizaciones no gubernamentales a unirse al esfuerzo cooperativo para lograr los objetivos del “Programa de acción mundial para los impedidos”, y emplear para este fin las relaciones existentes entre tales organizaciones y las del sistema de las Naciones Unidas.

No olvidemos mencionar que en el programa en comento, existe una sección en la que se establece un vínculo directo entre él y los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas, se trata del párrafo 164 el cual determina que las organizaciones y los organismos del sistema de las Naciones Unidas encargados de la preparación y administración de acuerdos, pactos y otros instrumentos internacionales que puedan tener repercusiones directas o indirectas en las personas con discapacidad, deben velar por que en tales instrumentos se tome plenamente en cuenta la situación de dichos individuos respecto a los derechos humanos.

El “Programa de acción mundial para los impedidos” solicita la vigilancia periódica del mismo en los niveles nacional, regional e internacional. Se revisa cada cinco años, hasta la fecha: 1987, 1992, 1997 y 2002, sobre la base de informes presentados por el Secretario General a la Asamblea General, en los cuales de manera reiterada se recomendó que se elaborase una Convención

sobre los derechos humanos de las personas con discapacidades, proyecto presentado por nuestro país en 2001 que fue aprobado recientemente, y en el que abundaremos con posterioridad.

2.3.1.5. Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.

Aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 37/194, el 18 de diciembre de 1982, este instrumento consta de seis principios destinados a aquellos profesionales que actúan en el campo médico y paramédico.

Su principio 1 estipula que el personal de la salud, en particular los médicos encargados de prestar ayuda clínica a los reclusos y arrestados, tienen el deber de proveerles protección física y mental así como un tratamiento de la misma calidad que el proporcionado a cualquier otro paciente.

Los principios 2 y 3 de este documento se refieren a la conducta activa o pasiva del personal de la salud, en particular de los médicos, en cuanto a la participación, complicidad, incitación o intentos de aplicar torturas o infligir otro trato o castigo cruel, inhumano o degradante y que implica un severo agravio a

los acuerdos internacionales.

Entre las contravenciones a la ética médica que prevé en sus principios 4 y 5, debemos destacar las siguientes:

- ✓ Aplicar sus conocimientos y aptitudes para asistir a los interrogatorios de los presos y detenidos de una manera que pueda afectar desfavorablemente su salud física o mental.
- ✓ Certificar el estado de salud de los presos y detenidos o participar de su certificación, a los fines de algún tipo de trato o castigo que pueda afectar desfavorablemente su salud física o mental.
- ✓ Participar en cualquier procedimiento coercitivo con respecto a un preso o arrestado, salvo que dicho procedimiento esté determinado según criterios puramente médicos como son la protección de la salud física o mental, la seguridad del propio preso o detenido, de sus compañeros o de sus guardianes. Dicho procedimiento no debe presentar peligros para la salud mental del individuo.

Este instrumento debe ser apreciado dada su aplicabilidad y repercusión en el contexto de las instituciones penitenciarias, hospitalarias y psiquiátricas, aunado a que según lo establecido en su principio 6, los derechos conferidos en el mismo, no pueden derogarse en circunstancia alguna ni siquiera en caso de emergencia pública.

2.3.1.6. Directrices de Tallin para el desarrollo de los recursos humanos en la esfera de los impedidos.

Se trata de un anexo de la Resolución A/RES/44/70 de la Asamblea General de las Naciones Unidas en su 78ª sesión plenaria del 18 de diciembre de 1989 titulada “Ejecución del programa de acción mundial para los impedidos y decenio de las Naciones Unidas para los impedidos”.

Estas directrices establecen un marco para promover la participación, la formación y el empleo de personas con discapacidad en todos los niveles gubernamentales y en todos los niveles de formulación de políticas nacionales con el objetivo de igualar las oportunidades para las mismas.

Entre dichas pautas dirigidas tanto a las instituciones internacionales como nacionales, y en el caso que nos ocupa, encontramos las siguientes:

- ✓ Se prevé que las personas con trastornos mentales son uno de los grupos de ciudadanos más estigmatizados, por lo que se insiste en que tienen derecho a elegir, tomar iniciativas, dirigir sus propias vidas y vivir dentro de la comunidad, por lo que debe respetarse su condición. Se afirma que obtienen provecho de la educación, el adiestramiento de sus habilidades y las oportunidades de trabajo.
- ✓ En cuanto a la cooperación regional e internacional, deben llevarse a cabo programas de capacitación para el desarrollo de recursos humanos

en la esfera de la discapacidad. Debe otorgarse mayor atención y apoyo a las personas que sufren una enfermedad mental.

Resulta pertinente señalar que la aplicación de estas directrices depende de la acción eficaz que a nivel nacional lleven a cabo las naciones, la cual se complementa con la concertación de esfuerzos a nivel internacional, en especial las acciones emprendidas por las Naciones Unidas.

2.3.1.7. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.

Por resolución 46/119, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas adoptó este instrumento el 17 de diciembre de 1991, el cual tiene la particularidad de ser el primero dentro del ámbito internacional en avocarse exclusivamente a la protección de los enfermos mentales y el respeto a sus más básicos derechos humanos.

Cuenta con veinticinco principios, los cuales deberán ser aplicados sin discriminación alguna por razones de invalidez, raza, color, sexo, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional étnico o social, estado legal o situación social, edad, patrimonio o nacimiento. Prevé en una cláusula de restricción general, que el ejercicio de los derechos contenidos en los mismos puede estar sujeto únicamente a restricciones prescritas legalmente y que sean

necesarias para proteger la salud o seguridad del propio paciente o para proteger la seguridad pública, el orden, la salud, la moral o los derechos y libertades fundamentales de terceros.

Parte en su primer principio, titulado libertades y derechos fundamentales, por alegar que todas las personas tienen el derecho a la mejor atención psiquiátrica posible, misma que debe ser parte del sistema de atención médica y social, debe atenderseles con humanidad y respeto; asimismo, tienen el derecho a ser protegidas contra la explotación económica, sexual o de otra índole y el maltrato físico u otro trato inhumano o degradante.

Ulteriormente, al confirmar que no deberá existir discriminación por razones de enfermedad mental, define a aquélla como *“...cualquier distinción, exclusión o diferencia que tenga el efecto de anular o destruir un goce igualitario de los derechos”* ... *“La discriminación no debe implicar ninguna distinción, exclusión o preferencia, prevista de acuerdo con las disposiciones de los presentes principios y necesarias para proteger los derechos humanos de una persona con enfermedad mental, o los de otros individuos”*.⁶

Continúa por aseverar que toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá el derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos,

⁶ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *“Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental”*, Resolución 46/119 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 17 de diciembre de 1991 en: RUIZ COBO, Esther, compiladora, Derechos Humanos de las personas con discapacidad. Documentos básicos, S.N.E., Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, México, 2003, pág. 58.

económicos, sociales y culturales contenidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos y que, si por razones de su enfermedad mental, una persona carece de capacidad legal, debe nombrársele un representante personal únicamente después de realizarse un procedimiento ante tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación interna, el discapacitado debe ser representado por un asesor legal designado gratuitamente si no cuenta con los medios suficientes para pagarlo; asimismo si una corte o tribunal competente decide que una persona que padece una enfermedad mental es incapaz de manejar sus propios asuntos, se deberán tomar medidas pertinentes para asegurar la protección de sus intereses.

Este instrumento, contiene un principio concentrado en la protección de los menores, mismo que sostiene que se deberá tener un especial cuidado en proteger los derechos de los mismos y si fuera necesario deberá asignársele un representante personal preferentemente que no sea un miembro de su familia.

En el marco de las normas de atención, se establece que todo enfermo mental tiene derecho a ser tratado en las condiciones menos restrictivas y con el tratamiento menos restrictivo posibles que correspondan a sus necesidades de salud y a la exigencia de brindar protección física a terceros, los cuales deben ser administrados preferentemente en la comunidad en la que viven y por un profesional de calidad.

Al respecto, los psiquiatras deben administrar solamente una medicación de eficacia demostrada, necesariamente debe contar con el consentimiento del paciente para administrarle cualquier tratamiento después de habersele relevado en una forma adecuada y comprensible y en un lenguaje que él entienda, tanto el propósito, el método, la duración probable y el beneficio esperado del tratamiento propuesto, las formas alternativas de tratamiento y los posibles dolores o malestares, riesgos y efectos colaterales de dicho tratamiento, mismo que deberá ser registrado inmediatamente en la historia clínica del paciente en atención a que los principios establecen que el enfermo mental debe ser “... *protegido contra daños, incluso contra una medicación injustificada, contra los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas, u otros actos que causen angustia psíquica o malestar físico*”⁷.

Los principios 12 al 16 contienen las reglas a seguir en caso de que un enfermo mental sea recluso en una institución psiquiátrica, las cuales podemos resumir en los siguientes puntos:

- ✓ Todo paciente que precisa tratamiento en una institución psiquiátrica y que haya sido admitido en contra de su voluntad tendrá derecho a abandonar el establecimiento en cualquier momento, en este caso, o

⁷ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “*Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*”, Resolución 46/119 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 17 de diciembre de 1991, en: RUIZ COBO, Esther, compiladora, Derechos Humanos de las personas con discapacidad. Documentos básicos, Op. Cit., pág. 61.

cuando el paciente haya dado su consentimiento para ingresar a la institución, puede ser retenido únicamente si un profesional de salud mental calificado y autorizado legalmente para este fin, determina que debido a la enfermedad mental que padece, hay una seria probabilidad de daño inmediato o inminente para si mismo o para terceros; en este rubro cobra importancia el órgano de control que en una institución psiquiátrica se encarga de tomar la decisión de admitir o retener a una persona como paciente.

- ✓ Todo paciente deberá ser informado, tan pronto como sea posible después de su admisión al establecimiento, en una forma y en un lenguaje que pueda comprender, de sus derechos y de cual es la forma de ejercerlos. Si el paciente es incapaz de comprender esa información, y mientras ese estado persista, dichas prerrogativas serán comunicadas a su representante personal si lo tuviere y a una persona que pueda representar mejor los intereses del paciente, sin embargo, si éste posee la capacidad necesaria, tiene el derecho de nombrar a una persona que represente sus intereses ante las autoridades de la institución.
- ✓ Todo paciente de una institución psiquiátrica debe tener derecho a la intimidad, esto es, la libertad de comunicación, recibir en privado visitas de su asesor o de su representante personal y en cualquier momento razonable otras visitas, acceder a los servicios postales y telefónicos, a los periódicos, a la radio y la televisión, así mismo, tienen derecho a ejercer su religión.

- ✓ El ambiente y las condiciones de vida en los establecimientos de salud mental deben ser tan parecidos como sea posible a los de la vida de las personas de edad similar y, en particular, deben incluir instalaciones para actividades recreativas y de ocio, para la educación, así como para adquirir o recibir productos de la vida cotidiana. Entre estas medidas se deben incluir una orientación o entrenamiento vocacional y un servicio de búsqueda de trabajo para ayudar a los pacientes a conseguir o conservar un empleo en la comunidad. En ninguna circunstancia un paciente deberá realizar un trabajo obligatorio, y debe ser remunerado cuando se pague al establecimiento de salud mental por el trabajo que el paciente haya realizado.
- ✓ Las instituciones psiquiátricas deberán tener acceso a recursos como cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, a un personal médico calificado y otros profesionales en número suficiente y con el espacio adecuado para proporcionar a cada paciente intimidad, equipos de diagnóstico y terapia y un tratamiento global regular y adecuado.

El principio 19 de este instrumento expresa también, el derecho de que el paciente, incluso los ex pacientes, tengan acceso a la información concerniente a su salud y a los datos personales registrados en la institución psiquiátrica, y de esta manera establece que “... *cualquier información de este tipo que no se haya entregado al paciente, se debe proporcionar a su representante personal y*

al asesor cuando eso puede hacerse con carácter confidencial...⁸

Existe dentro de este documento, un apartado especial para los delincuentes el cual se aplica a “...*las personas que cumplen sentencia de prisión por delitos penales, o que se encuentran detenidas por otras razones durante la instrucción penal o bajo investigación, y que, según se determinó, o se sospecha, padecen una enfermedad mental*”.⁹ Todas esas personas deberán recibir el máximo cuidado posible para su enfermedad mental, y todos los principios contenidos en este instrumento deberán ser aplicados de igual manera con las únicas modificaciones y excepciones que sean necesarias en determinadas circunstancias.

Por último, son dignos de mención los principios 22 y 23 que atribuyen el compromiso a los Estados de asegurar el funcionamiento de los mecanismos correspondientes para propiciar el cumplimiento de los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental” a través de la inspección de las instituciones psiquiátricas, la presentación, investigación y solución de quejas; el establecimiento de procedimientos disciplinarios o judiciales adecuados en caso de conductas no profesionales o violación de los derechos de los pacientes, así como la responsabilidad de instrumentar los principios a través de medidas legislativas,

⁸ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “*Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*”, Resolución 46/119 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 17 de diciembre de 1991, en: RUIZ COBO, Esther, compiladora, Derechos Humanos de las personas con discapacidad. Documentos básicos, Op. Cit., pág. 69.

⁹ Ídem.

judiciales, administrativas y educativas.

A manera de resumen nos permitimos reconocer la importancia de este instrumento, ya que el mismo constituye el primero en su especie en recabar los mínimos derechos de los enfermos mentales de una manera más detallada, además de que figura como una guía importante para los Estados en la tarea de delinear y/o reformar los sistemas de salud mental.

2.3.1.8. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

Mediante resolución de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su 48º periodo de sesiones del 20 de diciembre de 1993, fue aprobado este instrumento internacional el cual constituye un marco de referencia que indica las responsabilidades de los Estados y las metas que debe alcanzar la sociedad en relación con las personas con discapacidad.

Las Normas Uniformes fueron elaboradas a raíz del “Programa de acción mundial para los impedidos” de 1982 que tratamos con anterioridad¹⁰ y aunque carecen del carácter obligatorio de una convención, *“...llevan implícito el firme compromiso moral y político de los Estados de adoptar medidas para lograr la*

¹⁰ Véase *Supra*, cap. 2.3.1.4.

*igualdad de oportunidades*¹¹; su finalidad es la de “... *garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de miembros de sus respectivas sociedades, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás*”¹² y constituyen a la fecha, las principales pautas de las Naciones Unidas que orientan la acción en la esfera de la incapacidad.

Constan de 22 artículos distribuidos en cuatro partes, a saber: requisitos para la igualdad de participación, esferas previstas para la igualdad de participación, medidas de ejecución, y mecanismo de supervisión y de las que trataremos brevemente en las siguientes líneas.

La sección 1 se ocupa de los requisitos para la igualdad de participación, las cuales incluyen la necesidad de educar a la sociedad en conjunto acerca de la situación de las personas con discapacidad y la exigencia de un cambio, la atención médica multidisciplinaria, rehabilitación y servicios de apoyo social adecuados.

La sección 2 de las normas define las siguientes esferas: posibilidades de acceso -físico y de comunicación, educación, empleo, mantenimiento de los ingresos y seguridad social, vida en familia y la integridad personal, cultura, actividades recreativas y deportivas y religión.

¹¹ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “*Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*” Resolución 48/96 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 20 de diciembre de 1993, en: RUIZ COBO, Esther, compiladora, Derechos Humanos de las personas con discapacidad. Documentos básicos, Op. Cit., pág. 25.

¹² Ídem.

La sección 3 que trata sobre las medidas de ejecución, establece que dicha obligación incumbe a los propios Estados, al respecto es interesante destacar algunos aspectos importantes.

El artículo 13 se refiere a uno de los requisitos fundamentales para una adecuada planificación nacional a saber, el acopio y el análisis de datos exactos. El párrafo 2 del artículo citado indica lo siguiente: *“Los Estados deben examinar la posibilidad de establecer una base de datos relativa a la discapacidad, que incluya estadísticas sobre los servicios y programas disponibles y sobre los distintos grupos de personas con discapacidad, teniendo presente la necesidad de proteger la vida privada y la integridad personales”*.¹³

Por su parte, el artículo 14 se refiere a la necesidad de que los Estados confeccionen, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, políticas apropiadas en los niveles nacional, regional y local y que integren las necesidades y los intereses de las personas con discapacidad en los planes de desarrollo general en lugar de tratarlos por separado.

El artículo 15 se ocupa del contenido ideal de la legislación nacional para lograr la igualdad de oportunidades. Afirma que en la legislación general en materia de derechos humanos, cuando exista, deben enunciarse también los

¹³ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *“Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad”* Resolución 48/96 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 20 de diciembre de 1993, en: RUIZ COBO, Esther, compiladora, *Derechos Humanos de las personas con discapacidad. Documentos básicos*, Op. Cit., pág. 36.

derechos y las obligaciones de las personas con discapacidad, exige la eliminación de toda disposición discriminatoria y afirma que es menester eliminar las barreras y sancionar las violaciones que se presenten al respecto. Este artículo también dispone que debe estudiarse la posibilidad de establecer mecanismos reglamentarios oficiales para la presentación de demandas promovidas por las personas con discapacidad.

El artículo 16 dispone que las personas con discapacidades deben tenerse en cuenta para formular políticas económicas como son inspeccionar todo tipo de instrumentos económicos, como exenciones fiscales, préstamos o subsidios con fines específicos, entre otros en conjunto con las organizaciones no gubernamentales. El artículo 17 se refiere a la exigencia de establecer un comité nacional de coordinación, u otro órgano similar, que centralice las cuestiones relativas a la discapacidad, el cual debe tener carácter permanente, basarse en normas jurídicas y estar compuesto por representantes de organizaciones públicas y privadas, organizaciones de personas con discapacidad y otras organizaciones no gubernamentales.

El artículo 18 se refiere a la necesidad de alentar y apoyar económicamente a las organizaciones de personas con discapacidad, sus familiares y las personas que defiendan sus derechos. El artículo 19 destaca la importancia de contar con una capacitación adecuada del personal, especialmente de los encargados de prestar servicios a las personas con discapacidad; asimismo, los artículos 21 y 22 se refieren a la cooperación de los

Estados entre sí y con la comunidad internacional.

La sección 4 de estas Normas Uniformes maneja el mecanismo de supervisión, hecho que las distingue de otras resoluciones de la Asamblea General. La finalidad del mecanismo es promover la aplicación efectiva de las Normas y ayudar a determinar los obstáculos que se presentan, así como sugerir medidas idóneas que contribuyan a una aplicación eficaz de las mismas. Se encomendó esta tarea al Relator Especial sobre Discapacidad de la Comisión de Desarrollo Social.¹⁴ Pese a que las Normas Uniformes no son de cumplimiento obligatorio, como ya lo habíamos mencionado, la extinta Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas reconoció que “...*cualquier violación del principio fundamental de igualdad y cualquier discriminación o diferencia negativa de trato de las personas con discapacidad que contravenga las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad vulnera los derechos humanos de esas personas*”.¹⁵

En términos generales, se solicita a los Estados que eliminen los obstáculos que se oponen a la igualdad de participación y que hagan participar activamente a las organizaciones no gubernamentales que trabajan en la esfera de la discapacidad como asociadas a este proceso.

¹⁴ Véase *Infra*, cap. 3.8.

¹⁵ COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “*Los derechos humanos y las personas con discapacidad*”, Resolución 1998/31, 51º período de sesiones, 17 de abril de 1998, párrafo 1.

2.3.2. DOCUMENTOS EMANADOS DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS.

2.3.2.1. Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos.

Proclamadas por el primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra, Suiza, y adoptadas el 30 de agosto de 1955, este instrumento fue aprobado por el Consejo Económico y Social en sus Resoluciones 663C XXIV del 31 de julio de 1957 y 2076 LXII del 13 de mayo de 1977.

Comprende dos partes, la segunda de las cuales titulada «Reglas aplicables a categorías especiales» contiene en su inciso b las normas a seguir en las prisiones cuando se trata de reclusos que padezcan una enfermedad mental, las cuales podemos resumir en las siguientes consideraciones:

- ✓ No deberán ser reclusos en prisiones, para lo cual se tomarán disposiciones para trasladarlos lo antes posible a una institución psiquiátrica.
- ✓ Los reclusos que sufran otras enfermedades o anomalías mentales deberán ser observados y tratados en instituciones médicas especializadas.
- ✓ Durante su permanencia en la prisión, dichos reclusos estarán bajo la vigilancia especial de un médico.
- ✓ El servicio médico de los establecimientos penitenciarios deberá

asegurar el tratamiento psiquiátrico de todos los demás reclusos que lo requieran.

El documento en comento conviene que se tomen disposiciones, de acuerdo con los organismos competentes, para que en caso necesario, se continúe el tratamiento psiquiátrico del enfermo mental después de su liberación y se asegure una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico.

Dada la época en la que fue elaborado este instrumento, es importante reconocer su existencia, ya que constituyó el primer documento en el que se considera al enfermo mental en calidad de recluso.

2.3.3. DOCUMENTOS EMANADOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

2.3.3.1. Programa mundial de acción en salud mental.

«Cerremos la brecha, mejoremos la atención», es el lema de este programa publicado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2002 con el propósito de establecer una estrategia encaminada a corregir el desfase que existe entre las necesidades del presente y las posibilidades reales de acción a fin de reducir la magnitud de los trastornos mentales en todo el mundo.

Tiene una vigencia de cinco años dentro de los cuales se tiene el objetivo de lograr que los Estados miembros estén en posibilidad de enfrentar de forma integrada la estigmatización y la dimensión de los padecimientos mentales, así como acrecentar su capacidad en la promoción de la salud mental de la población; pone especial atención en la prevención y el tratamiento de la depresión, la esquizofrenia, el alcoholismo, la fármacodependencia, la demencia, la epilepsia y el suicidio, habida cuenta de la carga que estos trastornos representan para las comunidades y de la posibilidad real de atenuarla mediante servicios de carácter integral.

Para conseguir el objetivo planteado, se trabaja con cuatro grandes áreas estratégicas, a saber: información, formulación y desarrollo de políticas y servicios, abogacía e investigación a las cuales nos referiremos brevemente a continuación.

El área de información es la base para la adopción de decisiones más adecuadas. La Organización Mundial de la Salud a través del proyecto que denominó «Atlas» realizó entre los años 2000 y 2001 un estudio por el cual se determinaron de forma sistemática y exhaustiva los recursos del mundo en materia de salud mental. El «Proyecto Atlas» acopió información básica sobre los recursos de salud mental de 191 Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud con objeto de crear bases de datos, mapas y perfiles mundiales y regionales acerca de las políticas, las medidas legislativas, el financiamiento, los presupuestos y los servicios relacionados con la salud

mental, los medicamentos empleados y la atención prestada a poblaciones especiales en esa esfera. «Atlas» fue publicado a la par del “Informe sobre la salud en el mundo de 2001” y entre los resultados que arrojó tenemos que en más del 27% de los países no hay ningún sistema para recoger y comunicar información relativa a la salud mental¹⁶; así que con el fin de subsanar esta falta de información, el programa tiene como objetivo “...*promover la creación y el mantenimiento de sistemas de información y seguimiento de la salud mental y dependencia a las sustancias en los Estados miembros; así como elaborar y distribuir entre el personal sanitario general, información basada en evidencias científicas sobre el diagnóstico de las enfermedades mentales y el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes...*”¹⁷.

La segunda área que comprende este programa es la referente a las políticas integrales y desarrollo de servicios. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud se ocupará principalmente de apoyar a los gobiernos “...*a fin de definir y aplicar políticas integrales y desarrollar servicios que respondan a sus necesidades*”¹⁸. Entre las actividades a realizar se encuentran la elaboración de directrices para la formulación de políticas y desarrollo de los servicios de salud mental, en consulta con los responsables de tomar decisiones y los planificadores de los servicios de salud. Los temas a mejorar son las políticas de salud mental y su financiamiento, legislación y derechos

¹⁶ Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “*Programa mundial de acción en salud mental: Cerremos la brecha, mejoremos la atención*”, Ginebra, Suiza, 2002, pág. 14.

¹⁷ Ídem.

¹⁸ Ibidem, pág. 17.

humanos, organización de los servicios de salud, mejora del acceso a los medicamentos psicotrópicos, de la calidad de atención y la prevención y promoción de dichas políticas.

La acciones de abogacía para reducir el estigma y la discriminación es la tercera estrategia a tratar en este programa, ya que afirma que es posible reducir el estigma y la discriminación relacionadas con los trastornos mentales mediante una labor de abogacía; esto es, mediante la educación en cuatro grupos claves: la población en general, los agentes de salud, los responsables de la formulación de políticas, y los grupos de usuarios, familiares y las organizaciones no gubernamentales.

Se propone a los gobiernos se sirvan principalmente de los medios de comunicación para *“...plantear el debate público sobre la salud mental y, más concretamente, para informar al público, estimular a la gente para que rectifique sus opiniones y conductas y favorecer cambios en los factores sociales, estructurales y económicos que perpetúan el estigma y la discriminación de las personas con enfermedades mentales...”*¹⁹. Dicho objetivo deberá llegar al mayor número de usuarios padecientes de una enfermedad mental y sus familiares, así como a las organizaciones dedicadas a la discapacidad mental, para que estén informados sobre los trastornos mentales, los tratamientos existentes y sus derechos en el sistema de servicios de salud. Así, al crear un

¹⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *“Programa mundial de acción en salud mental: Cerremos la brecha, mejoremos la atención”*, Op. Cit., pág. 19.

marco jurídico para combatir el estigma y la discriminación, las leyes materializan los objetivos de las acciones de abogacía; además de la legislación, los gobiernos disponen de otros recursos para reducir el estigma y la discriminación como por ejemplo hacer respetar los derechos humanos y cerciorarse de que se respeten mediante comités de inspección que efectúen controles periódicos de las instituciones psiquiátricas, o mediante órganos de vigilancia de los derechos humanos, o bien pueden recabar la participación de las organizaciones de usuarios o de familiares en las actividades del órgano de salud correspondiente.

La última de las áreas que trata este programa, es el aumento de la capacidad de investigación rubro que en los países en desarrollo es una necesidad apremiante, por lo que la Organización Mundial de la Salud se esfuerza a través de este programa en generar capacidad de investigación sostenible a través de una red internacional de científicos e instituciones con el fin de patrocinar actividades de investigación sobre salud mental; entre otras cosas, esta red promueve herramientas entre instituciones de países en desarrollo y destacados centros de investigación, vela para asegurar un cuerpo docente adecuado, provee financiamiento inicial para llevar a la práctica proyectos de investigación que respondan a necesidades específicas de los países en desarrollo y facilita que los resultados de las investigaciones se publiquen en revistas científicas y circulen entre dichos países.

Estas estrategias están íntimamente relacionadas entre sí ya que la

información sobre la magnitud, los factores determinantes y el tratamiento de los trastornos mentales se traduce en un mayor nivel de toma de conciencia y de actividades de sensibilización contra el estigma y la discriminación, lo cual crea las condiciones necesarias para definir y aplicar políticas y servicios adecuados; esto a su vez, impulsa la labor de abogacía y de información que posibilitan la adopción de decisiones más apropiadas.

A manera de conclusión debemos exponer que las iniciativas contenidas en este programa debieran servir para concientizar e incrementar la capacidad de respuesta de los gobiernos respecto de los problemas de salud mental, mejorar la calidad y eficacia de los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación y reducir los niveles de estigma y discriminación.

2.3.4. DOCUMENTOS EMANADOS DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS.

2.3.4.1. Los derechos de las personas con discapacidad.

Esta resolución emitida por la extinta Comisión de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas en su 59ª sesión del 23 de abril de 2003 con número 2003/49, expone en sus 21 párrafos la urgencia de protección contra la discriminación de las personas con discapacidad y reconoce su derecho a disfrutar plenamente de los derechos humanos en condiciones de igualdad conforme a lo establecido en los instrumentos de derechos humanos,

a crear programas para las personas con discapacidad y facilitarles los medios para que desarrollen su potencial y se encuentren en condición de participar plenamente en todos los aspectos de la sociedad.

Tal y como lo estableció con anterioridad en su resolución 1998/31, señala que cualquier violación del principio fundamental de igualdad y cualquier discriminación o diferencia injustificada de trato de las personas con discapacidad que contravenga las “Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad”, vulnera y menoscaba el disfrute de los derechos humanos de esas personas; asimismo exhorta a los gobiernos a adoptar medidas activas con la finalidad de que las personas con discapacidad disfruten plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

De la misma manera invita a los órganos y organismos de Naciones Unidas encargados de velar por los derechos humanos, esto es, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, los Relatores Especiales y los órganos de supervisión de tratados de derechos humanos, a que tengan en cuenta los derechos humanos de las personas con discapacidad, a que incluyan en sus actividades la aplicación de las recomendaciones que le conciernan del estudio sobre los derechos humanos y la discapacidad, a que fortalezcan la cooperación y coordinación con otros organismos y órganos de las Naciones Unidas, a estudiar la posibilidad de elaborar recomendaciones y observaciones generales sobre el pleno disfrute de

los derechos humanos por las personas con discapacidad y a integrar la perspectiva de la discapacidad en sus actividades de supervisión.

Finalmente, exhorta a las instituciones nacionales de derechos humanos y a las organizaciones no gubernamentales a fortalecer su labor en la esfera de los derechos humanos y la discapacidad.

2.3.5. DOCUMENTOS EMANADOS DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA.

2.3.5.1. Declaración de Hawai.

Al inicio de 1976 se comenzó a trabajar con relación a un Código de Ética Internacional para psiquiatras que fue posteriormente adoptado en 1977 por el VI Congreso Mundial de Psiquiatría en Honolulu, Hawai. Consta de 9 reglas dirigidas a los psiquiatras, mismas que podemos resumir de la siguiente manera:

- ✓ Debe ofrecer al paciente la mejor terapia que esté a su alcance y tratarlo con la solicitud y el respeto que se debe a la dignidad de todos los seres humanos, así como guardar el secreto profesional a que está obligado.
- ✓ Debe informar al paciente sobre las condiciones de su estado, los procedimientos terapéuticos que se pueden aplicar, las distintas alternativas y los posibles resultados del tratamiento, con el objeto de

que el paciente tenga la oportunidad de elegir entre los métodos más adecuados y accesibles.

- ✓ No debe llevarse a cabo ningún tratamiento contra la voluntad del paciente a menos que, debido a su estado mental, no pueda formarse una opinión acerca de cuál tratamiento servirá a sus mejores intereses. Cuando se trata de niños o de otros pacientes que no pueden dar por sí mismos un consentimiento informado, éste deberá obtenerse del pariente más próximo.
- ✓ Todo paciente es libre de retirarse por cualquier razón y en cualquier momento de un tratamiento voluntario.
- ✓ El psiquiatra debe detener todos los programas terapéuticos, de enseñanza o de investigación que puedan entrar en contradicción con los principios de esta declaración.

Debemos señalar que si bien este documento no tiene fuerza jurídica, si constituye una importante fuente doctrinaria para orientar la práctica profesional de los psiquiatras, ya que fija la conducta que los mismos deben observar al tratar las afecciones mentales, además de complementar los códigos ya existentes sobre ética profesional de los médicos en general.

2.3.5.2. Declaración de Madrid.

Aprobada por la asamblea general de la Asociación Mundial de

Psiquiatría en Madrid, España, el 25 de Agosto de 1996, esta declaración está destinada a establecer una conducta ética universal para los psiquiatras ya que considera deben ser conscientes de las implicaciones y exigencias éticas que se derivan del ejercicio de su profesión, consta de siete reglas dentro de las cuales las principales directrices generales a seguir son las siguientes:

- ✓ Es deber del psiquiatra mantenerse al tanto del desarrollo científico de su especialidad y de diseminar estas enseñanzas actualizadas.
- ✓ La relación terapeuta-paciente debe basarse en la confianza y en el respeto mutuo, que es lo que permite al paciente informarse y decidir a cerca de las terapias más adecuadas a practicar.
- ✓ No debe de llevarse a cabo tratamiento alguno en contra de la voluntad del paciente, salvo que el no hacerlo ponga en peligro la vida del paciente o de aquéllos que lo rodean.
- ✓ Cuando el paciente esté incapacitado o no pueda ejercer un juicio adecuado a causa de un trastorno mental, el psiquiatra deberá consultar con su familia y, si fuera necesario, buscar consejo jurídico, con el objeto de salvaguardar la dignidad humana y los derechos legales del paciente.
- ✓ La información obtenida por el psiquiatra durante la terapia debe ser confidencial. La violación del secreto profesional sólo podrá realizarse cuando exista serio peligro mental o físico para el paciente o terceras personas.
- ✓ Los psiquiatras deben cumplir las normas nacionales e internacionales para llevar a cabo cualquier investigación.

Finalmente, debemos resaltar que este instrumento tiene la peculiaridad de contar con un anexo constituido por cinco normas para situaciones específicas que un psiquiatra puede experimentar en el ejercicio de su profesión, a saber eutanasia, tortura, pena de muerte, selección de sexo y trasplante órganos, circunstancia que ningún otro documento similar a la fecha presenta.

2.3.6. DOCUMENTOS EMANADOS DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL.

2.3.6.1. Declaración sobre los problemas éticos de pacientes con enfermedades mentales.

Adoptada por la 47^a asamblea general de la Asociación Médica Mundial en Bali, Indonesia, en septiembre de 1995, esta declaración contiene una serie de principios éticos que todo psiquiatra debe cumplir en su profesión dentro de los que destacan los siguientes:

- ✓ Informar al paciente la naturaleza de la condición, procedimientos terapéuticos, en las que se incluyen posibles alternativas y el riesgo de cada una de ellas así como el resultado a esperar al practicarlos.
- ✓ Considerar la hospitalización en contra de la voluntad del paciente como excepcional y por lo tanto, utilizar este recurso sólo durante y cuando sea médicamente necesario.
- ✓ El psiquiatra que trabaja en una institución mental, el ejército o una

institución penitenciaria, se puede ver enfrentado a un conflicto entre sus responsabilidades hacia la sociedad y sus obligaciones con el paciente.

Su primera lealtad debe ser hacia el paciente.

- ✓ Se debe salvaguardar el secreto y privacidad de todos los pacientes. Cuando lo exija la ley, el psiquiatra revelará sólo la información específica y únicamente a la autoridad correspondiente.

La Asociación Médica Mundial considera que la discriminación asociada a la Psiquiatría y a los enfermos mentales debe ser eliminada, ya que a menudo este estigma desalienta a las personas que necesitan ayuda psiquiátrica, lo que obviamente agrava su situación.

Este documento asevera que los pacientes con enfermedad mental deben considerarse, tratarse y tener el mismo acceso a la atención médica que cualquier otro paciente, además de resaltar que el psiquiatra es un médico que tiene las mismas obligaciones con su paciente como cualquier otro especialista.

2.4. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

La delegación mexicana que asistió a la “Conferencia contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia”, celebrada en Durban, Sudáfrica del 31 de agosto al 8 de septiembre de 2001, presentó una propuesta para llegar a una convención amplia e integral para las

personas con discapacidad.

Como resultado, la “Conferencia de Durban” emitió la siguiente recomendación *“Invita a la Asamblea General de las Naciones Unidas a que considere la posibilidad de elaborar una convención internacional integral y amplia para proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas discapacitadas, que comprenda especialmente disposiciones para abordar las prácticas y tratos discriminatorios que las afectan...”*²⁰

En su 88ª sesión plenaria del 19 de diciembre de 2001, la Asamblea General de las Naciones Unidas, mediante la resolución 56/168, decidió establecer el Comité Especial encargado de preparar una Convención Internacional Amplia e Integral para Proteger y Promover los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad.

Nuestro país, por tanto, adquirió la responsabilidad de presentar el proyecto de la convención y fue sede del Foro de Expertos internacionales con el fin de dar las directrices de esta convención. El Comité Ad-Hoc celebró ocho períodos de sesiones, los cuales llevó a cabo en las siguientes fechas:

- ✓ Primer período del 29 de julio al 9 de agosto de 2002.
- ✓ Segundo período del 16 al 27 de junio de 2003.

²⁰ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *“Informe de la Conferencia Mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia”*, Documento A/CONF.189/12, 25 de enero de 2002, párrafo 180.

- ✓ Tercer período del 5 al 16 de enero de 2004.
- ✓ Cuarto período del 23 de agosto al 3 de septiembre de 2004.
- ✓ Quinto período del 24 de enero al 4 de febrero de 2005.
- ✓ Sexto período del 1° al 12 de agosto de 2005.
- ✓ Séptimo período del 16 de enero al 3 de febrero de 2006.
- ✓ Octavo período de sesiones del 14 al 25 de agosto de 2006.

El 25 de agosto de 2006 los delegados del Comité Ad-Hoc aprobaron la “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad” tras un proceso de cinco años.

El texto de dicha convención fue adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, por lo que se convirtió en el primer tratado sobre derechos humanos acordado en este siglo XXI. Fue abierto a firma a los Estados miembros conjuntamente con su protocolo facultativo, el pasado 30 de marzo, y fue signado por 84 países, incluido México, de los cuales únicamente Jamaica lo ratificó. Dado que el instrumento en comento no ha sido ratificado por nuestro país, únicamente haremos mención a los aspectos más importantes que contiene.²¹

Su propósito es el de “...*promover, proteger y asegurar el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto*

²¹ Véase Anexo 4.

de su dignidad inherente.²²

Asimismo, se acordó definir como discapacitados “...a quienes tengan impedimentos físicos, 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.”²³ Así mismo, el artículo 2, titulado “Definiciones”, conceptúa a la «discriminación por motivos de discapacidad» de la siguiente manera: “... se 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, disfrute o ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo...”²⁴ Los principios de esta convención son:

- ✓ El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
- ✓ La no discriminación.
- ✓ La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
- ✓ El respeto por la diferencia y la aceptación de la discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas.

²² ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “Proyecto de convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”, Anexo II del documento A/AC.265/2006/4, 13 de diciembre de 2006, artículo 1.

²³ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “Proyecto de convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”, Op. Cit., artículo 1.

²⁴ Ibidem, artículo 2.

- ✓ La igualdad de oportunidades.
- ✓ La accesibilidad.
- ✓ La igualdad entre el hombre y la mujer.
- ✓ El respeto de las capacidades en evolución de las niñas y los niños con discapacidad y el respeto de su derecho de preservar su identidad.

La convención considera como obligación de los gobiernos asegurar y promover la plena realización de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad, para lo cual establece una serie de medidas dentro de las cuales podemos destacar las siguientes:

- ✓ Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad. En este rubro, los Estados deberán celebrar consultas estrechas y colaborar activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y niñas, a través de las organizaciones que las representan.
- ✓ Salvaguardar y promover el derecho al trabajo de las personas discapacitadas.
- ✓ Acoger las medidas apropiadas para cerciorar el acceso de las personas con discapacidad a todos los servicios de salud existentes, incluidos los de rehabilitación.

- ✓ Asegurar su participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte.
- ✓ Promover la capacitación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad, para prestar la mejor asistencia posible y los servicios garantizados por esos derechos.
- ✓ Adopción de medidas apropiadas para proporcionar el acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica a través de las salvaguardias apropiadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.
- ✓ Recopilar información, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permitan formular y aplicar políticas a fin de dar efecto a la convención, así como la designación de uno o más organismos gubernamentales encargados de las cuestiones relativas a la aplicación de la misma.

Resulta notable señalar que se incluye un apartado dedicado a las mujeres y los niños con discapacidad, mismos que dada su condición, están expuestos a una doble discriminación, al respecto se prevé que los Estados deben adoptar medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Es innovador el hecho de que se incluya una disposición a cerca de las

situaciones de riesgo, en virtud de que las personas con discapacidad son un grupo en circunstancias especialmente vulnerables en tales escenarios, por lo que los Estados quedarán obligados a velar por su bienestar; asimismo se introdujo un artículo a cerca de la libertad de desplazamiento y nacionalidad de las personas discapacitadas, de la libertad de expresión y opinión, acceso a la información y a la participación en la vida política y pública.

Por otra parte, los Estados deberán asegurar que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso legal tengan, en pie de igualdad con las demás, derecho a garantías de conformidad con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Se acordó además crear dos mecanismos paralelos, el de verificación convencional, que es vinculante, y al que se denominará «Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad», mismo que recibirá un informe amplio sobre las medidas que los Estados hayan adoptado para cumplir las obligaciones que se le imponen en la convención y sobre el progreso realizado a ese respecto, y que será considerado por el Comité quien hará las sugerencias y las recomendaciones que estime oportunas con respecto a ellos y las enviará al Estado remitente. Por otra parte, el mecanismo contenido en su protocolo facultativo sobre comunicaciones que consta de 18 artículos y mediante el cual se permitirá a los particulares y los grupos presentar sus reclamaciones a un comité de expertos, una vez agotados los procedimientos de recurso a escala nacional.

La convención pide la realización progresiva de la mayor parte de sus disposiciones, de acuerdo con los recursos de que disponga cada país. Tentativamente, se espera que esta convención a lo largo del año 2008 sea ratificada por parte de los Estados miembros para que entre en vigor y, que en años subsecuentes los mismos inicien la implementación de los planes nacionales de acción sobre discapacidad.

A manera de conclusión debemos señalar que esta convención garantizará el disfrute de los derechos civiles, políticos, económicos y sociales a las personas que padecen algún tipo de discapacidad alrededor del mundo, donde se incluyen, obviamente a los discapacitados mentales, de ahí su gran importancia.

CAPÍTULO TERCERO.

ORGANISMOS INTERNACIONALES CON PARTICIPACIÓN EN LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ENFERMOS MENTALES.

3.1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

La Organización Mundial de la Salud, creada el 7 de abril de 1948, es el organismo de las Naciones Unidas responsable de las medidas y actividades encaminadas a lograr el nivel de salud más alto posible para todas las personas. Cuenta con seis oficinas regionales, a saber: África, de las Américas, Asia Sudoriental, Europa, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental.

Al frente de la Organización se encuentra el Director General¹; el órgano decisorio supremo es la Asamblea Mundial de la Salud la cual se reúne por lo general en Ginebra, Suiza, todos los años en el mes de mayo y asisten a ella delegaciones de los Estados miembros, su principal función consiste en determinar las políticas de la Organización, de modo análogo, examina los informes del Consejo Ejecutivo, al que da instrucciones en lo que respecta a los asuntos que pueden requerir la adopción de medidas, un estudio o una investigación; por su parte, las principales funciones del Consejo Ejecutivo consisten en dar efecto a las decisiones y políticas de la Asamblea de la Salud, en asesorarla y, de manera general, en facilitar su trabajo.

¹ La Dra. Margaret Chan fue nombrada por la Asamblea Mundial de la Salud el 9 de noviembre de 2006, como Directora General. Asumió su mandato quinquenal el 4 de enero de 2007.

La participación de la Organización Mundial de la Salud en la protección de los derechos humanos de los enfermos mentales es amplia ya que a través de su Asamblea General, ha elaborado tanto políticas como programas de acción con el objeto de reforzar a nivel mundial la promoción y protección de los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento.

Como ejemplo de lo anterior encontramos que en el año 2000, inició el denominado «Proyecto Atlas» en estrecha colaboración con sus seis oficinas regionales y sus agencias en los países en todo el mundo, y cuyo objeto fue el de cartografiar los recursos de salud mental en todo el mundo y proporcionar una idea sobre la situación de los países en lo que atañe al aspecto de la salud mental y al cual nos referimos en el capítulo anterior². De los resultados arrojados por el mismo, se evidencia que muchos países no se encuentran preparados para hacer frente al aumento cada vez mayor de los trastornos mentales y conductuales a nivel mundial por falta de políticas, programas y recursos adecuados.

El 2001 se convirtió en un año decisivo para la salud mental ya que la Organización Mundial de la Salud se dedicó a fomentar a nivel mundial la adopción de medidas en dicha esfera a través del mensaje «Sí a la atención, no a la exclusión» al mismo tiempo que lanzaba en octubre del mismo año el «Informe sobre la Salud en el Mundo 2001.- Salud Mental: Nuevos

² Véase Supra, cap. 2.3.3.1.

conocimientos, nuevas esperanzas» el cual consistió en una serie de información basada en pruebas científicas y que abarcó temas de ciencia, salud pública y ética, proporcionó a los Estados miembros orientación útil sobre medidas encaminadas a fomentar la sensibilización en materia de salud mental, así como reducir la estigmatización asociada con los trastornos mentales.

En sus recomendaciones finales se presenta una visión para el futuro, las cuales están adaptadas a tres conjuntos diferentes de actuaciones en tres escenarios distintos definidos con arreglo a los datos generados por «Atlas», a saber, los correspondientes a países con niveles de recursos sanitarios bajos, medios o altos respectivamente; dichas recomendaciones van desde dispensar tratamiento médico, medicamentos y apoyar nuevas investigaciones sobre salud mental, hasta establecer políticas, programas y legislación a escala nacional sobre salud mental. En consecuencia, este informe brinda a cada país la posibilidad de adoptar y aplicar medidas apropiadas en consideración a sus recursos de salud mental actuales o previstos.

Asimismo, en 2002 la Organización Mundial de la Salud lanzó el “Programa de Acción Mundial en Salud Mental” el cual analizamos con anterioridad y en el que cristalizó por primera vez la necesidad de establecer normas por parte de los Estados en materia de salud mental.³

³ Véase Supra, cap. 2.3.3.1.

Más recientemente, la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, el 25 mayo de 2005 adoptó la Resolución WHA58.23, titulada “Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación” la cual, entre otras cosas, insta a los Estados miembros a que garanticen la atención médica apropiada a las personas con discapacidad que lo requieran y a su rehabilitación, refuercen los programas y estrategias nacionales encaminados a aplicar las “Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad”⁴, promuevan la prevención y detección de discapacidades, así como los programas de rehabilitación comunitaria vinculados a la atención primaria en salud y en general, a desarrollar sus conocimientos con el objeto de promover y proteger los derechos de las personas discapacitadas y garantizar su integración en la sociedad a través de la capacitación y el empleo.

3.2. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO.

La Organización Internacional del Trabajo fue creada en 1919 como resultado del Tratado de Versalles. Se trata de un organismo especializado de las Naciones Unidas cuyo objetivo es el de fomentar a nivel internacional la justicia social y los derechos humanos laborales internacionalmente reconocidos; su principal función es la de promover y defender los derechos humanos de los trabajadores, entre los que se encuentran además de los migrantes, mujeres y niños, a los discapacitados a través de cuatro objetivos

⁴ Véase Supra, cap. 2.3.1.8.

estratégicos: la promoción de los derechos fundamentales en el trabajo, la ampliación de la protección social para todos , la promoción de mayores oportunidades para la creación de empleos y el fortalecimiento del diálogo social.⁵

La Organización Internacional del Trabajo realiza su labor a través de tres órganos principales, los cuales se atienen a la característica singular de la organización, esto es, su estructura tripartita, dado que en ella participan gobiernos, empleadores y trabajadores.

Dichos órganos son la Conferencia Internacional del Trabajo, que se reúne una vez al año, establece las normas internacionales mínimas del trabajo y define las políticas generales de la Organización; el Consejo de Administración es el órgano ejecutivo de la Organización y se reúne tres veces por año en Ginebra, Suiza, adopta decisiones acerca de la política a seguir de la organización y establece tanto su programa como su presupuesto que con posterioridad presenta a la Conferencia para su adopción, también elige al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo⁶, por último, la Oficina Internacional del Trabajo, con sede en Ginebra, Suiza, constituye el

⁵ Cfr. SEBASTIÁN RÍOS, Ángel Miguel, coordinador, Introducción al estudio de los Derechos Humanos, S.N.E., Centro de investigación, consultoría y docencia en Guerrero, A.C, Comisión de Defensa de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero, México, 1996, pág. 69.

⁶ JUAN SOMAVIA, de nacionalidad chilena, fue elegido noveno Director General de la Oficina Internacional del Trabajo por el Consejo de Administración de dicho organismo el 23 de marzo de 1998. Asumió su mandato de cinco años el 4 de marzo de 1999 y se convirtió así en el primer representante del hemisferio sur del continente Americano en dirigir la organización. En marzo de 2003, fue reelegido para un segundo mandato.

secretariado permanente de la organización y funciona como sede operativa y centro de investigación.

Una de las funciones más importantes de la Organización Internacional del Trabajo consiste en establecer normas internacionales bajo la forma de convenios o recomendaciones por las que se fijan las condiciones mínimas en materia de derechos laborales fundamentales, estos instrumentos son adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo, dentro de las cuales, en el caso que nos ocupa, se encuentra el “Convenio (159) sobre la readaptación profesional y empleo de las personas inválidas”⁷, el cual ha sido de gran utilidad para las naciones respecto a las mínimas condiciones que deben existir para las personas que laboran y que padecen de alguna discapacidad ya sea física o mental.

Las normas internacionales del trabajo están respaldadas por un sistema de control que es único en el ámbito internacional y que contribuye a garantizar que los países apliquen los convenios que ratifican. La Organización Internacional del Trabajo examina regularmente la aplicación de las normas en los Estados miembros quienes presentan periódicamente un informe sobre las medidas adoptadas en la legislación y en la práctica, para aplicar cada convenio por él ratificado, dichos informes gubernamentales son examinados primeramente por la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y

⁷ Véase Supra, cap. 2.2.1.

Recomendaciones, compuesta por veinte figuras eminentes del campo jurídico y social que son independientes de los gobiernos y son nombradas a título personal; posteriormente dicha comisión presenta un informe anual a la Conferencia Internacional del Trabajo, donde es estudiado detenidamente por la Comisión de Aplicación de Normas de la Conferencia, un comité tripartito. Si existe algún problema en la aplicación de las normas, la Organización Internacional del Trabajo se dirige a asistir a los países, a través del diálogo social y de la asistencia técnica.

Entre las labores que la Organización Internacional del Trabajo tiene encomendadas, encontramos la dedicada a mejorar las condiciones de trabajo y de empleo para los grupos vulnerables y en los que se encuadra a los enfermos mentales. Al respecto, podemos señalar que en su 291ª reunión, en noviembre de 2004, el Consejo de Administración de la organización decidió convocar una Reunión de expertos sobre la actualización de la lista de Enfermedades Profesionales, la cual tuvo lugar en Ginebra, Suiza, del 13 al 20 de diciembre de 2005, en la que se afirmó que es importante actualizar periódicamente la lista de enfermedades profesionales en base a los factores de riesgo y el aumento de las mismas a escala internacional.

En atención a lo anterior, la Organización estimó introducir a la Recomendación No. 194 sobre la lista de enfermedades profesionales de 2002, una sección sobre trastornos mentales y del comportamiento, en la que se incluyó el término «acoso moral» o «mobbing», el cual en el ámbito laboral,

implica formas de acoso estigmatizante, ya sea entre un superior y un subordinado o entre trabajadores de igual jerarquía, sus víctimas suelen ver su salud afectada, se deprimen y presentan síntomas de estrés postraumático, lo que a veces induce incluso a un comportamiento violento y posteriormente desencadena algún trastorno mental. Se reconoció que el estrés en sí mismo no es una enfermedad mental, pero que bien puede conducir a desarrollarla.

Consideramos que una lista de enfermedades profesionales que no contemplara un punto sobre trastornos mentales y del comportamiento no podría considerarse completa, por lo que en este rubro, se destaca la labor de la Organización Internacional del Trabajo para incluir los trastornos mentales dentro de dicho catálogo.

3.3. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura fue fundada el 16 de noviembre de 1945. Su objetivo principal es el de estimular la paz mediante la educación, la ciencia, la cultura y la comunicación.⁸

⁸ Cfr. SEBASTIÁN RÍOS, Ángel Miguel, coordinador, Introducción al estudio de los Derechos Humanos, S.N.E., Centro de investigación, consultoría y docencia en Guerrero, A.C, Comisión de Defensa de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero, México, 1996, pág. 70.

La Conferencia General, que es el órgano fundamental en materia de decisión de la organización, está constituida por los representantes de todos los Estados miembros y cada dos años celebra una reunión para determinar las políticas y pautas principales de la labor de la organización y aprueba el programa y presupuesto de dicha organización.

Por su parte, el Consejo Ejecutivo está integrado por 58 Estados miembros y se reúne dos veces al año para velar por la aplicación efectiva de las decisiones adoptadas por la Conferencia General, asimismo, le incumbe la responsabilidad de preparar los trabajos de la Conferencia General y examinar el programa y presupuesto de la organización. Finalmente, la Secretaría está compuesta por el Director General y el conjunto del personal; el Director General es el jefe ejecutivo de la organización y se encarga de formular propuestas sobre las medidas que han de tomar la Conferencia y el Consejo.⁹

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, es la única de las Naciones Unidas que cuenta con un sistema de comisiones nacionales en sus Estados miembros o asociados¹⁰; estas comisiones son un vínculo vital entre la sociedad civil y la organización, además efectúan un análisis valioso del programa de la organización y contribuyen a la realización práctica de muchas iniciativas, por ejemplo programas de formación,

⁹ Actualmente funge como Director General de la Organización KOICHIRO MATSUURA. De nacionalidad japonesa fue elegido el 15 de noviembre de 1999 por un período de seis años y reelegido para un segundo período en octubre 12 de 2005.

¹⁰ La Oficina de Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura en México fue establecida en 1967.

estudios y campañas de sensibilización del público. Las comisiones también establecen nuevas asociaciones con el sector privado, que puede aportar una experiencia técnica valiosa y recursos financieros para su sustento. Hoy en día, la organización funge como organismo normativo para forjar acuerdos universales sobre cuestiones éticas, entre ellas la discapacidad y promueve la cooperación internacional en los ámbitos de la educación, la ciencia, la cultura y la comunicación.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, estima que muchos niños experimentan barreras para lograr su pleno aprendizaje y participación en la educación: niños en situación de pobreza, niños trabajadores y en situación de calle, niños de familias migrantes, portadores del virus de inmunodeficiencia adquirida, adolescentes embarazadas y niños con discapacidad. Por ello, uno de sus principales objetivos es coordinar esfuerzos de todas las partes involucradas en la educación, esto es, los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, con miras a elaborar métodos para impartir educación a las personas que tienen necesidades especiales, que viven en situación de vulnerabilidad o sufren cualquier tipo de discriminación, misma a la que ha denominado «educación inclusiva», lo cual significa hacer efectivos para todos los niños, jóvenes y adultos los derechos a la educación, la participación y la igualdad de oportunidades.

El principio de educación inclusiva fue adoptado por la Conferencia Mundial sobre Educación de Necesidades Especiales: Acceso y Calidad en la “Declaración de Salamanca” en junio de 1994, la cual estableció que todos los niños independientemente de su condición tiene derecho a recibir educación. Asimismo, se instó a los Estados a dar la más alta prioridad política y presupuestaria al mejoramiento de sus sistemas educativos con el objeto de incluir a todos los niños con independencia de sus diferencias o dificultades individuales, así como fomentar y facilitar la participación de padres con organizaciones de personas con discapacidad en la planificación y el proceso de adopción de decisiones para atender a los alumnos con necesidades educativas especiales, es decir, todas aquellas cuyos requerimientos se deriven de su capacidad o dificultad de aprendizaje.

Consecuentemente, es preciso que las escuelas modifiquen sustancialmente su estructura, funcionamiento y propuesta pedagógica con el fin de dar respuesta a la diversidad de las necesidades educativas de todos y cada uno de los niños que presentan una discapacidad, lo cual ha llevado a la necesidad de estructurar una «escuela integradora» cuyo reto es el de desarrollar una pedagogía capaz de educar con éxito a todos los niños, comprendidos los que sufren discapacidades graves, cuyo mérito no sea solo que se encuentren capacitadas para brindar una educación de calidad a todos los niños, sino que con su creación, se dé un paso muy importante para intentar cambiar las actitudes de discriminación hacia las personas que padecen cualquier tipo de discapacidad y así crear sociedades integradoras.

3.4. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA.

Fundado en 1946, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, es un programa dedicado a la protección y promoción de los derechos de los niños y adolescentes con el objetivo de ayudar a satisfacer sus necesidades básicas y ampliar sus oportunidades para alcanzar su máximo potencial posible, mantiene su atención centrada en dichas prioridades en todas las circunstancias, inclusive durante conflictos, situaciones de emergencia y desastres naturales. Este organismo tiene como guía la “Convención sobre los derechos del niño”.

Con sede en Nueva York, Estados Unidos de América, realiza sus funciones a través de sus ocho oficinas regionales: África Occidental y Central, África Oriental y Meridional, América Latina y el Caribe, Asia Meridional, Asia Oriental y del Pacífico y Países industrializados. Existen además Comités Nacionales en pro del Fondo, a través de los cuales los Estados miembros apoyan sus labores en la promoción de los derechos de la niñez y en la recaudación de fondos.¹¹

Hasta 2004, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, estimaba que en el mundo existían alrededor de 150 millones de niños padecientes de

¹¹ El Consejo Consultivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en México, fue creado en 1995 con el fin de constituir un importante aliado en la transmisión de mensajes que promuevan la equidad y la justicia para mejorar las condiciones de vida de los niños mexicanos. Está conformado por reconocidos ciudadanos mexicanos unidos por la causa de los derechos de la niñez mexicana, quienes representan al sector privado, al académico, a los medios de comunicación y a las organizaciones filantrópicas.

algún tipo de discapacidad física o mental¹², la mayoría de los cuales a la fecha, son excluidos y que en países en desarrollo no tienen acceso a ningún tipo de servicio de rehabilitación o apoyo así como a la educación. En muchos casos, los niños discapacitados viven retirados de la comunidad, incluso cuando no se les maltrata de manera activa, carecen a menudo de la atención que requieren.

Para lograr erradicar los problemas que puede ocasionar la discapacidad de los niños, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia ha establecido ciertas medidas, entre las que podemos destacar: el análisis de políticas en relación con los gobiernos, los legisladores, los medios de comunicación, la sociedad civil y las organizaciones internacionales que trabajan en favor de todos los niños y en especial de los discapacitados, las cuales son sometidas a un escrutinio que se basa en las normas y los estándares establecidos en la “Convención sobre los Derechos del Niño” y el Comité de Derechos del Niño para lograr que los derechos de la infancia sean prioritarios en los debates de política internacionales y nacionales; la creación de un ambiente protector de los niños de todo el mundo contra la violencia, la explotación y los abusos, incluidas las peores clases de esclavitud laboral en comunidades, escuelas e instituciones y durante los conflictos armados y el mejoramiento de la salud infantil tanto física como mental en todo el mundo.

¹² Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS, *Invertir en Salud Mental*, Ginebra, Suiza, 2004, pág. 12.

El Fondo pretende lograr tales objetivos a través de la creación de un entorno de protección, es decir, aquel en el que todos cumplen con la responsabilidad que les compete, con miras a garantizar la protección de la infancia frente al abuso y la explotación; para lograr tal entorno, existen ocho elementos clave, a saber: las actitudes, tradiciones, costumbres, comportamientos y hábitos de la sociedad, el compromiso de los gobiernos de respetar, proteger y promover la protección de su salud física y mental, el debate abierto y el compromiso en cuestiones relativas a la protección de su salud integral, la existencia de leyes relativas a la protección y aplicación de las mismas en materia de salud física y mental, la capacidad de aquellos que conviven con los niños discapacitados de crear un entorno de protección para ellos, la preparación, información y participación de los niños discapacitados en la comunidad, la vigilancia y denuncia social de cuestiones relativas a la protección de la infancia y la creación de servicios de atención, rehabilitación y reinserción de los niños discapacitados a la sociedad.

De faltar cualquiera de estos elementos los niños, en especial los que sufren alguna discapacidad, dada su condición serán doblemente vulnerables al maltrato, la violencia, la discriminación y la violación de sus derechos. Al respecto es importante agregar que el abandono y la estigmatización pueden llevar a la exclusión de los niños y niñas con discapacidades, por lo que el compromiso de los Estados es velar por la promoción y protección de sus derechos fundamentales.

3.5. CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS.

Nos referimos al órgano que coordina la labor económica y social de las instituciones y organismos especializados que conforman el sistema de las Naciones Unidas. El Consejo Económico y Social está formado por 54 miembros elegidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas, con mandatos de tres años, cada uno de los cuales tiene un voto¹³; celebra anualmente un período de sesiones de cinco semanas de duración, mismas que se llevan a cabo en Nueva York, Estados Unidos de América y Ginebra, Suiza de manera alterna. Entre sus principales funciones, y en ámbito que nos ocupa, encontramos las siguientes:

- ✓ Realizar o iniciar estudios, informes y recomendaciones sobre cuestiones de índole económica, social, cultural, educacional y de salud.
- ✓ Fomentar el respeto y la observancia a los derechos humanos y las libertades fundamentales en donde se incluyen a los discapacitados.
- ✓ Convocar conferencias internacionales y preparar proyectos de convención para someterlos a la consideración de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas.

¹³ En el mes de julio, a comienzos de cada período anual de sesiones, se elige la mesa del Consejo Económico y Social, el embajador ALI HACHANI, miembro permanente de Túnez, funge como presidente del Consejo Económico y Social en la actualidad.

- ✓ Coordinar las actividades de los organismos especializados, mediante consultas y recomendaciones directas o a través de recomendaciones a la Asamblea General de las Naciones Unidas y a los Estados miembros.
- ✓ Celebrar consultas con las organizaciones no gubernamentales que se ocupan de asuntos que conciernen a los derechos económicos y sociales de todos los individuos.
- ✓ Colabora con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y organismos especializados tales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, las cuales informan al Consejo sobre sus actividades y formulan recomendaciones para sus períodos de sesiones.

En el ámbito que nos ocupa, el Consejo Económico y Social, en agosto de 1955, aprobó las “Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos”¹⁴ y sobresalen sus resoluciones 1997/19 sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad y 1997/20 sobre los niños con discapacidad, ambas del 21 de julio de 1997, y en las que se determinan de manera muy general las directrices a seguir para la promoción y protección de los derechos de los mismos.

¹⁴ Véase Supra, cap. 2.3.2.1.

3.6. ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS.

Con el fin de coordinar los programas de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos y promover su respeto universal, el 20 de diciembre de 1993, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas mediante resolución 48/141 decidió por votación unánime crear el cargo de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.¹⁵

Esta oficina busca promover la cooperación internacional para con ello estimular el diálogo entre y con los gobiernos con la intención de reforzar la protección de los derechos humanos tanto en el ámbito nacional como internacional, coordina los programas de derechos humanos de las Naciones Unidas con el objetivo de mejorar su efecto y eficiencia general, auxilia en el desarrollo de nuevas normas y de la ratificación de tratados, además de responder a violaciones graves de derechos humanos y tomar medidas para prevenir violaciones; es pues, el funcionario de la Organización de las Naciones Unidas con la principal responsabilidad en cuanto a la protección y vigilancia de los derechos humanos, bajo la dirección inmediata del Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas, ya que cuenta con nivel ejecutivo con rango de Subsecretario General, rinde cuentas además a la Asamblea General, al Consejo Económico y Social y, desde el año 2006, al Consejo de Derechos

¹⁵ LOUISE ARBOUR, de nacionalidad canadiense, funge como la actual Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos desde el 1º de julio de 2004. Su mandato durará 4 años, mismo que puede ser renovable por un período igual.

Humanos dada la desaparición de la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas.

Una de las intenciones del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, es la de trabajar con un amplia gama de personajes, incluidas las organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y el sector privado, para conseguir el mayor compromiso posible en relación con los derechos humanos; fomenta además, las relaciones entre instituciones y organizaciones nacionales, regionales e internacionales para asegurar la implementación del conclusiones y recomendaciones de los órganos internacionales relativos a la protección de los derechos humanos. Para ello, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, ha llevado a cabo acuerdos con numerosas organizaciones, ha designado representantes y consejeros regionales y ha establecido oficinas alrededor del mundo¹⁶.

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos intenta por tanto, asegurar una comunicación fluida entre estos órganos internacionales para optimizar sus esfuerzos. De igual manera, promueve la educación en materia de derechos humanos e intenta estimular la prevención de que los mismos sean violentados, asimismo presta asistencia a

¹⁶ El 1 de julio de 2002, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Gobierno mexicano suscribieron un acuerdo para el establecimiento de una Oficina en nuestro país y desde el 27 de octubre del 2005 se nombró a AMERIGO INCALCATERRA como su representante.

los Estados, misma que adopta la forma de asesoramiento por parte de expertos, seminarios de derechos humanos, cursos y talleres de capacitación nacional y regional, becas y bolsas de estudios y otras actividades que tienen por objeto el fortalecimiento de la capacidad nacional para la protección y la promoción de los derechos humanos.

En los últimos años, esta oficina ha prestado especial atención a la cuestión de los derechos humanos de las personas con discapacidad, gracias a ello han adquirido visibilidad dentro del sistema de derechos humanos. prueba de ello es la íntima colaboración de este órgano con la Subcomisión para la promoción y protección de los derechos humanos, el Relator Especial de la Comisión de Desarrollo Social sobre Discapacidad y ahora con el Consejo de Derechos Humanos con miras a fortalecer la protección y vigilar los derechos humanos de las personas con discapacidad, así como a alentar a las organizaciones no gubernamentales interesadas en dicha cuestión a establecer relaciones más estrechas con los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas.

Recientemente mediante el documento E/CN.4/2006/72 de fecha 20 de enero de 2006 titulado «Grupos e individuos específicos: Otros grupos e individuos vulnerables» la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, informó sobre los progresos alcanzados en la aplicación de las recomendaciones sobre los derechos humanos y la discapacidad en las Naciones Unidas. Dicho informe presentado en el 62º período de sesiones de la

extinta Comisión de Derechos Humanos, demostró que se han registrado algunos avances alentadores en el modo en que el régimen de tratados de derechos humanos se ocupa de las cuestiones relativas a la discapacidad; asimismo reconoció que es necesario lograr que se preste más atención a los derechos humanos de las personas con discapacidad.

3.7. LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS Y EL NUEVO CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS.¹⁷

En marzo de 2005, el antiguo Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas, KOFI ANAN, a través del documento 59/2005, presentó ante la Asamblea General su informe titulado “Un concepto más amplio de la libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos”, dentro del cual se propuso una reforma estructural a la Organización de las Naciones Unidas, entre las renovaciones propuestas se encontraba la creación del Consejo de Derechos Humanos en sustitución de la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas.

Mediante resolución 60/251, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la creación del Consejo de Derechos Humanos el 15 de marzo de 2006, asimismo recomendó al Consejo Económico y Social a través de dicha

¹⁷ Véase Anexo 3.

resolución, solicitara a la Comisión de Derechos Humanos concluyera su trabajo, mismo que emitió la resolución 2006/2 para tal efecto.

En cumplimiento a tales resoluciones, el 27 de marzo de 2006, la Comisión de Derechos Humanos, decidió dar por concluida su labor mediante resolución 2006/1 y remitió en consecuencia todos los informes al Consejo de Derechos Humanos para que prosiguiese con el examen de los mismos en su primer período de sesiones.

No obstante lo anterior, es importante, a manera de referencia, establecer los lineamientos generales de la extinta Comisión, en atención a que su sustituto, el Consejo de Derechos Humanos, tomó de su predecesor las mismas disposiciones y lineamientos que aquella para su reciente funcionamiento.

Como antecedente, señalaremos que mediante la resolución 5 I, del Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas del 16 de febrero de 1946, fue establecida la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, órgano dedicado a proteger y promover las normas fundamentales del hombre, su labor se concentró en estudiar los problemas relativos a los derechos humanos, desarrollar y codificar nuevas normas internacionales y vigilar la observancia de los derechos humanos, además de examinar la situación de estos derechos en cualquier parte del

mundo y revisar la información proveniente de Estados, organizaciones no gubernamentales y otras fuentes.

La Comisión se encontraba encargada de recibir denuncias de violaciones graves y sistemáticas de derechos humanos cuyos lineamientos se encuentran determinados en las resoluciones 1503 XLVIII del 27 de mayo de 1970, reformada por la resolución 2000/3 del Consejo Económico y Social el 16 de junio de 2000, y la resolución 1235 de 1967, mismas que analizaremos dada su vigencia para el Consejo de Derechos Humanos.

Por lo que hace a la resolución 1503, establece un procedimiento confidencial para las situaciones concretas que parezcan revelar un cuadro persistente de violaciones manifiestas y fehacientemente probadas de derechos humanos en un determinado país. Este procedimiento es iniciado inmediatamente después de la sesión anual de la Subcomisión de Protección y Promoción de Derechos Humanos la cual analiza por medio de su Grupo de Trabajo de Comunicaciones, las informaciones recibidas y las respuestas, si las hubiere, de los gobiernos; cuando este grupo de trabajo encuentra pruebas razonables de la existencia de un cuadro persistente de violaciones manifiestas de derechos humanos, éstas se examinan y se recomienda en un informe al pleno del dicho órgano, las medidas que haya que adoptar conforme a cada situación. Posteriormente la Comisión analizaba la información en una primera sesión privada e invitaba al país respectivo a realizar una presentación y a tener

un debate, y en una segunda sesión privada, examinaba los proyectos de decisión o se pronunciaba al respecto.

La resolución 1235 impulsó la creación de una serie de organismos especializados que se conocen como los mecanismos extraconvencionales o no convencionales del Sistema de Naciones Unidas que supervisan el respeto de los derechos humanos de ciertos temas o en determinados países, los cuales analizaremos en párrafos posteriores.

Una de las tareas más importantes encomendadas a la Comisión fue el establecimiento de normas sobre derechos humanos. Realizó desde los trabajos sobre la “Declaración Universal de Derechos Humanos” en 1948, hasta diversas normas relativas al derecho al desarrollo, los derechos civiles y políticos, los derechos económicos, sociales y culturales, la eliminación de la discriminación racial, la tortura, los derechos del niño, los derechos de los defensores de los derechos humanos y otros.

La Comisión rendía informes sobre sus actuaciones y sobre el estado del respeto de los derechos humanos en el mundo al Consejo Económico y Social, quien a su vez presentaba los informes respectivos al Secretario General y a la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas.

La Comisión de Derechos Humanos en sus últimos años, incitó a los órganos de vigilancia de los tratados a tener debidamente en cuenta los

derechos de las personas con discapacidad en sus actividades en relación con cada uno de los seis tratados principales en materia de derechos humanos. Esto reviste una importancia enorme, pues reconoce la necesidad de canalizar el potencial de los diversos instrumentos jurídicos internacionales en beneficio de las personas con discapacidad, e inclusive mediante la resolución 1993/28 del 5 de marzo de 1993, la Comisión de Derechos Humanos declaró el 3 de diciembre Día internacional de las personas con discapacidad, mismo que a la fecha se celebra y posteriormente en su quincuagésima novena sesión del 23 de abril de 2003 emitió la resolución 2003/49, denominada «Los derechos de las personas con discapacidad» la cual abordamos con anterioridad.¹⁸

Dada la importancia de las acciones de la Comisión de Derechos Humanos, y en concordancia con la resolución 60/251 de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, el Consejo de Derechos Humanos aprovechó todas y cada una de las metas logradas por la Comisión, tales como sus procedimientos especiales y en todo caso la existencia de la Subcomisión para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos, y aunque es aún muy anticipada alguna aseveración al respecto, podemos afirmar que se vislumbra un gran avance en la promoción y protección de los derechos humanos.

Analizaremos ahora las cuestiones relativas a la creación del nuevo órgano, el Consejo de Derechos Humanos, el cual tiene su sede en Ginebra,

¹⁸ Véase Supra, cap. 2.3.4.1.

Suiza, y cuya naturaleza es la de un órgano subsidiario de la Asamblea General, lo que lo hace responsable directamente ante todos los miembros de las Naciones Unidas.

El Consejo de Derechos Humanos es ahora el responsable de promover el respeto universal de los derechos humanos y libertades fundamentales de toda persona, así como de ocuparse de las situaciones en que se violen los derechos humanos y hacer recomendaciones al respecto; también promueve la coordinación eficaz y la incorporación de los derechos humanos en la actividad general del sistema de las Naciones Unidas, labor que se encuentra guiada por los principios de universalidad, imparcialidad y objetividad, todos ellos dirigidos a establecer un diálogo internacional constructivo y cooperación entre los Estados a fin de impulsar la promoción y protección de los derechos humanos.

Dentro de las principales funciones del Consejo de Derechos Humanos, establecidos por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, son las que a continuación se mencionan:

- ✓ Promover la educación y el aprendizaje sobre los derechos humanos, así como prestar asesoramiento y asistencia técnica en consulta con los Estados miembros y servir de foro para el diálogo sobre cuestiones temáticas relativas a todos los derechos humanos.
- ✓ Formular recomendaciones a la Asamblea General respecto de la promoción y protección de los derechos humanos para continuar con el

desarrollo del Derecho Internacional en la esfera de los derechos humanos.

- ✓ Contribuir mediante el diálogo y la cooperación, a prevenir las violaciones de los derechos humanos y responder con prontitud a las situaciones de emergencia en dicha materia.
- ✓ Asumir la función y las atribuciones de la Comisión de Derechos Humanos en relación con la labor de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
- ✓ Cooperar estrechamente en la esfera de los derechos humanos con los gobiernos, las organizaciones regionales, las instituciones nacionales de derechos humanos y la sociedad civil.
- ✓ Presentar un informe anual a la Asamblea General, la cual revisará la situación del consejo a los cinco años de su creación.

El Consejo esta integrado por cuarenta y siete Estados miembros que son elegidos de forma directa e individual en votación secreta por la mayoría de los miembros de la Asamblea General de las Naciones Unidas, la composición esta basada en una distribución geográfica equitativa y los puestos se distribuyen entre los grupos regionales de la siguiente manera: grupo de Estados de África, trece; grupo de Estados de Asia, trece; grupo de Estados de Europa oriental, seis; grupo de Estados de América Latina y el Caribe, ocho; y grupo de Estados de Europa occidental y otros Estados, siete; los miembros del Consejo desempeñan sus funciones durante un período de tres años y no podrán optar a la reelección inmediata después de dos períodos consecutivos.

Para dar cumplimiento a lo establecido en la ya citada resolución 60/251, el 9 de mayo de 2006 se llevó a cabo la elección del Consejo de Derechos Humanos. Es importante señalar que fue acordado con 154 votos a favor, que México ejerciera la presidencia del Consejo de Derechos Humanos durante su primer año de operación. Nuestro país inició las consultas entre los estados miembros para definir sus principios básicos de funcionamiento; es el embajador de México en Suiza, LUIS ALFONSO DE ALBA GÓNGORA quien coordinó con el resto de los países la agenda de la primera sesión del nuevo órgano para lo cual el 23 de mayo de 2006 se celebró la primera reunión de consultas del Consejo de Derechos Humanos por convocatoria de México a la cual asistieron, además de los 47 miembros del nuevo órgano de la Organización de las Naciones Unidas, diversas organizaciones no gubernamentales acreditadas como observadoras.

Es significativo el hecho de que la participación en el Consejo se encuentra abierta a todos los Estados miembros de las Naciones Unidas, y al elegirlos fue tomada en consideración la contribución de los candidatos a la promoción y protección de los derechos humanos y las promesas y compromisos voluntarios que hayan hecho al respecto.

Con el fin de asegurar la inexistencia de vacíos en la protección de los derechos humanos durante la transición de la Comisión al Consejo, se estableció que este último realizara una revisión completa durante el primer año de sesiones en la que examinara los modos de racionalizar y fortalecer los

procedimientos especiales y mecanismos que tenía a su cargo la Comisión entre los que se incluye la Subcomisión para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos, por lo que el Consejo de Derechos Humanos llevó a cabo su primer período de sesiones del 19 al 30 de junio de 2006 durante el cual decidió prorrogar excepcionalmente por un año los mandatos y los titulares de mandatos de todos los procedimientos especiales de la extinta Comisión, esto es, de la Subcomisión de Promoción y Protección de los Derechos Humanos y de los procedimientos 1503 y 1235, por consiguiente, les solicitó continuaran con sus mandatos y a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos que brinde el apoyo necesario.

Finalmente, se tiene contemplado que el 05 de junio, 2007, el presidente del Consejo de Derechos Humanos, LUIS ALFONSO DE ALBA presente el programa de trabajo para este órgano, ya que los asuntos del funcionamiento del Consejo aún no están definidos.

3.7.1. Subcomisión para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos.

La Subcomisión para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos, órgano subsidiario del Consejo de Derechos Humanos, fue establecida por la extinta Comisión de Derechos Humanos de conformidad con el mandato de la resolución 9 II del Consejo Económico y Social de la

Organización de las Naciones Unidas del 21 de junio de 1946. Anteriormente se denominaba Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías.

Está integrada por veintiséis expertos que ejercen sus funciones a título personal, en base a una distribución geográfica equitativa. Actualmente la Subcomisión está compuesta por siete expertos de Estados de África, cinco de Estados de Asia, cinco de Estados de América Latina, tres de Estados de Europa oriental y seis de Estados de Europa occidental y otros Estados. Cada miembro tiene un suplente la mitad de los cuales, son elegidos cada dos años por un período de cuatro años.

La Subcomisión se reúne una vez al año en Ginebra, Suiza y asisten, además de los miembros y sus suplentes, observadores de Estados miembros de las Naciones Unidas y representantes de organizaciones intergubernamentales, organismos especializados de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales con carácter consultivo ante el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

Las principales funciones de la Subcomisión son realizar estudios, especialmente en base a la “Declaración Universal de Derechos Humanos”, y hacer recomendaciones al Consejo de Derechos Humanos sobre la prevención de la discriminación de cualquier tipo en relación con los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como la protección de las minorías

cualesquiera que éstas sean y desempeñar cualquier otra función que le encomiende el Consejo. La Subcomisión de Derechos Humanos, cuenta con Grupos de Trabajo y Relatores Especiales para el cumplimiento de sus funciones.

Entre las principales tareas asumidas por la Subcomisión figuran ser parte del procedimiento confidencial 1503, preparar proyectos de normas sobre cuestiones relativas a los derechos humanos y documentos de trabajo sobre la discriminación, así como determinar las consecuencias de la responsabilidad de los Estados y las empresas transnacionales con respecto a las violaciones de todos los derechos humanos.

Los estudios de la Subcomisión están destinados a aumentar los conocimientos de los temas examinados y recomendar al Consejo la manera de abordarlos. Algunos de estos estudios pueden tener por consecuencia el establecimiento de normas.

3.8. MECANISMOS ESPECIALIZADOS. EL COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES Y LOS RELADORES ESPECIALES.

La función de vigilancia de las violaciones de derechos humanos que desempeñan las Naciones Unidas, es parte integral del conjunto de

instrumentos sobre derechos humanos. El fundamento de este sistema de vigilancia lo constituyen dos tipos de mecanismos de derechos humanos, uno convencional y otro extraconvencional o no convencional que responden a abusos de los derechos humanos y a abrogaciones de los mismos por los Estados miembros.

La característica común que nos lleva a denominar a los mecanismos especializados es que a diferencia de otros órganos, no tienen por finalidad la protección de un amplia gama de derechos, sino que se ocupan únicamente de determinados tipos de violaciones de derechos de una determinada categoría de personas. En el caso que nos ocupa, únicamente haremos mención al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y al caso particular de los Relatores Especiales.

Por lo que hace al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, éste órgano fue creado por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas en 1985, se reunió por primera vez en 1987. Actualmente se reúne dos veces al año al celebrar dos períodos de sesiones de tres semanas cada uno que por lo general, tienen lugar en mayo y en noviembre-diciembre en la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, Suiza. Se encuentra integrado por dieciocho expertos de reconocida competencia en materia de derechos humanos, los cuales son independientes y actúan a título personal y son elegidos por el Consejo Económico y Social para mandatos de cuatro años con

posibilidad de reelección. Así, el Comité es un órgano subsidiario del Consejo Económico y Social y su autoridad oficial dimana de ese órgano.

La función primordial del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es vigilar la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos por los Estados partes, para ello, se esfuerza en fomentar un diálogo constructivo con los mismos y procura determinar por diversos medios la debida aplicación de las normas contenidas en el Pacto, así como la manera en la que podría mejorarse la misma y el cumplimiento de las disposiciones contenidas en él para que todas las personas con derecho a gozar de los derechos consagrados en dicho instrumento puedan efectivamente gozar de ellos plenamente.

El Comité también puede ayudar a los gobiernos a cumplir con sus obligaciones, y formular sugerencias y recomendaciones específicas legislativas, de política y de otra índole, para la realización más eficaz de los derechos económicos, sociales y culturales.

Tras la recomendación del Relator Especial sobre Discapacidad de la Comisión de Desarrollo Social de la Organización de las Naciones Unidas en 1984 de que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales asumiera responsabilidades de supervisión en la esfera de la discapacidad, éste ha aprobado dos observaciones generales sobre los derechos de las personas con discapacidad.

La primera es la Observación General No. 5, aprobada en 1994 y que se refiere concretamente a las personas con discapacidad, la segunda es la observación general No. 14, relativa al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

En la Observación General No. 5 que contiene los rubros: Obligaciones Generales de los Estados Partes, Medios de aplicación, Obligación de eliminar la discriminación por motivos de discapacidad y Disposiciones específicas del Pacto; se definen los derechos de las personas con discapacidad y se consideran medios concretos para su aplicación, se hace referencia a la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, los derechos relacionados con el trabajo, la seguridad social y la protección de la familia, de las madres y los niños, el derecho a un nivel de vida digno, al disfrute de salud física y mental, a la educación y al de participar de la vida cultural y a gozar de los beneficios del progreso científico, todas estas, prerrogativas enfocadas a las personas con discapacidad.

En la Observación General No. 14, se proporciona una valiosa orientación a los Estados respecto de medidas y prácticas para garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de atención de la salud, programas de rehabilitación y medidas preventivas de discapacidades.

Ahora bien, en cuanto a los Relatores Especiales, los mandatos conferidos a dichos mecanismos, se centran en examinar y vigilar ya sea la

situación de los derechos humanos en países o territorios específicos y que son conocidos como mecanismos por país, o fenómenos importantes de violaciones de los derechos humanos a nivel mundial denominados mecanismos temáticos, e informar públicamente al respecto en ambos casos, dichos mecanismos se mantienen en contacto con grupos nacionales y autoridades gubernamentales.

Los Relatores Especiales tienen libertad de utilizar todas las fuentes fidedignas de que dispongan para preparar sus informes, gran parte de su labor se realiza a través de entrevistas con autoridades, organizaciones no gubernamentales y las víctimas, presentan informes anuales a la Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas, en los que recomiendan medidas a tomar, dichas recomendaciones son también utilizadas por los órganos establecidos en virtud de los tratados en su labor, en especial en la evaluación de los informes de los Estados. La tarea de los Relatores cuenta con la asistencia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

En 1994, el Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas, designó al sueco BENG T LINDQVIST, Relator especial sobre discapacidad de la Comisión de Desarrollo Social a efecto de que se ocupara de la vigilancia de la aplicación de las “Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad” de 1993, en virtud de que las mismas, en cierto grado, se adoptaron como sustituto de un tratado vinculante de derechos humanos de las Naciones Unidas en materia de

discapacidad, al cual se le solicitó que presentase cada dos años a la entonces Comisión de Derechos Humanos un informe sobre sus actividades.

La Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la Organización Mundial de la Salud han cooperado con el Relator Especial sobre Discapacidad en su labor de vigilancia. Asimismo, en 2000, la Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas, aprobó la resolución 2000/51 en la que, entre otras cosas, invitó a la Alta Comisionada para los Derechos Humanos a que, en cooperación con el Relator Especial sobre Discapacidad, examinara medidas para fortalecer la protección y vigilar los derechos humanos de las personas con discapacidad, y solicitara aportaciones y propuestas de las partes interesadas.

En sus informes, el Relator Especial sobre Discapacidad ha evidenciado la escasa protección que reciben los derechos humanos de las personas con discapacidad en numerosos países, asimismo, ha establecido la necesidad de cooperación en todos los niveles entre los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales, lo cual reviste gran importancia para los avances en el ámbito de la discapacidad.

Debemos señalar que la existencia de los mecanismos especializados, han fortalecido su labor en materia de discapacidad y ha fortalecido los conocimientos acerca del tema, por lo que es importante alentar a los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas, a prestar más

atención a los derechos de las personas con que padecen una enfermedad mental y alentar a las organizaciones no gubernamentales interesadas en la discapacidad mental a relacionarse con los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas.

3.9. EL PAPEL DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES.

Se denomina organización no gubernamental a *“...cualquier grupo, asociación o movimiento constituido de forma duradera por particulares pertenecientes a distintos países con la finalidad de alcanzar objetivos no lucrativos. Sus características principales son la iniciativa privada y la solidaridad internacional.”*¹⁹

Con tareas orientadas y dirigidas por personas con un interés común, las organizaciones no gubernamentales, realizan una variedad de servicios y funciones humanitarias, llevan los problemas de los ciudadanos a los gobiernos, supervisan las políticas y alientan la participación de la comunidad. Proveen de análisis y experiencia, sirven como mecanismos de advertencia temprana y ayudan en la supervisión e implementación de acuerdos internacionales. Algunas están organizadas sobre temas específicos, tales como los derechos humanos, el medio ambiente o la salud y su relación con las oficinas y las

¹⁹ Diccionario Jurídico Espasa, S.N.E., Editorial Siglo XXI, España, 2003, Voz: Organización no gubernamental, pág. 352.

agencias del sistema de las Naciones Unidas difiere en atención a sus metas, ubicación y mandato.

Desde 1945, las organizaciones no gubernamentales han contribuido de manera decisiva a la obra de las Naciones Unidas en relación con los derechos humanos ya que realizan análisis en sus diversas esferas de actuación y proporcionan información esencial sobre la situación de derechos humanos en muchos países y con relación a diversas cuestiones temáticas. Los expertos, entre ellos los Relatores Especiales, verifican esa información y suelen enviarla a los gobiernos para que formulen su opinión al respecto.

Debemos señalar que la resolución 1996/31 aprobada por el Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas en su 49ª sesión plenaria el 25 de julio de 1996, y que lleva por título «Relación consultiva entre las Naciones Unidas y las Organizaciones No Gubernamentales», establece los lineamientos de las relaciones entre dichas entidades y el sistema de Naciones Unidas, esto es, los requerimientos para el estatus consultivo, derechos y obligaciones de las organizaciones no gubernamentales con estatus consultivo y procedimientos para el retiro o suspensión del estatus consultivo, también abarca las medidas de acreditación de las organizaciones no gubernamentales para las conferencias de las Naciones Unidas. Una organización no gubernamental debe reunir ciertos requisitos para ser elegible para estatus consultivo:

- ✓ Debe estar registrada con las autoridades pertinentes de su país como una organización no gubernamental u organización sin fines de lucro con una antigüedad mínima de dos años y tener una sede establecida.
- ✓ Contar con una constitución democráticamente adoptada, autoridad para hablar ante sus miembros, una estructura representativa, mecanismos apropiados de contabilidad y procesos de toma de decisiones transparentes y democráticos.
- ✓ Los recursos básicos de la organización deben derivarse principalmente de contribuciones de afiliados nacionales u otros componentes, así como de miembros individuales.

Es importante señalar que existen tres categorías de estatus de una organización no gubernamental:

- ✓ Estatus consultivo general: se reserva para grandes organizaciones no gubernamentales internacionales y con amplio alcance geográfico.
- ✓ Estatus consultivo especial: se reserva para las organizaciones no gubernamentales con competencia e interés especiales en solo algunos campos de actividad cubiertos por el Consejo Económico y Social.
- ✓ Lista especial: Las organizaciones que aplican para un estatus consultivo pero no entran en ninguna de las categorías anteriores son usualmente incluidas en una lista especial. Estas organizaciones por lo general, están enfocadas en especialidades técnicas.

Las organizaciones no gubernamentales pueden intervenir de diversos modos en el campo de la promoción y protección de los derechos de los enfermos mentales; así, desempeñan actividades de sensibilización, rehabilitación, tratamiento y prevención de los trastornos y promoción de la salud mental.

La fuerza de las organizaciones no gubernamentales de derechos humanos, radica en su capacidad de movilizar a la opinión pública, difundir información y presionar a los gobiernos para que cumplan las normas internacionales de derechos humanos. Asimismo, son una importante fuente de información para la labor de las Naciones Unidas. En general, las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la discapacidad, se ven a sí mismas como organizaciones no gubernamentales de derechos humanos.

Es importante concluir que muchos de los logros en materia de discapacidad han tenido el respaldo de las organizaciones no gubernamentales, tal es el caso del Comité Ad-Hoc encargado de preparar una Convención Internacional Amplia e Integral para Proteger y Promover los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad, en el que trabajaron y participaron diversas organizaciones no gubernamentales y a través de las cuales se apoyó el Comité para la elaboración de la nueva “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad” que tratamos con anterioridad.²⁰

²⁰ Véase Supra, cap. 2.4.

CAPÍTULO CUARTO.

LA PROTECCIÓN DEL ENFERMO MENTAL EN EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.

4.1. SITUACIÓN ACTUAL DEL ENFERMO MENTAL EN EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.

En los últimos años se ha producido un avance significativo a partir de los instrumentos no vinculantes como principal fuerza motriz para el cambio en la esfera de la discapacidad mental y, aunque salvo algunas excepciones, únicamente se encuentran consagrados a establecer los mínimos derechos de los enfermos mentales, es importante reconocer el esfuerzo de las Naciones Unidas por mejorar la calidad de vida de este grupo vulnerable.

Es claro que el principal obstáculo con el que se topan las personas que sufren un trastorno mental y sus familiares es el estigma, esto es, la desaprobación por la que son rechazados, discriminados y excluidos de la sociedad, factor que afecta su capacidad de acceso a un tratamiento y atención adecuados, vulnera su derecho al empleo, a una vivienda apropiada, a contar con servicios sociales, a la vida cultural y social, a la educación, entre muchos otros, sin olvidar que, no obstante la existencia de diversos instrumentos internacionales a cerca del tema, el enfermo mental con frecuencia es víctima de explotación, abuso o trato degradante.

En su calidad de responsables de la salud mental, los gobiernos deben definir políticas que protejan y mejoren tal rubro en la población, razón

por la cual en párrafos posteriores señalaremos cuáles son aquellas tareas que consideramos los Estados han abandonado, y que dan lugar a que los derechos fundamentales con los que toda persona que padece una enfermedad mental cuenta, se vean vulnerados.

4.2. LAS NECESIDADES ACTUALES PARA EL DEBIDO EJERCICIO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ENFERMOS MENTALES. LAS TAREAS PENDIENTES DE LOS ESTADOS.

4.2.1. Promoción de la salud mental.

La promoción de la salud mental es el proceso que facilita instrumentos a la población para ganar el control sobre su salud y mejorar su calidad de vida. El punto de partida más apropiado para la promoción de la salud mental dependerá tanto de las necesidades, como del contexto social y cultural del Estado en particular.

Como lo analizamos con anterioridad, los instrumentos de derechos humanos, exigen la planificación y la elaboración de políticas o programas encaminados a la promoción de la salud mental. Se dispone de un amplia gama de estrategias para ello, lo cual devendría en prevenir los trastornos mentales, únicamente es cuestión de que los Estados se atrevan a implementarlas.

Las políticas y los programas sobre promoción de la salud mental, deben basarse en conocimientos actualizados y en el respeto de los derechos humanos, así mismo, deben promover la igualdad y la no discriminación, la privacidad, la autonomía individual, la integridad física, el derecho a la información y al de participación.

4.2.2. Información actualizada sobre salud mental.

Las políticas de salud en un Estado deben formularse en base a información actualizada y fiable acerca de la población, los tratamientos eficaces, las estrategias de prevención y promoción y los recursos de salud mental, y debe ser revisada periódicamente para modificar o actualizar los programas existentes si es preciso.

Una tarea importante es reunir y analizar información para definir la magnitud e índole de los trastornos mentales en la población, así como llevar a cabo un estudio amplio de los recursos y estructuras existentes en las comunidades. Dichos métodos de medición, bien podrían incluir encuestas de población, acopio de datos sobre los pacientes con enfermedades mentales tratados y el uso de datos de mortalidad del Estado en cuestión, mismos que deben reflejar tanto el número de personas con trastornos mentales, como la calidad de la asistencia que reciban.

Esta clase de control o vigilancia facilita la detección de tendencias y cambios en la salud mental causados por acontecimientos externos, por

ejemplo, desastres naturales o conflictos bélicos, además es imprescindible para evaluar la eficacia de los programas de prevención y tratamiento en salud mental y refuerza los argumentos tendientes a la asignación de recursos para tal materia.

De gran importancia es incluir en tales evaluaciones, la salud mental de las poblaciones vulnerables como los niños, las mujeres y las personas de edad avanzada, quienes están expuestos más aún a la discriminación.

4.2.3. Legislación sobre salud mental.

La legislación referente a la salud mental, debe codificar y consolidar los principios, valores, metas y objetivos fundamentales de la política de salud mental y debe encontrarse en concordancia con lo establecido en los instrumentos internacionales de derechos humanos.

El establecimiento de adecuada legislación a escala nacional sobre salud mental es imprescindible para una acción seria y sostenida de la prevención, detección y tratamiento de las enfermedades mentales y con ello garantizar la protección de la dignidad y los derechos humanos fundamentales de las personas que las padecen.

Según los datos arrojados por el «Proyecto Atlas» de la Organización Mundial de la Salud, de ciento sesenta países, casi la cuarta parte carece de legislación en materia de salud mental, alrededor de la mitad de la

legislación existente se formuló en el decenio pasado, pero casi la quinta parte data de hace más de cuarenta años, cuando no se disponía aún de la mayoría de los métodos de tratamiento actuales.¹ Debemos tomar en cuenta que dichos datos fueron arrojados en el año 2002 y que se estima que a la fecha, dichas situaciones no han mejorado en su gran mayoría.

Derivado de las consideraciones anteriores, es menester que los gobiernos actualicen su legislación nacional de salud mental, la cual obviamente, debe estar en concordancia con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos que el Estado ha contraído.

Consideramos que la legislación sobre salud mental es un instrumento importante para garantizar la promoción y la protección del derecho a la salud mental, dado que cuando se formula y se revisa, se determina su eficacia y pertinencia con respecto a los derechos humanos en la esfera de la salud mental y la salud pública en general.

4.2.4. Estrategias orientadas a evitar la discriminación.

La importancia de la estigmatización y discriminación en el contexto de la discapacidad mental es fundamental, es por lo que la lucha contra las mismas debe llevarse a cabo en varios frentes, fundamentalmente, en un cambio profundo de las instituciones psiquiátricas, cuyo estado actual

¹ Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “*Programa mundial de acción en salud mental: Cerremos la brecha, mejoremos la atención*”, Ginebra, Suiza, 2002, pág. 14.

ocasiona su perpetuación, así como en la aplicación de leyes para proteger los derechos de los enfermos mentales.

La discriminación se combate también a través de campañas de información para educar e informar al público en general acerca de la naturaleza, el alcance y las repercusiones de los trastornos mentales a fin de disipar falsas creencias y de fomentar actitudes y comportamientos más positivos.

Consideramos que las tareas que los Estados tienen en cuanto a este rubro son numerosas, sin embargo colaborar en la investigación científica y tecnológica relacionada con la prevención de las enfermedades mentales, el tratamiento, la rehabilitación e integración en la sociedad de las personas afectadas es un buen principio.

Ahora bien, muchas veces se pasa por alto la doble discriminación de la que son objeto las mujeres, las personas de edad avanzada y los niños que padecen una discapacidad mental, por tanto, estimamos que los Estados en este rubro, tienen una misión importante para que dicha situación sea modificada, al respecto, los medios de información y las campañas de sensibilización del público pueden ser eficaces para reducir esta doble discriminación.

Respecto a los niños, las políticas deben tender a prevenir la discapacidad mental en la infancia al fomentar la atención nutricional,

prenatal y perinatal necesaria, evitar el consumo de alcohol y drogas durante el embarazo, la adopción de medidas de seguridad en la infancia, el tratamiento de trastornos infantiles comunes, como la epilepsia, el diagnóstico y la intervención tempranas de los mismos y la promoción de la salud mental en las instituciones educativas.

En lo tocante a las personas de edad avanzada, las políticas deben apoyar y mejorar la atención que ya les dispensan sus familias, así como incorporar la evaluación de la salud mental a los servicios de salud geriátricos y generales.

Finalmente por lo que hace a las mujeres, las políticas deben resolver la discriminación en el acceso a los servicios, el tratamiento y la atención en salud mental, además es preciso crear servicios en la comunidad para apoyar a las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual, doméstica o de otro tipo, así como a las que sufren problemas de abuso de alcohol y de sustancias.

4.2.5. Educar a la comunidad.

Las creencias, actitudes y reacciones sociales deciden muchos aspectos de la atención de salud mental. Los enfermos mentales son miembros de la sociedad, y el ambiente social es un importante determinante de su evolución; un ambiente social favorable contribuye a la recuperación y la reintegración, mientras que un ambiente negativo puede

reforzar la estigmatización y la discriminación.

En todos los países se deben realizar campañas de educación y sensibilización pública sobre la salud mental, con el objetivo de reducir las barreras que obstaculizan el tratamiento y la asistencia de los enfermos mentales a través de un mayor conocimiento de la frecuencia de los trastornos mentales, el proceso de recuperación y los derechos humanos de los enfermos mentales. Consideramos que mediante dichas campañas, es posible reducir la estigmatización y la discriminación, incrementar el uso de los servicios de salud mental y acortar la distancia entre la atención de la salud mental y la atención de la salud física.

Hay múltiples maneras de inducir cambios en la comunidad. Por ejemplo, los medios de información en sus diversas formas pueden utilizarse para promover en la sociedad actitudes y comportamientos más positivos hacia las personas con trastornos mentales, por ejemplo, pueden adoptarse medidas para supervisar, eliminar o impedir el uso de imágenes, mensajes o historias que pudieran resultar perjudiciales para las personas afectadas por trastornos mentales y del comportamiento.

La Internet es una poderosa herramienta de comunicación y de acceso a información sobre salud mental, cada vez se utiliza más como medio para informar a pacientes, estudiantes, profesionales de la salud, grupos de consumidores, organizaciones no gubernamentales y la población en general acerca de la salud mental, como lugar de encuentro de grupos de

autoayuda y de debate, e incluso para proporcionar atención médica.

Es importante señalar los avances que dichas campañas de formación al público puede brindar en este rubro, una de las más significativas, la encontramos con el primer programa mundial contra la estigmatización y la discriminación asociadas a la esquizofrenia, denominado "*Open the doors*" o "Abre las puertas", lanzado por la Asociación Mundial de Psiquiatría en 1999, y cuyos objetivos son aumentar los conocimientos acerca de la esquizofrenia y las posibilidades de tratamiento, mejorar la actitud del público hacia las personas que padecen o han padecido esquizofrenia y hacia sus familias, y formular medidas para eliminar la estigmatización, la discriminación y los prejuicios.

4.2.6. Formulación de políticas de salud mental.

Nos referimos a involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores en la creación y adopción de decisiones sobre las políticas, los programas y los servicios tendientes a la promoción y protección de los derechos de los enfermos mentales, en base a la edad, el sexo, la cultura y las circunstancias sociales de los mismos, para responder a sus necesidades y las de sus familias. A continuación trataremos las que a nuestro juicio resultaría pertinente aplicar.

4.2.6.1. Diagnóstico e intervención tempranas.

El diagnóstico y la intervención prontas de las enfermedades mentales son esenciales para la disminución de la magnitud de estos trastornos a nivel mundial.

Dado que existen diferentes tratamientos para las distintas enfermedades mentales, el diagnóstico es un punto de partida importante en toda intervención, la cual, si se administra oportunamente, evitará que la enfermedad alcance plenas dimensiones, controlará los síntomas y, por ende, mejorarán los resultados en la evolución de la enfermedad; cuanto antes se instaure un tratamiento apropiado, mejor será el pronóstico.

4.2.6.2. Disponibilidad de medicamentos.

Es frecuente que los medicamentos necesarios para tratar los trastornos mentales más habituales no se encuentren disponibles para los pacientes o, al ser escasos, se encarezcan, máxime que los mismos se encuentran dentro de los estándares más elevados en cuanto a su costo, razón por la cual en todos los niveles de la asistencia médica deben dispensarse y estar siempre disponibles.

Estos fármacos deben figurar en la lista de medicamentos esenciales de cada Estado, y en la medida de lo posible deben estar disponibles los mejores de ellos para el tratamiento de las distintas afecciones mentales, ya

que los mismos atenúan los síntomas de la enfermedad y previenen las recaídas, mismas que devendrían en un costo mayor tanto para el paciente y su familia como para el Estado.

4.2.6.3. Brindar una amplia gama de servicios.

Las necesidades de los enfermos mentales son múltiples y diversas, y varían en los diferentes estadios de la enfermedad, por lo que para prestarles asistencia integral, se requiere de una extensa gama de servicios, toda vez que las personas que sufren una enfermedad mental requieren prestación médica adecuada y quienes se recuperan, necesitan que se les ayude a recobrar sus capacidades y competir en una sociedad abierta; sobre todo en los países en desarrollo como el nuestro, algunos pacientes que no han recibido una asistencia óptima pueden aún beneficiarse de los programas de rehabilitación que el Estado organice.

Es por lo que dada la magnitud económica que implican las enfermedades mentales, ya no sólo para el bienestar del paciente y su familia, sino para el Estado, es necesario que el mismo planifique sus ingresos a fin de anular la falta de servicios de salud mental, la escasa calidad del tratamiento y los servicios y diversos aspectos del acceso y la equidad.

Es por lo anterior que se propone que los servicios y las estrategias de salud mental deben estar bien coordinados entre sí y con otros servicios,

como los relacionados con la seguridad social, la educación, el empleo y la vivienda, lo cual implica que los Estados establezcan vínculos entre los servicios de salud mental y los organismos a su cargo a fin de conseguir apoyo suficiente en materia de vivienda, ingresos, subsidios, empleo y otras prestaciones sociales para los pacientes, así como para poder ejecutar con más eficacia las estrategias de prevención y rehabilitación.

4.2.6.4. Integración de la salud mental en los servicios de salud generales.

Dentro de la atención médica general, es preciso que los Estados den consideración especial a la salud mental y a las políticas en materia de alcohol y drogas, mismas que deben emprenderse en el contexto de los métodos sobre salud, bienestar y protección social en general, sin olvidar considerar la realidad social, política y económica del Estado.

Dispensar tratamiento en la atención médica general, permitiría facilitar y agilizar el acceso a los servicios de salud mental para el mayor número de personas, por lo que resulta necesario que el personal sanitario en su conjunto, reciba la formación esencial sobre la atención de salud mental, la cual asegura el uso óptimo de los conocimientos disponibles para el mayor número de personas, y posibilita la aplicación inmediata de medidas de intervención.

La integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales tendría numerosas ventajas, entre las que podemos mencionar la reducción de estigmatización de los pacientes, ya que los trastornos mentales y conductuales se identificarían y tratarían junto con las enfermedades orgánicas; un mejor tratamiento, ya que existiría la posibilidad de tratar mejor los problemas orgánicos de las personas que padecen enfermedades mentales y viceversa; y, en relación a las instituciones prestadoras de servicios de salud, el hecho de compartir la misma infraestructura, lo que permite realizar un ahorro considerable para el Estado.

4.2.6.5. Creación de vínculos intersectoriales.

La participación de todos los sectores de la población en los recursos financieros y materiales, sin omitir las zonas rurales de los países en desarrollo, podría ser muy importante para las personas con discapacidad mental, ya que se traduciría en el aumento de los servicios comunitarios y en la mejora de las oportunidades económicas.

Los gobiernos deben estudiar también la posibilidad de regular la actividad de determinados grupos de proveedores del sector sanitario informal como los curanderos tradicionales, entre otras medidas, puede crearse un registro de quienes ejerzan esas prácticas, para proteger a los pacientes de intervenciones perjudiciales e impedir la comisión de un delito en contra del patrimonio de cualquier persona padeciente de una

enfermedad o trastorno mental.

En la mayoría de los países en desarrollo, como el nuestro, se deben establecer vínculos con otros sectores, además del sanitario, como los de la educación, el trabajo, la asistencia social, la legislación y las organizaciones no gubernamentales, deberían participar en la mejora de la salud mental de las comunidades.

Las organizaciones no gubernamentales son un valioso recurso para la salud mental. A menudo son más sensibles a las realidades locales que los programas estatales, y suelen estar firmemente comprometidas con la innovación y el cambio, no obstante cuentan con los conocimientos necesarios, a menudo no entablan interacción con el sistema de derechos humanos de los Estados por lo que son incapaces de aprovechar todo su potencial. Así pues, es necesario aprovechar la existencia de las mismas ya que participarían con gran provecho en programas de capacitación y educación sobre derechos humanos y discapacidad mental.

4.2.6.6. Fomento a investigaciones.

Pese a los avances en el conocimiento de los trastornos mentales y del comportamiento, se desconocen aún muchas de las variables que influyen en la aparición y evolución de los mismos, así como en el éxito de los tratamientos existentes. Las alianzas entre organismos de salud pública e instituciones de investigación en distintos países acelerarían los

descubrimientos que nos permitirían comprender mejor la epidemiología de los trastornos mentales y la eficacia de los tratamientos y servicios existentes. Urge aumentar la capacidad de investigación en los países en desarrollo.

Al impulsar la investigación de las causas de los trastornos mentales y del comportamiento se acrecienta el desarrollo de tratamientos eficaces y la supervisión y evaluación de los sistemas de salud mental.

Finalmente, estimamos que serían de gran ayuda los estudios económicos de las estrategias de tratamiento, prevención y promoción ya que aportarían una valiosa información para elegir y planificar racionalmente las intervenciones.

4.2.7. Educación inclusiva.

Consideramos que la mejor manera de educar a las personas con discapacidad mental es dentro del sistema general de educación, sin pasar por alto el principio de la igualdad de oportunidades de educación reconocido en los instrumentos de derechos humanos en general, en los niveles primario, secundario y superior para los niños, los jóvenes y los adultos con discapacidad mental en entornos integrados. Para lograr tal cometido, los Estados deben disponer del equipo y el apoyo necesarios para que las personas con discapacidad mental puedan alcanzar el mismo nivel de educación que otros individuos.

Para ello, como lo hemos mencionado con anterioridad, es preciso que las instituciones educativas modifiquen sustancialmente su estructura, funcionamiento y propuesta pedagógica a fin de dar respuesta a la diversidad de necesidades educativas de todas y cada una de las personas que presentan una discapacidad mental.

Nos referimos al concepto forjado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura de «educación inclusiva», la cual debe ser entendida como un movimiento basado en el principio de educación para todos, que como tal, reconoce la educación como un derecho inalienable de todas las personas, por lo tanto, este sistema se opone a cualquier forma de segregación en la educación por razones personales, sociales, étnicas o culturales.

La educación inclusiva no puede ser asumida como un cambio en la educación especial a la que son sometidas las personas con discapacidad mental, sino como un cambio integral y, por ende, una transformación del sistema educativo.

Este método implica un replanteamiento de los servicios educativos en el marco de la atención a la diversidad, la equidad y la participación de todos los estudiantes, respaldado por un cambio en la formación de los docentes en general, asimismo favorece la incorporación de diferentes estrategias en el trabajo de aula acordes a las características del alumno y la educación basada en resultados.

En consecuencia, estimamos que para la debida aplicación de una educación inclusiva para los enfermos mentales es preciso terminar con los mitos existentes a cerca de las personas que sufren una enfermedad mental, como lo son utilizar como única referencia el diagnóstico médico para determinar el futuro y la propuesta educativa del educando con discapacidad mental, suponer que para los estudiantes con enfermedades mentales es mejor una educación especial, y por tanto, fuera de los estándares educativos aplicados a los alumnos en general, para que sean bien atendidos y no sufran rechazo, o bien, considerar que todos los estudiantes deben alcanzar los mismos objetivos, en el mismo tiempo y de la misma manera; por lo que los Estados deberán trabajar en estas áreas a fin de lograr un avance en la educación de las personas con discapacidad mental.

4.2.8. Empleo, rehabilitación laboral y seguridad social.

No obstante que el enfermo mental tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decoroso, así como a ejercer un empleo productivo o alguna otra ocupación útil en condiciones justas y favorables, se ve afectado su acceso al mercado de trabajo y la permanencia en el mismo, las personas que la padecen se enfrentan a graves problemas para poder encontrar una fuente de trabajo tanto en el sector estructurado como en el no estructurado de la economía.

La tasa de desempleo de las personas con trastornos mentales es mayor que la de las que padecen discapacidades físicas, y en el entendido

de que el trabajo proporciona los medios materiales para una vida independiente, resulta una seria dificultad para dichas personas el hecho de no contar con un empleo fijo.

En consecuencia, los Estados tendrán la tarea de garantizar el disfrute efectivo del derecho al trabajo de las personas con discapacidad mental, mismo que exige la eliminación de la discriminación, asimismo se debe respetar el principio de derecho referente a un salario equitativo e igual por trabajo idéntico, sin distinciones por su condición, así como la igualdad de oportunidades para ser promovidos dentro de su trabajo a la categoría superior que les corresponda, sin más consideraciones que los factores de tiempo de servicio y capacidad.

Así también, es preciso definir condiciones de trabajo aceptables y prestar servicios de salud mental, bien de manera directa o indirecta mediante programas de asistencia al empleado.

No podemos pasar por alto que los derechos sindicales son importantes para todos los trabajadores, por lo que debe destacarse la importancia del derecho de las personas con discapacidad mental para constituir sus propias organizaciones con el fin de promover y proteger sus intereses laborales.

Asimismo, el trabajo debe ser un medio para reintegrar en la comunidad a los enfermos mentales. Las políticas que los gobiernos lleven a

cabo pueden ser fundamentales para incentivar a los empleadores a fin de que contraten a personas con trastornos mentales graves y apliquen políticas contra la discriminación de las mismas.

Una solución en este ámbito podemos encontrarla en las llamadas «empresas sociales» en las que las personas que sufren una enfermedad mental pueden laborar y se les permite desarrollar actividades económicamente rentables; se trata de una solución viable a la falta de recursos, además de que a través de las mismas se brinda una solución alternativa a la rehabilitación convencional que se les administra, ya que pueden participar de forma más activa en un proceso saludable de trabajo, y por consiguiente en la generación de recursos.

Ejemplos de logros en este rubro los encontramos en diversos países, tales como España, en la que se han creado doce centros de servicios que dan trabajo a más de ochocientas personas con trastornos mentales. Una cooperativa de empleo para personas con trastornos mentales, que se fundó en Italia en 1981 con sólo nueve trabajadores, tiene ahora más de quinientos miembros que hoy en día han retornado a la vida productiva y están integrados totalmente a la sociedad, esta cooperativa, semejante a otras que existen en Italia, suministra servicios de limpieza, conservación de parques y jardines y actividades de mantenimiento en general los cuales son prestados por personas ancianas y adultos con discapacidad mental.

En algunos otros países existe la obligación legal del empleador de reinstalar a cualquier empleado después de su recuperación por una enfermedad mental, lo cual deriva en gran ayuda tanto al enfermo como a su familia.

Ahora bien, a nivel internacional se reconoce el derecho de toda persona a la seguridad social, por tanto debemos señalar la importancia particular de los programas de seguridad social y de mantenimiento del nivel de ingresos para los enfermos mentales. Los Estados deben velar por que el sistema general de seguridad social no excluya a los enfermos mentales ni los discrimine.

Un caso particularmente indebido es el de las aseguradoras, las cuales eligen a sus clientes en función del riesgo, lo que ocasiona que en la mayoría de los países sea difícil que brinden sus servicios a los enfermos mentales, por lo que los Estados deberán exigir que dichas sociedades ofrezcan los mismos servicios que costea el erario público.

Muchos problemas mentales son crónicos, de modo que lo que importa es no sólo el costo de un tratamiento o servicio brindado, sino la probabilidad de que éste tenga que repetirse durante períodos largos, lo que una persona o una familia pueden permitirse una vez durante una crisis, sin embargo, puede ser imposible de pagar a largo plazo, tal como ocurre con otras enfermedades físicas crónicas. Por lo que se tendrán que establecer programas de apoyo que bien podrían prever gastos asociados a la

enfermedad, soporte que debería ser brindado tanto a los asegurados como a sus familias.

Consideramos que si una persona puede verse imposibilitada para acudir al trabajo debido a un resfriado, también puede verse impedido para laborar a causa de una depresión o una recaída debida a la esquizofrenia que padezca; desde este enfoque, debe colocarse a los trastornos mentales al mismo nivel que las enfermedades físicas, de ahí la importancia de que dichas personas cuenten con un sistema de seguridad social que pueda cubrir tanto los gastos que la enfermedad conlleva, como las incapacidades laborales a las que tenga que recurrir debido a su enfermedad.

4.2.10. Los derechos humanos de los enfermos mentales en instituciones penitenciarias.

Dado que las personas con trastornos mentales entran a menudo en contacto con el sistema de justicia penal, los Estados deben establecer políticas para impedir su reclusión injustificada y para facilitar su transferencia a centros de tratamiento. Además la disponibilidad de tratamiento y atención psiquiátrica debe ser habitual en dichas instituciones.

Asimismo, debe formarse al personal del sistema de justicia penal para que pueda ocuparse debidamente de las personas padecientes de trastornos mentales y del comportamiento.

4.2.11. Los derechos humanos de los enfermos mentales en instituciones psiquiátricas. La exigencia del cambio: La atención comunitaria.

Muchas instituciones psiquiátricas alrededor el mundo practican una atención inadecuada, degradante y hasta dañina para sus pacientes, aunado a que las condiciones de higiene y de vivienda pueden llegar a ser infrahumanas.

La falla de las instituciones psiquiátricas se evidencia en los repetidos casos de maltrato a los pacientes, el aislamiento geográfico y profesional de las instituciones y su personal, la mala gestión, la administración ineficaz, la insatisfactoria asignación de los recursos financieros, la falta de formación del personal y la insuficiencia de los procedimientos de inspección y de control de la calidad y sanidad.

Debemos tener claro que la calidad de vida de los individuos con trastornos mentales graves en instituciones psiquiátricas, es mucho peor que la de los que viven en la comunidad, esto se debe a que el ambiente no es propicio para fomentar su mejora; esto es, al aislar al enfermo de su medio, genera un mayor distanciamiento social.

Derivado de lo anterior, el modelo de atención de salud mental ideal ha pasado de la institucionalización a un enfoque de atención comunitaria, la cual persigue la habilitación de las personas con trastornos mentales respaldada por la disponibilidad de camas en hospitales generales para los

casos graves.

El objetivo de la atención comunitaria, que en la mayoría de los países muchas todavía no se ha iniciado, como es el caso del nuestro, es asegurar que algunas de las funciones protectoras de la institución psiquiátrica sean íntegramente asumidas por la comunidad y con ello impedir que subsistan los aspectos negativos en dichas instituciones.

La atención comunitaria se basa en dos pilares fundamentales, a saber: el respeto a los derechos humanos de los enfermos mentales y el empleo de intervenciones y técnicas modernizadas. La idea de una atención de salud mental comunitaria es un planteamiento general más que una solución organizativa; su objetivo final es la habilitación de los pacientes, y debe emplear técnicas de tratamiento eficientes que permitan a los enfermos mentales mejorar sus aptitudes.

Podemos caracterizar la atención comunitaria de la siguiente manera:

- ✓ Se trata de servicios situados cerca del domicilio del enfermo mental, incluidos atención hospitalaria general para ingresos en caso de recaídas graves y residencias para estancias en la comunidad.
- ✓ Tratamiento y asistencia específicos y personalizados para el diagnóstico y las necesidades de cada enfermo mental.
- ✓ Servicios coordinados entre los profesionales de salud mental y los organismos comunitarios.

- ✓ Cooperar con los cuidadores del enfermo mental y dar respuesta a sus necesidades, lo cual deviene en gran beneficio para los mismos.
- ✓ El objetivo último de la atención comunitaria es el tratamiento y la atención brindados en la comunidad, lo que significaría el cierre de los grandes hospitales psiquiátricos.

Los servicios comunitarios de salud mental deben ofrecer tratamiento y atención integrales a los enfermos mentales, deben ser accesibles para los pacientes y sus familias, esos servicios deben ser completos en el sentido de que han de ofrecer una gama de recursos para atender las necesidades de salud mental tanto de la población general como de grupos especiales: niños, mujeres y personas de edad avanzada.

Consideramos que el objetivo de los Estados será el de reducir el número de hospitales psiquiátricos, mejorar las condiciones de vida de los pacientes, capacitar personal, crear órganos independientes que vigilen e inspeccionen centros de tratamiento y rehabilitación, e idear las formas de financiamiento para los mismos.

4.2.12. El requerimiento de protección a las familias de los enfermos mentales.

Según la Organización Mundial de la Salud, en una de cada cuatro

familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental.² La magnitud de los trastornos mentales en los miembros de la familia es difícil de valorar y, por consiguiente, aún permanecen ignoradas, sin embargo, es una realidad que genera un impacto significativo en la calidad de vida de la familia.

En muchos países en desarrollo las familias desempeñan un papel clave en el cuidado de los enfermos mentales y son, en muchos sentidos, los principales proveedores de atención; son sus cuidadores primarios, y como tales, sufragan los gastos del tratamiento de las enfermedades mentales de su pariente, toda vez que el Estado o los seguros de salud no cubren esa atención ya sea parcial o completamente.

Con el cierre gradual de los hospitales psiquiátricos en países con sistemas de atención desarrollados, las responsabilidades se transfieren también a las familias. La labor de éstas será positiva o negativa en función de su capacidad de comprensión, de sus conocimientos teóricos y prácticos y de su preparación para atender al enfermo mental.

Por esos motivos, una tarea importante para los Estados consiste en ayudar a las familias a comprender la enfermedad, alentar la observancia de la medicación, reconocer los signos tempranos de recaída y corregir rápidamente las crisis. Esto posibilitará una mejor recuperación y reducirá la

² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados*, Documento CE138/15 del Comité Ejecutivo, 138ª sesión, 19 de mayo de 2006, pág.1.

discapacidad social y personal. Las enfermeras y otros agentes de salud pueden suponer un importante apoyo, al igual que las redes de grupos de autoayuda para las familias y el apoyo financiero directo. Asimismo, estimamos de gran importancia la fomentación y apoyo a la estabilidad familiar, la cohesión social y el desarrollo humano.

Las familias en las que uno de sus miembros padece un trastorno mental, efectúan ciertas adaptaciones y concesiones que les impiden desarrollar todo su potencial en el ámbito laboral o las relaciones sociales; los integrantes de las familias se ven obligadas a menudo a dedicar gran parte de su tiempo en asistir al familiar afectado y sufren privaciones económicas y sociales porque éste no es plenamente productivo.

Desafortunadamente, por falta de comprensión de los empleadores y la ausencia de esquemas laborales especiales para enfrentar el problema, a veces es difícil para los miembros de la familia conseguir un empleo o mantenerlo o simplemente se arriesgan a perder ingresos por ausencias forzadas al trabajo. Existe además el temor constante a que una recaída en la enfermedad pueda perturbar de forma súbita e inesperada las vidas de sus miembros.

Uno de los puntos más desagradables es el hecho de que la familia de una persona que padece un trastorno mental o del comportamiento, igual que ésta, se encuentra expuesta al estigma y a la discriminación. El rechazo por parte de los amigos, parientes, vecinos y la comunidad en general,

puede acrecentar el sentimiento de aislamiento de la familia, y trae como consecuencia la restricción de actividades sociales.

Derivado de lo anterior, consideramos que el fracaso de la sociedad en cuanto a que no reconoce la importancia de los trastornos mentales en las familias, implica que poco es el apoyo que éstas reciben, por lo que las mismas deben ser tomadas en cuenta por los Estados a través de la protección en los sectores de:

- ✓ Salud mental, toda vez que en la mayoría de los trastornos mentales y del comportamiento, un factor determinante es el hereditario, por lo que debe brindárseles la atención médica adecuada para su prevención u oportuna observación.
- ✓ Oportunidades de trabajo, ya que como los señalamos, los familiares de los enfermos mentales se enfrentan a diversos obstáculos para obtener o conservar un empleo.
- ✓ Evitar, a través de la educación de la comunidad, el estigma del que son objeto las familias en las cuales uno de sus integrantes padece una enfermedad mental.
- ✓ Brindar diversas prestaciones de índole social y económico para los familiares cuando éstos son los principales cuidadores.

4.2.13. Desarrollo de recursos humanos.

En algunos países, la falta de especialistas y profesionales de la salud

con los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para tratar las enfermedades mentales, supone un importante obstáculo para dispensar el tratamiento y la atención adecuados.

Para que los servicios de salud mental progresen, es preciso invertir en la preparación del personal especialista, esto es, médicos generales, neurólogos, psiquiatras, enfermeras, terapeutas y asistentes sociales.

Es importante, por tanto, que se actualicen los planes de estudios universitarios de medicina a fin de garantizar que los médicos tengan los conocimientos técnicos adecuados para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos mentales; por su parte el personal paramédico como las enfermeras y los asistentes sociales, necesitan capacitación para comprender los trastornos mentales y del comportamiento y la gama de tratamientos disponibles, formación que debe centrarse en las esferas más relacionadas con su labor sobre el terreno.

4.2.14. Acciones presupuestarias.

El impacto económico de los trastornos mentales es amplio, duradero y de gran magnitud. Estos trastornos imponen una serie de costos significativos tanto a los individuos y sus familias, como a las comunidades en su conjunto.

Dicho impacto se refleja en el ingreso personal, ya que se limita la

capacidad de las personas o sus familias para trabajar y hacer contribuciones productivas a la economía nacional. La utilización de los servicios de atención y apoyo igualmente aumentan. Una característica importante de los trastornos mentales es que mientras la mortalidad es baja, su aparición ocurre en edades tempranas y los costos indirectos derivados de la atención son altos.

El alarmante bajo nivel de recursos disponibles en países en desarrollo para tratar problemas de salud mental con relación a la población afectada para quien estos recursos son necesarios, fue enfatizado en el «Proyecto Atlas», según el cual más del 40% de los países en el mundo no cuenta con una política de salud mental, más del 30% carece de un programa nacional y más del 90% no tiene una política de salud mental que incluye a niños y adolescentes.³ En la actualidad, se estima que dichas cifras, arrojadas en el año 2002, no han disminuido de manera significativa.

La generación de enfoques basados en la evidencia para la asignación de recursos y el desarrollo de servicios integrales, representa un componente aún no suficientemente desarrollado pero muy necesario en las políticas nacionales de salud mental en países en desarrollo. Es por esto que es preciso que los Estados incrementen sus presupuestos para programas de salud mental por encima de los bajos niveles actuales.

La aplicación de recursos al sector salud tiene diversos beneficios

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS, *Invertir en salud mental*, Ginebra, Suiza, 2004, pág. 10.

financieros dentro de los que encontramos una mayor productividad y costos menores por la enfermedad y su cuidado. Esta inversión resultará en individuos y comunidades con mayor capacidad para evitar o afrontar el estrés y conflictos que son parte de la vida diaria y, como resultado, llegarán a disfrutar de una mejor calidad de vida y de mejor salud.

4.3. ¿CÓMO LOGRAR LA DEBIDA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DEL ENFERMO MENTAL?

La mayoría de las acciones antedichas a lo largo de este capítulo, aunque aplicables, pueden parecer inaccesibles en relación con los recursos de muchos países. Sin embargo, consideramos que todos podemos hacer algo.

Incluso con recursos muy limitados, los países pueden integrar inmediatamente la salud mental como una parte esencial de la atención médica general, y empezar a organizar servicios básicos de salud mental, lo cual a la larga no resultaría costoso, dado que implicaría un ahorro significativo el hecho de que la enfermedad se diagnostique tempranamente que si la misma es atendida en un estado avanzado cuando los costos se incrementan considerablemente.

Asimismo, los Estados se verían beneficiados por la provisión de medicamentos esenciales y por la formación en el servicio de todo el personal de salud general.

Desde la perspectiva de la salud pública, queda mucho por hacer para reducir la carga de los trastornos mentales. Estimamos que la actuación inmediata debe consistir en ampliar los servicios de salud mental para dar cobertura a toda la población. Ello es factible si se capacita a todo el personal necesario para la atención de salud mental esencial, se abastece de medicamentos apropiados a todas las instalaciones médicas y se agrupan todas estas actividades bajo una política de salud mental. Se puede comenzar por introducir la atención de salud mental en los lugares de trabajo y en las escuelas.

Un paso importante en el seguimiento de las políticas a aplicar por cada Estado, es la designación de las personas responsables de su formulación. En el proceso de elaboración debe contarse con la opinión de interesados directos: pacientes, familiares, profesionales de la salud en general, psiquiatras, neurólogos y otras partes interesadas, ya que recordemos que existen diversos organismos ya no sólo en el marco de las Naciones Unidas, sino también de índole internacional y estatal, como es el caso de las Comisiones Nacionales de Derechos Humanos y las organizaciones no gubernamentales, las cuales han comenzado a interesarse activamente en las cuestiones relacionadas con la discapacidad mental y cuya aportación a la protección de los derechos humanos de los enfermos mentales ha sido de gran importancia, ya que la mayoría de ellas tienden un puente entre dichas personas y el gobierno, con lo que tienen gran participación en el proceso de legislación y de reforma política en los Estados.

Se propone ayudar a dismantelar muchos de los obstáculos, particularmente la estigmatización, la discriminación y las deficiencias de los servicios tanto médicos como sociales que impiden que muchos millones de personas padecientes de un trastorno mental de todo el mundo, reciban el tratamiento que necesitan y merecen.

La inversión financiera y en recursos humanos es un factor importante. Una proporción mayor de los presupuestos nacionales debe ser asignada para desarrollar una adecuada infraestructura y servicios, simultáneamente, más recursos humanos son requeridos para proveer la atención y el cuidado que necesitan los enfermos mentales y para proteger y promover la salud mental.

Finalmente, estimamos que los derechos amparados en los instrumentos de derechos humanos desempeñan un papel fundamental para ayudar a preparar a las personas con discapacidad mental para una vida activa y de participación total en la sociedad, razón por la cual la tarea de los Estados en este rubro, será la de respetar las obligaciones internacionales contraídas en los mismos e implementar las estrategias, programas y políticas pertinentes, en particular adoptar disposiciones legislativas, ofrecer recursos judiciales y tomar medidas administrativas, financieras, educativas y sociales, a efecto de que la magnitud de los trastornos mentales y del comportamiento disminuya en las tasas de su población.

CONCLUSIONES

1.- La enfermedad mental implica la existencia de un conjunto de síntomas que implican en la mayoría de los casos, interferencia con el desarrollo personal de quien la padece. Los trastornos mentales más frecuentes son la depresión, los causados por el abuso de sustancias psicoactivas, la epilepsia, el Alzheimer, el retraso mental, los desórdenes conductuales en la infancia y la adolescencia y la esquizofrenia.

2.- Los enfermos mentales son considerados por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos como un grupo vulnerable, la promoción y protección de sus derechos se encuentra directamente vinculada al tema de la estigmatización y la discriminación que impiden que las mismas puedan disfrutar y ver plenamente realizados sus derechos humanos.

3.- No obstante que la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” en su artículo 1º menciona que “Todos los seres humanos nacemos libres e iguales en dignidad y derechos”, con frecuencia, los enfermos mentales tienen dificultades para recibir educación, conseguir vivienda, empleo, incluso cuando están bien calificados, obtener atención de salud adecuada, esto es, se les impide «pertener» y ser aceptados, por tanto, se les debe garantizar la igualdad de oportunidades mediante la eliminación de todas las barreras

sociales o culturales que las excluyen de su plena participación en la comunidad, pues tienen derecho a una vida plena y con dignidad.

4.- Para corregir esta situación, la normativa internacional ha concretado significativos avances encaminados a consagrar y garantizar los principios universales que ordenan la protección de los derechos de las personas que padecen una enfermedad o trastorno mental a través de la interpretación de los instrumentos generales de derechos humanos, esto es, la aplicación del principio de universalidad de los derechos humanos, o a partir de la elaboración de instrumentos específicos referidos a los derechos de las personas con discapacidad mental.

5.- En general, a la fecha, los instrumentos elaborados en el Sistema Universal de Derechos Humanos referidos a los enfermos mentales constituían instrumentos de «soft law», situación que se vislumbra distinta a raíz de la adopción de la nueva “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad” y su protocolo facultativo, misma que a la fecha de impresión de esta Tesis, ha sido firmada por 84 Estados, incluido México, y que la convierte en el primer instrumento de carácter vinculante en la materia; dicha convención garantizará que las personas con discapacidad, incluidas las padecientes de enfermedades mentales, disfruten de los mismos derechos que las demás y sean capaces de vivir sus vidas como ciudadanos por derecho propio y que pueden hacer valiosas contribuciones a la sociedad si se les brindan las mismas oportunidades, adquiriendo con ello «visibilidad». La misión ahora para

los Estados será la de llevar a cabo las diligencias necesarias a efecto de que dicho instrumento y su protocolo sea ratificado lo mas antes posible.

6.- Los organismos de las Naciones Unidas tales como la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y en especial la Organización Mundial de la Salud, dedicada a velar por la salud, las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales de derechos humanos, las Comisiones Nacionales de Derechos Humanos, los centros de estudio sobre los derechos humanos y las instituciones de investigación nacionales e internacionales, sin dejar pasar por alto al Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y los mecanismos especializados, son colaboradores que aportan una contribución muy valiosa para mejorar el debido respeto de los derechos humanos de los enfermos mentales y que en los últimos años han adquirido gran interés por las personas discapacitadas en general y cuya función incluye abrir cauces propios de expresión, identificar necesidades, expresar opiniones sobre prioridades, evaluar servicios y promover el cambio y la conciencia pública. Dada su vital importancia para el proceso de participación, es imprescindible que se estimule su desarrollo.

7.- Por otra parte, la decisión de elevar a la Comisión de Derechos humanos a la categoría de Consejo de Derechos Humanos de carácter permanente, con

una mayor categoría y facultades más amplias, dan a los derechos humanos una mayor prioridad. La creación del Consejo de Derechos Humanos significa un paso importante para la protección y promoción de los derechos humanos a nivel internacional.

8.- Debemos tener en cuenta que todos estamos obligados a respetar los derechos humanos de los enfermos mentales; sin embargo, la responsabilidad primordial respecto a garantizar el respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental recae en los Estados. Los instrumentos de derechos humanos no proporcionan orientación simplemente, sino que imponen a los Estados Partes la obligación de reformar. Los progresos advertidos en favor de la aplicación de los principios establecidos en los instrumentos de derechos humanos por medio de la adopción de normas internacionales depende, en buena medida, de la capacidad de los Estados para traducirlas en normas, políticas públicas, reformas legislativas y programas nacionales dirigidos a combatir la violación de los derechos de las personas con discapacidad mental y superar la discriminación que habitualmente las afecta.

10.- Sólo unos pocos países disponen de recursos de salud mental suficientes. En algunos prácticamente no existen. En su calidad de responsables de la salud mental, los gobiernos deben definir políticas que protejan y mejoren la salud mental de la población, dichas políticas comprenden dispensar tratamiento para los trastornos mentales en el ámbito de la atención médica general, asegurar la disponibilidad de medicamentos, sustituir las instituciones

psiquiátricas en centros de atención comunitaria, realizar un cambio integral al sistema de educación e introducir el concepto de “educación inclusiva” en sus centros educativos, realizar campañas de sensibilización pública para acabar con la estigmatización y la discriminación de la que son objeto los enfermos mentales, involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores en la adopción de decisiones sobre políticas y servicios de salud mental, establecer políticas, programas y legislación referentes a la salud mental a escala nacional, capacitar adecuadamente a profesionales involucrados con la salud mental, vigilar la salud mental de la población, apoyar la investigación y el establecimiento de un sistema integral de protección social de las familias que tengan en su seno a personas padecientes de una enfermedad o trastorno mental o del comportamiento con medidas de información, formación, atención domiciliaria y prestaciones y asistencias de todo tipo.

11.- Hay que situar la discapacidad mental en donde le corresponde: en la esfera de los derechos humanos, la igualdad de oportunidades y la no discriminación, esto es, debemos concebir a los enfermos mentales como titulares de derechos. Para ello, hay que definir prerrogativas, dotarlas de contenido material, hacerlas vinculantes y universales y regular mecanismos eficaces y rápidos de protección y tutela que garanticen su ejecutividad. Hay que luchar contra las situaciones de discriminación que todavía padecen los enfermos mentales y sus familias.

12.- El proceso de garantizar que las personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento disfruten de sus derechos humanos avanza con lentitud; se inspira en los valores que sustentan a los derechos humanos: la inapreciable dignidad de todos y cada uno de los seres humanos, el concepto de autonomía o de libre determinación que exige que la persona sea el centro de todas las decisiones que le afecten, la igualdad inherente a todos independientemente de las diferencias y la ética de la solidaridad que la sociedad exige para sustentar la libertad de la persona con los apoyos sociales correspondientes. La tesis fundamental es que el proceso de reforma relacionado con la discapacidad que se está observando en todo el planeta se fortalezca a través de la debida organización de la comunidad internacional, los Estados y los individuos en su conjunto. Todos podemos hacer algo.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- ✓ ARELLANO GARCÍA, Carlos, Derecho Internacional Público, 2ª edición, Editorial Porrúa, México, Volumen II, 1983.
- ✓ CANÇADO TRINDADE, Antônio A, El Derecho Internacional de los Derechos Humanos en el siglo XXI, S.N.E., Editorial Jurídica de Chile, Chile, 2001.
- ✓ CANO VALLE, Fernando, Percepciones acerca de la Medicina y el Derecho, S.N.E., Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2001.
- ✓ CARBONELL, Miguel, et.al., compiladores, Derecho Internacional de los Derechos Humanos, S.N.E., Editorial Porrúa, México, 2002.
- ✓ COLMAN, Andrew M, A Dictionary of Psychology, S.N.E., Oxford University Press, Estados Unidos de América, 2001.
- ✓ Diccionario Jurídico Espasa, S.N.E., Editorial Siglo XXI, España, 2003.
- ✓ DIEZ DE VELASCO VALLEJO, Manuel, Instituciones de Derecho Internacional Público, 14ª edición, Editorial Tecnos, Madrid, España, 2004.
- ✓ DIEZ DE VELASCO VALLEJO, Manuel, Las Organizaciones Internacionales, 10ª edición, Editorial Tecnos, España, 1997.
- ✓ GOLDMAN H., Howard, Psiquiatría General, 4ª edición, Editorial El manual moderno, México, 1996.

- ✓ GUIMÓN, José, La discriminación de los pacientes mentales: Un reto para los Derechos Humanos, S.N.E., Publicaciones de la Universidad de Deusto, Madrid, España, 2004.
- ✓ KRAUT, Alfredo Jorge, Los Derechos de los Pacientes, S.N.E., Editorial Abeledo-Perrot, Buenos Aires, Argentina, 1997.
- ✓ LERNER, Natán, Minorías y grupos en el Derecho Internacional. Derechos y discriminación, S.N.E., Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1991.
- ✓ Memorias del Seminario: Los Instrumentos de Protección Regional e Internacional de los Derechos Humanos, S.N.E., Secretaría de Relaciones Exteriores, México, 2004.
- ✓ MARTÍN, Claudia, et.al., compiladores, Derecho Internacional de los Derechos Humanos, S.N.E., Editorial Doctrina Jurídica Contemporánea, México, 2004.
- ✓ MÉNDEZ SILVA, Ricardo, Derecho Internacional de los Derechos Humanos, S.N.E., Universidad Nacional Autónoma de México, Serie Doctrina Jurídica, México, 2002.
- ✓ O'DONELL, Daniel, Protección Internacional de los Derechos Humanos, 2ª edición, Comisión Andina de Juristas, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Lima, Perú, 1989.
- ✓ PEDROZA DE LA LLAVE, Susana T., et. al., compiladores, Compilación de Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos, S.N.E., Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, Tomo I, 2003.

- ✓ PEDROZA DE LA LLAVE, Susana T., et. al., compiladores, Compilación de Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos, S.N.E., Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, Tomo II, 2003.
- ✓ QUINTANA ROLDÁN, Carlos F., et. al., Derechos Humanos, 2ª edición, Editorial Porrúa, México, 2001.
- ✓ RUIZ COBO, Esther, compiladora, Derechos Humanos de las personas con discapacidad. Documentos básicos, S.N.E., Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, México, 2003.
- ✓ SEBASTIÁN RÍOS, Ángel Miguel, coordinador, Introducción al estudio de los Derechos Humanos, S.N.E., Centro de investigación, consultoría y docencia en Guerrero, A.C, Comisión de Defensa de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero, México, 1996.
- ✓ SEPÚLVEDA, César, Derecho Internacional, 23ª edición, Editorial Porrúa, México, 2002.
- ✓ URIOSTE BRAGA, Fernando, Responsabilidad Internacional de los Estados en los Derechos Humanos, S.N.E., Editorial B de F, Buenos Aires, Argentina, 2002.
- ✓ VALADÉS, Diego, et. al., coordinadores, Derechos Humanos, S.N.E., Universidad Nacional Autónoma de México, México, Tomo III. Memoria del IV Congreso Nacional de Derecho Constitucional, 2001,

RESOLUCIONES Y DOCUMENTOS

- ✓ COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *“Los derechos humanos y las personas con*

discapacidad”, Resolución 1998/31, 51º período de sesiones, 17 de abril de 1998.

- ✓ COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “*Los derechos de las personas con discapacidad*”, Resolución 2003/49, 59º período de sesiones, 23 de abril de 2003.
- ✓ CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “*Relación consultiva entre las Naciones Unidas y las Organizaciones No Gubernamentales*”, Resolución 1996/31, 49ª sesión plenaria, 25 de julio de 1996.
- ✓ CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “*Grupos e individuos específicos: Otros grupos e individuos vulnerables*”, Documento E/CN.4/2006/72, Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre los progresos alcanzados en la aplicación de las recomendaciones contenidas en el estudio sobre los derechos humanos y la discapacidad, presentado durante el 62º período de sesiones de la Comisión de Derechos Humanos, 20 de enero de 2006.
- ✓ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “*Programa de acción mundial para los impedidos*”, Resolución 37/52 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 37º período de sesiones, 3 de diciembre de 1982.
- ✓ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “*Creación del Comité Especial encargado de preparar una Convención Internacional Amplia e Integral para Proteger y Promover los Derechos y la Dignidad de las*

Personas con Discapacidad”, Resolución 56/168 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 88ª sesión plenaria, 19 de diciembre de 2001.

- ✓ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “*Proyecto de convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*”, Anexo II del documento A/AC.265/2006/4, 13 de diciembre de 2006.
- ✓ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “*Informe de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia*”, Documento A/CONF.189/12, 25 de enero de 2002.
- ✓ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “*Creación del Consejo de Derechos Humanos*”, Resolución 60/251 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 72ª sesión plenaria, 15 de marzo de 2006.
- ✓ ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, “*Reunión de Expertos sobre la Actualización de la Lista de Enfermedades Profesionales*”, Documento MEULOD/2005/10, Ginebra, Suiza, 20 de diciembre de 2005.
- ✓ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “*Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*”, Ginebra, Suiza, 2001.
- ✓ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “*Programa mundial de acción en salud mental: Cerremos la brecha, mejoremos la atención*”, Ginebra, Suiza, 2002.
- ✓ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS, “*Invertir en salud mental*”, Ginebra, Suiza, 2004.

- ✓ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “*Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación*”, Resolución WHA58.23 de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005.
- ✓ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, “*La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados*”, Documento CE138/15 del Comité Ejecutivo, 138º sesión, 19 de mayo de 2006.

PÁGINAS WEB

- ✓ Asociación Médica Mundial, <http://www.wma.net/s/index.htm>
- ✓ Centro de Información de la Organización de las Naciones Unidas para México, Cuba y República Dominicana, <http://www.cinu.org.mx>
- ✓ Comisión Nacional de Derechos Humanos, <http://www.cndh.org.mx>
- ✓ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, <http://www.unicef.org/spanish>
- ✓ La Organización de las Naciones Unidas y las personas con discapacidad, <http://www.un.org/spanish>
- ✓ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, <http://www.ohchr.org/spanish>
- ✓ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, <http://www.unesco.org/es>
- ✓ Organización Internacional del Trabajo, <http://www.ilo.org>

- ✓ Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/es>
- ✓ Organización Mundial de Personas con Discapacidad, <http://dpi.org>
- ✓ Centro de documentación de la Organización de las Naciones Unidas,
<http://www.un.org/spanish/documents/>

ANEXO 1

CIE-10

**CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Y
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL, DÉCIMA
EDICIÓN
-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-**

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.

F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.

F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.

F01 *Demencia vascular.*

F01.0 Demencia vascular de inicio agudo.

F01.1 Demencia multi-infarto.

F01.2 Demencia vascular subcortical.

F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical.

F01.8 Otras demencias vasculares.

F01.9 Demencia vascular sin especificación.

F02 *Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.*

F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick.

F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington.

F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.

F02.4 Demencia en la infección por VIH.

F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

F03 *Demencia sin especificación.*

F04 *Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas.*

F05 *Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas.*

F05.0 Delirium no superpuesto a demencia.

F05.1 Delirium superpuesto a demencia.

F05.8 Otro delirium no inducido por alcohol o droga.

F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas sin especificación.

F06 *Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática*

F06.0 Alucinosis orgánica.

- F06.1 Trastorno catatónico orgánico.
- F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.
- F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.
- F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.
- F06.5 Trastorno disociativo orgánico.
- F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.
- F06.7 Trastorno cognoscitivo leve.
- F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.
- F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.

F07 *Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.*

- F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.
- F07.1 Síndrome post-encefálico.
- F07.2 Síndrome post-conmocional.
- F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.
- F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.

F09 *Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.*

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas.

F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.

F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.

F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.

F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.

F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.

F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).

F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.

F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.

F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas.

- F19.0 Intoxicación aguda.
- F19.1 Consumo perjudicial.
- F19.2 Síndrome de dependencia.
- F19.3 Síndrome de abstinencia.
- F19.4 Síndrome de abstinencia con delirium.
- F19.5 Trastorno psicótico.
- F19.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.
- F19.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- F19.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- F19.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas sin especificación.

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

- F20 Esquizofrenia.
- F20.0 Esquizofrenia paranoide.
- F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.
- F20.2 Esquizofrenia catatónica.
- F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.
- F20.4 Depresión post-esquizofrénica.
- F20.5 Esquizofrenia residual.

F20,6 Esquizofrenia simple.

F20.8 Otras esquizofrenias.

F20.9 Esquizofrenia sin especificación.

F21 *Trastorno esquizotípico.*

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.0 Trastorno de ideas delirantes.

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.

F23 *Trastornos psicóticos agudos y transitorios.*

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.

F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

F24 *Trastorno de ideas delirantes inducidas.*

F25 *Trastornos esquizoafectivos.*

F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.

F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.

F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos.

F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.

F28 *Otros trastornos psicóticos no orgánicos.*

F29 *Psicosis no orgánica sin especificación.*

F30-39 **Trastornos del humor (afectivos)**

F30 Episodio maníaco.

F30.0 Hipomanía.

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.

F30.2 Manía con síntomas psicóticos.

F30.8 Otros episodios maníacos.

F30.9 Episodio maníaco sin especificación.

F31 Trastorno bipolar.

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco.

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas

psicóticos.

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.

F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.

F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.

F31.8 Otros trastornos bipolares.

F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.

F32 *Episodios depresivos.*

F32.0 Episodio depresivo leve.

F32.1 Episodio depresivo moderado.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

F32.8 Otros episodios depresivos.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

F33 Trastorno depresivo recurrente.

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin

síntomas psicóticos.

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

F34 *Trastornos del humor (afectivos) persistentes.*

F34.0 Ciclotimia.

F34.1 Distimia.

F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.

F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

F38 *Otros trastornos del humor (afectivos)*

F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.

F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F40 Trastornos de ansiedad fóbica.

F40.0 Agorafobia.

F40.1 Fobias sociales.

F40.2 Fobias específicas (aisladas).

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

F41 *Otros trastornos de ansiedad.*

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

F42 *Trastorno obsesivo-compulsivo.*

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

F43 *Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.*

F43.0 Reacción a estrés agudo.

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.

F43.2 Trastornos de adaptación.

F43.8 Otras reacciones a estrés grave.

F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación.

F44 *Trastornos disociativos (de conversión).*

F44.0 Amnesia disociativa.

F44.1 Fuga disociativa.

F44.2 Estupor disociativo.

F44.3 Trastornos de trance y de posesión.

F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad.

F44.5 Convulsiones disociativas.

F44.6 Anestias y pérdidas sensoriales disociativas.

F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.

F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión).

F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.

F45 *Trastornos somatomorfos.*

F45.0 Trastorno de somatización.

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.

F45.2 Trastorno hipocondríaco.

F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa.

F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo.

F45.8 Otros trastornos somatomorfos.

F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación.

F48 *Otros trastornos neuróticos.*

F48.0 Neurastenia.

F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización.

F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.

F48.9 Trastorno neurótico sin especificación.

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F50 Trastornos de la conducta alimentaria.

F50.0 Anorexia nerviosa.

F50.1 Anorexia nerviosa atípica.

F50.2 Bulimia nerviosa.

F50.3 Bulimia nerviosa atípica.

F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria.

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

F51 *Trastornos no orgánicos del sueño.*

F51.0 Insomnio no orgánico.

F51.1 Hipersomnio no orgánico.

F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia.

F51.3 Sonambulismo.

F51.4 Terrores nocturnos.

F51.5 Pesadillas.

F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño.

F51.9 Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación.

F52 *Disfunción sexual no orgánica.*

F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual.

F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.

F52.2 Fracaso de la respuesta genital.

F52.3 Disfunción orgásmica.

F52.4 Eyaculación precoz.

F52.5 Vaginismo no orgánico.

F52.6 Dispareunia no orgánica.

F52.7 Impulso sexual excesivo.

F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.

F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.

F53 *Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.*

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar leves.

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar graves.

F53.8 Otros trastornos mentales en el puerperio no clasificados en otro lugar.

F53.9 Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio, sin especificación.

F54 *Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.*

F55 *Abuso de sustancias que no producen dependencia.*

F59 *Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.*

F60-69 **Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.**

F60 Trastornos específicos de la personalidad.

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.

F60.2 Trastorno disocial de la personalidad.

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad.

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad.

F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.

F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad.

F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación.

F61 *Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.*

F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad.

F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 ó F62.

F62 *Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.*

F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.

F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica.

F62.8 Otras transformaciones persistentes de la personalidad.

F62.9 Transformación persistente de la personalidad sin especificación.

F63 *Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.*

F63.0 Ludopatía.

F63.1 Piromanía.

F63.2 Cleptomanía.

F63.3 Tricotilomanía.

F63.8 Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación.

F64 *Trastornos de la identidad sexual.*

F64.0 Transexualismo.

F64.1 Transvestismo no fetichista.

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia.

F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual.

F64.9 Trastorno de la identidad sexual sin especificación.

F65 *Trastornos de la inclinación sexual.*

F65.0 Fetichismo.

F65.1 Transvestismo fetichista.

F65.2 Exhibicionismo.

F65.3 Escoptofilia (voyeurismo).

F65.4 Paidofilia.

F65.5 Sadomasoquismo.

F65.6 Trastornos múltiples de la inclinación sexual.

F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual.

F65.9 Trastorno de la inclinación sexual sin especificación.

F66 *Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.*

F66.0 Trastorno de la maduración sexual.

F66.1 Orientación sexual egodistónica.

F66.2 Trastorno de la relación sexual.

F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual.

F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación.

F68 *Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.*

F68.0 Elaboración psicológica de síntomas somáticos.

F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio).

F68.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados.

F69 *Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.*

F70-79 Retraso mental.

F70 Retraso mental leve.

F71 Retraso mental moderado.

F72 Retraso mental grave.

F73 Retraso mental profundo.

F78 Otros retrasos mentales.

F79 Retraso mental sin especificación.

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.

F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.0 Trastorno específico de la pronunciación.

F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje.

F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje.

F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner).

F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.

F81 *Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.*

F81.0 Trastorno específico de la lectura.

F81.1 Trastorno específico de la ortografía.

F81.2 Trastorno específico del cálculo.

F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.

F82 *Trastorno específico del desarrollo psicomotor.*

F83 *Trastorno específico del desarrollo mixto.*

F84 *Trastornos generalizados del desarrollo.*

F84.0 Autismo infantil.

F84.1 Autismo atípico.

F84.2 Síndrome de Rett.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.

F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.

F84.5 Síndrome de Asperger.

F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

F88 *Otros trastornos del desarrollo psicológico.*

F89 *Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.*

F90-98 **Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.**

F90 Trastornos hiperkinéticos.

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.

F90.1 Trastorno hiperkinético disocial.

F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos.

F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación.

F91 *Trastornos disociales.*

F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar.

F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados.

F91.2 Trastorno disocial en niños socializados.

F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista.

F91.8 Otros trastornos disociales.

F91.9 Trastorno disocial sin especificación.

F92 *Trastornos disociales y de las emociones mixtos.*

F92.0 Trastorno disocial depresivo.

F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos.

F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.

F93 *Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.*

F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.

F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.

F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.

F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos.

F93.8 Otros trastornos de las emociones en la infancia.

F93.9 Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.

F94 *Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.*

F94.0 Mutismo selectivo.

F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.

F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.

F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia.

F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.

F95 *Trastornos de tics.*

F95.0 Trastorno de tics transitorios.

F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios.

F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette).

F95.8 Otros trastornos de tics.

F95.9 Trastorno de tics sin especificación.

F98 *Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.*

F98.0 Enuresis no orgánica.

F98.1 Encopresis no orgánica.

F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.

F98.3 Pica en la infancia.

F98.4 Trastorno de estereotipias motrices.

F98.5 Tartamudeo (espasmofemia).

F98.6 Farfalleo.

F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.

F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.

F99 Trastorno mental sin especificación.

ANEXO 2
DSM-IV
MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS
MENTALES, CUARTA EDICIÓN
-ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA-

- ✓ **Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia:**
 - Retraso mental: leve, moderado, grave, y profundo.
 - Trastornos del aprendizaje:
 - Trastorno de la lectura
 - Trastorno del cálculo
 - Trastorno de la expresión escrita
 - Trastorno del aprendizaje no especificado
 - Trastorno de las habilidades motoras: Trastorno del desarrollo de la coordinación.
 - Trastornos de la comunicación:
 - Trastorno del lenguaje expresivo
 - Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
 - Trastorno fonológico
 - Tartamudeo
 - Trastorno de la comunicación no especificado.
 - Trastornos generalizados del desarrollo:

- Trastorno autista
 - Trastorno de Rett
 - Trastorno desintegrativo infantil
 - Trastorno de Asperger
 - Trastorno generalizados del desarrollo no especificado.
- Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador:
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:
 - *Tipo combinado*
 - *Tipo con predominio del déficit de atención*
 - *Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo*
 - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.
 - Trastorno disocial
 - Trastorno negativista desafiante
 - Trastorno de comportamiento perturbador no especificado.
- Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez:
- Pica
 - Trastorno de rumiación
 - Trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o de la niñez
- Trastornos de tics:

- Trastorno de la Tourette
 - Trastorno de tics motores o vocales crónicos
 - Trastorno de tics transitorios
 - Trastorno de tics no especificado
- Trastornos de la eliminación:
- Encopresis:
 - *Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento*
 - *Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento*
 - Enuresis (no debida a una enfermedad médica)
- Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia:
- Trastorno de ansiedad por separación
 - Mutismo selectivo
 - Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez
 - Trastorno de movimientos estereotipados
 - Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.

✓ **Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos:**

- Delirium:

- Delirium debido a...(indicar enfermedad médica)
- Delirium inducido por sustancias
- Delirium por abstinencia de sustancias
- Delirium debido a múltiples etiologías
- Delirium no especificado

➤ Demencia:

- Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano:
 - *No complicada*
 - *Con delirium*
 - *Con ideas delirantes*
 - *Con estado de ánimo depresivo*
- Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío:
 - *No complicada*
 - *Con delirium*
 - *Con ideas delirantes*
 - *Con estado de ánimo depresivo*
- Demencia vascular:
 - *No complicada*
 - *Con delirium*
 - *Con ideas delirantes*
 - *Con estado de ánimo depresivo*
- Demencia debida a enfermedad por VIH
- Demencia debida a traumatismo craneal

- Demencia debida a enfermedad de Parkinson
 - Demencia debida a enfermedad de Huntington
 - Demencia debida a enfermedad de Pick
 - Demencia debida a ...(*indicar enfermedad médica no enumerada antes*)
 - Demencia no especificada
- Trastornos amnésicos:
- Trastorno amnésico debido a ...(*indicar enfermedad médica*)
 - Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.
 - Trastorno amnésico no especificado.
- Otros trastornos cognoscitivos: Trastorno cognoscitivo no especificado.
- ✓ **Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados:**
- Trastorno catatónico debido a ... (*indicar enfermedad médica*)
 - Cambio de personalidad debido a ...(*indicar enfermedad médica*)
 - Trastorno mental no especificado debido a ...(*indicar enfermedad médica*)
- ✓ **Trastornos relacionados con sustancias:**

- Trastornos relacionados con el alcohol:
 - Trastornos por consumo de alcohol: .
 - *Dependencia de alcohol*
 - *Abuso de alcohol*
 - Trastornos inducidos por el alcohol: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, y Trastorno relacionado con alcohol no especificado*
- Trastornos relacionados con alucinógenos:
 - Trastornos por consumo de alucinógenos:
 - *Dependencia de alucinógenos*
 - *Abuso de alucinógenos*
 - Trastornos inducidos por alucinógenos: *Intoxicación, Trastorno perceptivo persistente, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, y Trastorno del estado de ánimo.*
- Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar):
 - Trastornos por consumo de anfetaminas:
 - *Dependencia de anfetaminas*
 - *Abuso de anfetaminas*

- Trastornos inducidos por anfetaminas: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno sexual, y Trastorno del estado de ánimo.*
- Trastornos relacionados con cafeína:
 - Trastornos inducidos por cafeína: *Intoxicación, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, y Trastorno relacionado con cafeína no especificado.*
- Trastornos relacionados con cannabis:
 - Trastornos por consumo de cannabis:
 - *Dependencia de cannabis*
 - *Abuso de cannabis*
 - Trastornos inducidos por cannabis: *Intoxicación, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con cannabis no especificado.*
- Trastornos relacionados con cocaína:
 - Trastornos por consumo de cocaína:
 - *Dependencia de cocaína*
 - *Abuso de cocaína*
 - Trastornos inducidos por cocaína: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, Trastorno*

del sueño, Trastorno sexual, y Trastorno relacionado con cocaína no especificado.

➤ Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar):

- Trastornos por consumo de fenciclidina:
 - *Dependencia de fenciclidina*
 - *Abuso de fenciclidina*
- Trastornos inducidos por fenciclidina: *Intoxicación, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado.*

➤ Trastornos relacionados con inhalantes:

- Trastornos por consumo de inhalantes:
 - *Dependencia de inhalantes*
 - *Abuso de inhalantes*
- Trastornos inducidos por inhalantes: *Intoxicación, Delirium, Demencia, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con inhalantes no especificado.*

➤ Trastornos relacionados con nicotina:

- Trastornos por consumo de nicotina: *Dependencia de nicotina.*

- Trastornos inducidos por nicotina: *Abstinencia y Trastorno relacionado con nicotina no especificado.*
- Trastornos relacionados con opiáceos:
 - Trastornos por consumo de opiáceos:
 - *Dependencia de opiáceos*
 - *Abuso de opiáceos*
 - Trastornos inducidos por opiáceos: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno del sueño, Trastorno sexual, y Trastorno relacionado con opiáceos no especificado.*
- Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
 - Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
 - *Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos*
 - *Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos*
 - Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno sexual, y Trastorno*

relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado

- Trastornos relacionados con varias sustancias: *Dependencia de varias sustancias.*
- Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas):
 - Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas):
 - *Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)*
 - *Abuso de otras sustancias (o desconocidas)*
 - Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas): *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno sexual, y Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado.*

✓ **Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.**

- Esquizofrenia:
 - Tipo paranoide
 - Tipo desorganizado

- Tipo catatónico
- Tipo indiferenciado
- Tipo residual
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno delirante
- Trastorno psicótico breve
- Trastorno psicótico compartido (*folie a deux*)
- Trastorno psicótico debido a...(indicar enfermedad médica)
 - Con ideas delirantes
 - Con alucinaciones
- Trastorno psicótico inducido por sustancias
- Trastorno psicótico no especificado.

✓ **Trastornos del estado del ánimo:**

- Trastornos depresivos:
 - Trastorno depresivo mayor
 - Trastorno distímico
 - Trastorno depresivo no especificado
- Trastornos bipolares:
 - Trastorno bipolar I
 - Trastorno bipolar II
 - Trastorno ciclotímico

- Trastorno bipolar no especificado.
- Trastorno del estado del ánimo debido a enfermedad médica
- Trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias
- Trastorno del estado del ánimo no especificado.

✓ **Trastornos de ansiedad:**

- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobia específica (*animal, ambiental, situacional, etc.*)
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificado

✓ **Trastornos somatomorfos:**

- Trastorno de somatización
- Trastorno somatomorfo indiferenciado
- Trastorno de conversión
- Trastorno por dolor

- Hipocondría
- Trastorno dismórfico corporal
- Trastorno somatomorfo no especificado.

✓ **Trastornos facticios:**

- Trastorno facticio:
 - Con predominio de signos y síntomas psicológicos
 - Con predominio de signos y síntomas somáticos
 - Con combinación de signos y síntomas psicológicos y somáticos
- Trastorno facticio no especificado.

✓ **Trastornos disociativos:**

- Amnesia disociativa
- Fuga disociativa
- Trastorno de identidad disociativo
- Trastorno de despersonalización
- Trastorno disociativo no especificado

✓ **Trastornos sexuales y de la identidad sexual:**

- Trastornos sexuales:
 - Trastornos del deseo sexual:
 - *Deseo sexual hpoactivo*

- *Trastorno por aversión al sexo*
 - Trastornos de la excitación sexual:
 - *Trastornos de la excitación sexual en la mujer*
 - *Trastornos de la excitación sexual en el varón*
 - Trastornos del orgasmo:
 - *Trastorno orgásmico femenino*
 - *Trastorno orgásmico masculino*
 - *Eyacuación precoz*
 - Trastornos sexuales por dolor:
 - *Dispareunia* (no debida a una enfermedad médica)
 - *Vaginismo* (no debido a una enfermedad médica)
 - Trastorno sexual debido a una enfermedad médica
 - Trastorno sexual no especificado
- Parafilias:
- Exhibicionismo
 - Fetichismo
 - Frotteurismo
 - Pedofilia
 - Masoquismo sexual

- Sadismo sexual
 - Fetichismo transvestista
 - Voyeurismo
 - Parafilia no especificada
- Trastornos de la identidad sexual

✓ **Trastornos de la conducta alimentaria:**

- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

✓ **Trastornos del sueño:**

- Trastornos primarios del sueño:
 - Disomnias:
 - *Insomnio primario*
 - *Hipersomnias primarias*
 - *Narcolepsia*
 - *Trastorno del sueño relacionado con la respiración*
 - *Trastorno del ritmo circadiano*
 - *Disomnias no especificadas*
 - Parasomnias:
 - *Pesadillas*

- *Terrores nocturnos*
 - *Sonambulismo*
 - *Parasomnia no especificada*
- Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental
- Otros trastornos del sueño

- ✓ **Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados:**
 - Trastorno explosivo intermitente
 - Cleptomanía
 - Piromanía
 - Juego patológico
 - Tricotilomanía
 - Trastornos del control de los impulsos no especificado

- ✓ **Trastornos adaptativos (Trastorno adaptativo):**
 - Con estado de ánimo depresivo
 - Con ansiedad
 - Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo
 - Con trastorno de comportamiento
 - Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento
 - No especificado

- ✓ **Trastornos de la personalidad:**

- Trastorno paranoide de la personalidad
- Trastorno esquizoide de la personalidad
- Trastorno esquizotípico de la personalidad
- Trastorno antisocial de la personalidad
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno histriónico de la personalidad
- Trastorno narcisista de la personalidad
- Trastorno de la personalidad por evitación
- Trastorno de la personalidad por dependencia
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
- Trastorno de la personalidad no especificado

✓ **Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica:**

- Factores psicológicos que afectan al estado físico:
 - Trastorno mental que afecta a una enfermedad médica
 - Síntomas psicológicos que afectan a una enfermedad médica
 - Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a una enfermedad médica
 - Comportamientos desadaptativos que afectan a una enfermedad médica
 - Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a una enfermedad médica

- Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a una enfermedad médica
- Trastornos motores inducidos por medicamentos:
 - Parkinsonismo inducido por neurolépticos
 - Síndrome neuroléptico maligno
 - Disonía aguda inducida por neurolépticos
 - Acatisia aguda inducida por neurolépticos
 - Discinesia tardía inducida por neurolépticos
 - Temblor postural inducido por neurolépticos
 - Trastorno motor inducida por medicamentos no especificado
- Trastornos inducidos por otros medicamentos
- Problemas de relación:
 - Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica
 - Problemas paterno-filiales
 - Problemas conyugales
 - Problemas de relación entre hermanos
 - Problema de relación no especificado
- Problemas relacionados con el abuso o la negligencia (abusos físicos y sexuales)
- Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica:

- Problemas conyugales
- Incumplimiento terapéutico
- Simulación
- Comportamiento antisocial del adulto
- Comportamiento antisocial en la niñez o adolescencia
- Capacidad intelectual límite
- Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad
- Duelo
- Problema académico
- Problema laboral
- Problema de identidad
- Problema religioso o espiritual
- Problema de aculturación
- Problema biográfico

ANEXO 3

CUADRO COMPARATIVO

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS VS. CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS

Asunto	Comisión	Consejo
Cuerpo que elige miembros	ECOSOC - 54 miembros	Asamblea General - 191 miembros
Método de elección	No se vota, miembros elegidos por grupos y por aclamación	Voto directo e individual, todos los miembros deben apoyar elecciones reales
Mayoría requerida	Mayoría simple (por aclamación o por 28 o menos votos)	Mayoría absoluta (96 votos)
Tamaño	53 miembros	47 miembros
Número de reuniones al año	Una	No menos de tres
Duración de sesiones	6 semanas	No menos de 10 semanas en total
Requisitos para sesiones especiales de emergencia	Mayoría de miembros de las Comisiones	1/3 de los miembros del Consejo
Suspensión de miembros	Ninguna	2/3 de los votos mayoritarios podrá suspender privilegios y derechos de los miembros que cometan sistemáticas y graves violaciones de derechos humanos
Criterio para candidatos que postulen a elecciones	Ninguno	Contribución a la promoción y defensa de los derechos humanos Compromisos voluntarios
Compromisos de los miembros	Ninguno	Tener los estándares más altos en la promoción y protección de los derechos humanos Cooperación total con el Consejo Ser supervisados por el mecanismo universal de supervisión durante el período en que se es miembro
Escrutinio de todos los miembros	Ninguno	Revisión universal periódica durante primer año del Consejo
Cambio de Miembros	Ninguno	Nuevos miembros serán elegidos en mayo de 2006
Mecanismos especiales	Marco Existente	El Consejo los revisará, racionalizará y mejorará un año después de su primera sesión
Agenda de Trabajo	Incluye el punto 8 de la agenda sobre Israel	Empieza de cero
Límites de los períodos	Ninguno	No más de dos períodos consecutivos de tres años cada uno

ANEXO 4

ANEXO II DEL DOCUMENTO A/AC.265/2006/4.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS.

ASAMBLEA GENERAL.

A. Proyecto de convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Preámbulo

Los Estados Partes en la presente Convención,

a) Recordando los principios de la Carta de las Naciones Unidas que proclaman que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad y el valor inherentes y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana,

b) Reconociendo que las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, han reconocido y proclamado que toda persona tiene los derechos y libertades enunciados en esos instrumentos, sin distinción de ninguna índole,

c) Reafirmando la universalidad, indivisibilidad e interdependencia de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de

garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación,

c) bis Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con impedimentos y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en pie de igualdad con las demás,

d) Recordando el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares,

e) Reconociendo la importancia que revisten los principios y las directrices de política que figuran en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos y en las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad como factor en la promoción, la formulación y la evaluación de normas, planes, programas y medidas en los planos nacional, regional e internacional destinados a dar igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad,

e) bis Haciendo hincapié en la importancia de incorporar las cuestiones relativas a la discapacidad como parte integrante de las estrategias pertinentes de desarrollo sostenible,

f) Reconociendo también que la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano,

g) Reconociendo además la diversidad de personas con discapacidad,

h) Reconociendo la necesidad de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas que necesitan un apoyo más intenso,

i) Observando con preocupación que, pese a estos diversos instrumentos y actividades, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en pie de igualdad en la vida social y sufriendo violaciones de sus derechos humanos en todas las partes del mundo,

j) Reconociendo la importancia de la cooperación internacional para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad en todos los países, en particular en los países en desarrollo,

k) Destacando la importancia de reconocer el valor de las contribuciones actuales y potenciales de las personas con discapacidad al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades, y que la promoción del pleno disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad y de su plena participación tendrán como resultado un mayor sentido de pertenencia de estas personas y avances significativos en el desarrollo económico, social y humano de la sociedad y en la erradicación de la pobreza,

l) Reconociendo la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones,

m) Considerando que las personas con discapacidad deberían tener oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente,

n) Preocupados por la difícil situación en que se encuentran las personas con discapacidad que son víctimas de múltiples o graves formas de discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional, étnico o social, patrimonio, nacimiento, edad o cualquier otra condición,

o) Reconociendo que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro o fuera del hogar, de violencia, lesión o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación,

p) Reconociendo también que las niñas y los niños con discapacidad deben tener el pleno disfrute de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con las demás niñas y los demás niños, y recordando las obligaciones que a este respecto asumieron los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño,

q) Subrayando la necesidad de incorporar una perspectiva de género en todas las actividades destinadas a promover el pleno disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad,

r) Destacando el hecho de que la mayoría de las personas con discapacidad viven en condiciones de pobreza y reconociendo, a este respecto, la necesidad crítica de mitigar los efectos negativos de la pobreza sobre las personas con discapacidad,

s) bis Teniendo presente que, para lograr la plena protección de las personas con discapacidad, en particular durante los conflictos armados y la ocupación extranjera, es indispensable que se den condiciones de paz y seguridad basadas en el pleno respeto de los propósitos y principios de la Carta de las

Naciones Unidas y se observen los instrumentos vigentes en materia de derechos humanos,

t) Reconociendo la importancia del acceso al entorno físico, social, económico y cultural, a los servicios de salud y educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan disfrutar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales,

u) Conscientes de que los individuos, que tienen obligaciones frente a otros individuos y a la comunidad a la que pertenecen, tienen la responsabilidad de procurar, por todos los medios, promover y hacer observar los derechos reconocidos en la Carta Internacional de Derechos Humanos,

v) Convencidos de que una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad contribuirá significativamente a paliar la profunda desventaja social de las personas con discapacidad y promoverá su participación, con igualdad de oportunidades, en los ámbitos civil, político, económico, social y cultural, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados,

v) bis Convencidos de que la familia es la unidad colectiva natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a recibir protección de ésta y del Estado, y de que las personas con discapacidad y sus familiares deben recibir la protección y la asistencia necesarias para que las familias puedan contribuir a

que esas personas disfruten de sus derechos plenamente y en igualdad de condiciones,

Conviene en lo siguiente:

Artículo 1

Propósito

El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluirán a quienes tengan impedimentos físicos, 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.

Artículo 2

Definiciones

A los fines de la presente Convención:

Por “comunicación” se entenderá el lenguaje oral y la lengua de signos, la visualización de textos, las comunicaciones en Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia escritos o auditivos de fácil acceso, el

lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros sistemas y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso;

Por “discriminación por motivos de discapacidad” se 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, disfrute o ejercicio, en condiciones de igualdad, 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;

Por “lenguaje” se entenderá tanto el lenguaje oral como la lengua de signos y otras formas de comunicación no verbal;

Por “ajustes razonables” se entenderán 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 disfrute o ejercicio, en pie de igualdad con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;

Por “diseño universal” y “diseño inclusivo” se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El

“diseño universal” y el “diseño inclusivo” no excluirán las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten.

Artículo 3

Principios generales

Los principios de la presente Convención serán:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de la discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto de las capacidades en evolución de las niñas y los niños con discapacidad y el respeto de su derecho de preservar su identidad.

Artículo 4

Obligaciones generales

1. Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover la plena realización de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de

las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin, los Estados Partes se comprometen a:

a) Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole apropiadas para dar efecto a los derechos reconocidos en la presente Convención;

b) Tomar todas las medidas apropiadas, incluso medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad;

c) Tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad;

d) Abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con la presente Convención y asegurar que las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella;

e) Tomar todas las medidas que corresponda para que ninguna persona, organización o empresa privadas discriminen por motivos de discapacidad;

f) Empezar o promover la investigación, el desarrollo, la disponibilidad y el uso de:

i) Bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad, que requieran la menor adaptación posible y al menor costo posible, y promover el diseño universal en la elaboración de normas y directrices;

ii) Nuevas tecnologías, incluidas las tecnologías de la información y las comunicaciones, ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y

- tecnologías de facilitación adecuados para las personas con discapacidad, dando prioridad a las de precio asequible;
- g) Proporcionar información, a la que puedan acceder las personas con discapacidad, acerca de las ayudas a la movilidad, los dispositivos técnicos y las tecnologías de facilitación, incluidas las nuevas tecnologías, así como otras formas de asistencia y servicios e instalaciones de apoyo;
- h) Promover la capacitación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad en los derechos reconocidos en la presente Convención, para prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos.

2. Con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional, para lograr, de manera progresiva, la plena realización de estos derechos, sin perjuicio de las obligaciones previstas en la presente Convención que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.

3. En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para aplicar la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.

4. Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que puedan facilitar, en mayor medida, la realización de los derechos de las personas con discapacidad y que puedan figurar en la legislación de un Estado Parte o en el derecho internacional de aplicación en dicho Estado. No habrá ninguna restricción o derogación de ninguno de los derechos humanos fundamentales reconocidos o existentes en los Estados Partes en la presente Convención de conformidad con la ley, las convenciones y los convenios, los reglamentos o la costumbre con el pretexto de que en la presente Convención no se reconocen esos derechos o de que se los reconoce en menor medida.

5. Las disposiciones de la presente Convención se aplicarán a todas las partes de los Estados federales sin limitaciones ni excepciones.

Artículo 5

Igualdad y no discriminación

1. Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección de la ley y a beneficiarse en igual medida de ella sin discriminación alguna.

2. Los Estados Partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo.

3. A fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación, los Estados Partes adoptarán todas las medias apropiadas para asegurar la realización de ajustes razonables.

4. No se considerarán discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas específicas que sean necesarias para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad.

Artículo 6

Mujeres con discapacidad

1. Los Estados Partes reconocen que las mujeres y las niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y que, a ese respecto, deben adoptar medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y empoderamiento de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención.

Artículo 7

Niñas y niños con discapacidad

1. Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar el pleno disfrute por las niñas y los niños con discapacidad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás.

2. En todas las actividades relacionadas con las niñas y los niños con discapacidad, una consideración primordial será la protección de sus intereses superiores.

3. Los Estados Partes asegurarán que las niñas y los niños con discapacidad tengan derecho a expresar sus opiniones libremente sobre todas las cuestiones que los afectan, opiniones que recibirán la debida consideración con arreglo a la edad y madurez de aquéllos, en igualdad de condiciones con los demás, y a recibir asistencia apropiada para su discapacidad y edad para poder realizar ese derecho.

Artículo 8

Toma de conciencia

1. Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas inmediatas, eficaces y apropiadas para:

a) Hacer que la sociedad, incluso a nivel familiar, cobre mayor conciencia de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas;

- b) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida;
- c) Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad.

2. Las medidas a este fin incluyen:

- a) Poner en marcha y mantener campañas eficaces de sensibilización pública destinadas a:
 - i) Fomentar actitudes receptivas respecto de los derechos de las personas con discapacidad;
 - ii) Promover ideas positivas y una mayor conciencia social respecto de las personas con discapacidad;
 - iii) Promover el reconocimiento de los conocimientos, los méritos, las habilidades y las aportaciones de las personas con discapacidad en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral;
- b) Promover, en todos los niveles del sistema educativo, incluso entre todas las niñas y todos los niños desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad;
- c) Estimular a todos los órganos de los medios de comunicación para que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la presente Convención;

d) Promover programas de capacitación sobre sensibilización que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y sus derechos.

Artículo 9

Accesibilidad

1. A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas apropiadas para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en pie de igualdad con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones públicos, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras al acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

- a) Los edificios, los caminos, el transporte y otras obras bajo techo y al aire libre, como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;
- b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.

2. Los Estados Partes también adoptarán medidas apropiadas para:

- a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de instalaciones y servicios públicos o abiertos al público;
- b) Asegurar que las entidades privadas que ofrecen instalaciones y servicios públicos o abiertos al público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad;
- c) Proporcionar capacitación a todos los interesados sobre los problemas de accesibilidad a que se enfrentan las personas con discapacidad;
- d) Dotar a los edificios y otras instalaciones públicas de señalización en Braille y en formatos fáciles de leer y entender;
- e) Proporcionar formas de asistencia personal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de signos, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones públicas;
- f) Promover otras formas apropiadas de asistencia y apoyo a personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;
- g) Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida la Internet;
- h) Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, de forma de conferir accesibilidad a estos sistemas y tecnologías al menor costo posible.

Artículo 10

Derecho a la vida

Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el disfrute efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en pie de igualdad con las demás.

Artículo 11

Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias

Los Estados Partes adoptarán, en virtud de las responsabilidades que les corresponden con arreglo al derecho internacional, y en concreto al derecho humanitario y las normas internacionales de derechos humanos, todas las medidas posibles para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

Artículo 12

Igual reconocimiento como persona ante la ley

1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho a ser reconocidas en todas partes como personas ante la ley.
2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica^a en pie de igualdad con las demás en todos los aspectos de la vida.

3. Los Estados Partes adoptarán las medidas apropiadas para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.

4. Los Estados Partes asegurarán que todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica proporcionen salvaguardias apropiadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos, competentes, imparciales e independientes por parte de las autoridades o de órganos judiciales. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.

5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean adecuadas y eficaces para garantizar el derecho en pie de igualdad de las personas con discapacidad a ser propietarios y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en condiciones de igualdad a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y asegurarán que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.

Artículo 13

Acceso a la justicia

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en pie de igualdad con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y apropiados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares.

2. A fin de asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a la justicia, los Estados Partes promoverán la capacitación apropiada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

Artículo 14

Libertad y seguridad de la persona

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en pie de igualdad con las demás:

- a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona;
- b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de la libertad sea de conformidad con la ley, y que en ningún caso el hecho de que haya una discapacidad justifique una privación de la libertad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en pie de igualdad con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables.

Artículo 15

Derecho a no ser sometido a torturas y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, los Estados Partes prohibirán que las personas sean sometidas a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento libre e informado, y las protegerán para que no lo sean.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas legislativas, administrativas, judiciales o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 16

Protección contra la explotación, la violencia y los abusos

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales, educativas 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 abusos, incluidos los aspectos relacionados con el género.

2. Los Estados Partes también adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir todas las formas de explotación, violencia y abusos asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo sensibles a las cuestiones de género y de edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la forma de evitar, reconocer y comunicar los casos de explotación, violencia y abusos. Los Estados Partes asegurarán que los servicios de protección sean sensibles a la edad, el género y la discapacidad.

3. A fin de impedir que se produzcan casos de explotación, violencia y abusos, los Estados Partes asegurarán que todos los servicios y programas diseñados para servir a las personas con discapacidad sean objeto de una vigilancia efectiva por parte de autoridades independientes.

4. 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 abusos, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno 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.

5. Los Estados Partes adoptarán legislación y políticas eficaces, incluidas la legislación y las políticas específicas del género y para los niños, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abusos contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados.

Artículo 17

Protección de la integridad personal

Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en pie de igualdad con las demás.

Artículo 18

Libertad de desplazamiento y nacionalidad

1. Los Estados Partes reconocerán el derecho de las personas con discapacidad a la libertad de desplazamiento, a la libertad para elegir su residencia y a una nacionalidad, en pie de igualdad con las demás, incluso asegurando que las personas con discapacidad:

- a) Tengan derecho a adquirir y cambiar una nacionalidad y a no ser privadas de la suya de manera arbitraria o por motivos de discapacidad;
- b) No sean privadas, por motivos de discapacidad, de su capacidad para obtener, poseer y utilizar documentación relativa a su nacionalidad u otra

documentación de identificación, o para utilizar procedimientos pertinentes, como el procedimiento de inmigración, que puedan ser necesarios para facilitar el ejercicio del derecho a la libertad de desplazamiento;

c) Tengan libertad para salir de cualquier país, incluido el propio;

d) No se vean privadas, arbitrariamente o sobre la base de su discapacidad, del derecho a entrar en su propio país.

2. Las niñas y los niños con discapacidad serán registrados inmediatamente después de su nacimiento y tendrán desde el nacimiento el derecho a un nombre, el derecho a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, el derecho a conocer a sus padres y a recibir cuidados de ellos.

Artículo 19

Derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad

Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de los demás, y tomarán medidas eficaces y adecuadas para facilitar el pleno disfrute de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, incluso asegurando que:

a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién desean vivir, en pie de igualdad con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;

b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;

c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en condiciones de igualdad, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

Artículo 20

Movilidad personal

Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas para asegurar que las personas con discapacidad disfruten de libertad de desplazamiento con la mayor independencia posible, entre ellas:

a) Facilitar la movilidad personal de las personas con discapacidad en la forma y en el momento que deseen a un costo asequible;

b) Facilitar el acceso de las personas con discapacidad a ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos, tecnologías de facilitación y formas de asistencia personal e intermediarios de alta calidad, incluso poniéndolos a su disposición a un costo asequible;

c) Ofrecer capacitación en habilidades para la movilidad a las personas con discapacidad y al personal especializado que trabaje con estas personas;

d) Alentar a las entidades privadas que fabrican ayudas para la movilidad, dispositivos y tecnologías de facilitación a que tengan en cuenta todos los aspectos de la movilidad de las personas con discapacidad.

Artículo 21

Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para que las personas con discapacidad puedan ejercer su derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida la libertad de buscar, recibir y ofrecer información e ideas en igualdad de condiciones con las demás y mediante la lengua de signos, el Braille, medios aumentativos y alternativos de comunicación y cualquier otro sistema o formato de comunicación accesible que elijan, entre otras:

a) Facilitar información pública a las personas con discapacidad, de manera oportuna y sin costo adicional, en formato accesible y con las tecnologías adecuadas a los diferentes tipos de discapacidad;

b) Aceptar y facilitar la utilización de la lengua de signos, el Braille, y medios aumentativos y alternativos de comunicación y todos los demás sistemas y formatos de comunicación accesibles que elijan las personas con discapacidad en sus relaciones oficiales;

c) Alentar a las entidades privadas que prestan servicios al público en general, incluso mediante la Internet, a que proporcionen información y servicios en

formatos que las personas con discapacidad puedan utilizar y a los que tengan acceso;

d) Alentar a los medios de comunicación, incluidos los que suministran información a través de la Internet, a que hagan que sus servicios sean accesibles para las personas con discapacidad;

e) Reconocer y promover la utilización de la lengua de signos.

Artículo 22

Respeto de la privacidad

1. Ninguna persona con discapacidad, independientemente de cuál sea su lugar de residencia o su modalidad de convivencia, será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su privacidad, familia, hogar o correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación, o de agresiones ilícitas contra su honor y su reputación. Las personas con discapacidad tendrán derecho a ser protegidas por la ley contra dichas injerencias o agresiones.

2. Los Estados Partes protegerán la privacidad de la información personal y relativa a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidad en pie de igualdad con las demás.

Artículo 23

Respeto del hogar y de la familia

1. Los Estados Partes tomarán todas las medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las

cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y ponerlas en pie de igualdad con las demás, para asegurar que:

a) Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad que estén en edad de contraer matrimonio, de casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros contrayentes;

b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos, e igualdad de oportunidades para mantener su fertilidad;

c) Las personas con discapacidad, incluidos niñas y niños, mantendrán su fertilidad, en pie de igualdad con las demás.

2. Los Estados Partes garantizarán los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad en lo que respecta a la custodia, la tutela, el fideicomiso y la adopción de niñas y niños, o instituciones similares en que se recojan esos conceptos en la legislación nacional; en todos los casos se velará al máximo por los intereses de los menores. Los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a las personas con discapacidad para el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de los hijos.

3. Los Estados Partes asegurarán que las niñas y los niños con discapacidad tengan derechos iguales con respecto a la vida en familia. Para realizar estos derechos, y a fin de prevenir el ocultamiento, al abandono, el descuido y la separación de las niñas y los niños con discapacidad, los Estados Partes velarán por que se proporcione con prontitud información amplia, servicios y apoyo a los menores con discapacidad y a sus familias.

4. Los Estados Partes asegurarán que las niñas y los niños no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del menor. En ningún caso se separará a un menor de sus padres sobre la base de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.

5. Los Estados Partes se comprometen, cuando la familia inmediata no pueda cuidar a un niño o niña con discapacidad, a hacer todo lo posible por proporcionar atención alternativa dentro de la familia ampliada y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar.

Artículo 24

Educación

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y

sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles y la enseñanza a lo largo de la vida, encaminados a:

- a) Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y fortalecer el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana;
- b) Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas;
- c) Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.

2. Al hacer efectivo este derecho, los Estados Partes asegurarán que:

- a) Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema de educación general por motivos de discapacidad, y que las niñas y los niños con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria y secundaria gratuita y obligatoria por motivos de discapacidad;
- b) Que las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita en pie de igualdad con las demás, en la comunidad en que vivan;
- c) Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales;

d) Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, dentro del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva;

d)bis Se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la inclusión plena.

3. Los Estados Partes facilitarán a las personas con discapacidad la adquisición de experiencias vitales y aptitudes de desarrollo social, a fin de facilitar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad. A este fin, los Estados Partes adoptarán medidas adecuadas, entre ellas:

a) Facilitar el aprendizaje del Braille, la escritura alternativa, otros sistemas y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, habilidades de orientación y de movilidad, y promover el apoyo y la tutoría de otras personas en las mismas circunstancias;

b) Facilitar el aprendizaje de la lengua de signos y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas;

c) Asegurar que la educación de las personas, y en particular las niñas y los niños ciegos, sordos y sordociegos se haga en las lenguas y los sistemas de comunicación más apropiados para cada persona y en entornos que permitan alcanzar su máximo desarrollo académico y social.

4. A fin de asegurar la realización de este derecho, los Estados Partes tomarán medidas adecuadas para emplear a maestros, incluso con discapacidad, que tengan calificaciones en lengua de signos y Braille y para capacitar a profesionales y personal que trabajen en todos los niveles educativos. Esa capacitación incorporará la toma de conciencia sobre las discapacidades y el uso de sistemas y formatos de comunicación aumentativos y alternativos, técnicas educativas y materiales para apoyar a las personas con discapacidad.

5. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso general a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda la vida sin discriminación y en pie de igualdad con las demás. A tal fin, los Estados Partes asegurarán que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad.

Artículo 25

Salud

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas apropiadas para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud sensibles a las cuestiones de género, incluidos los servicios de rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad servicios de salud gratuitos o a precios asequibles y de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la detección e intervención tempranas cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluso entre los menores y los ancianos;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de esas personas, incluso en las zonas rurales;
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado mediante, cuando sea necesario, la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los sectores público y privado;
- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud, y de seguros de vida, cuando así lo permita la legislación nacional, que se prestarán de manera justa y razonable;
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por razón de discapacidad.

Artículo 26

Habilitación y rehabilitación

1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y apropiadas, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener su máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que:

a) Los servicios y programas de habilitación y rehabilitación comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y las capacidades individuales;

b) Los servicios y programas de habilitación y rehabilitación apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

2. Los Estados Partes promoverán el desarrollo de capacitación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.

2 bis. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de dispositivos técnicos y tecnologías de facilitación destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

Artículo 27

Trabajo y empleo

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en pie de igualdad con las demás; ello incluye el derecho a la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas apropiadas, incluso mediante la promulgación de legislación, entre ellas:

a) Prohibir la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas al empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables;

b) Proteger los derechos de las personas con discapacidad, en pie de igualdad con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, incluidas oportunidades iguales e igualdad de remuneración por trabajo de igual valor, condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y la reparación de injusticias;

- c) Asegurar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos laborales y sindicales, en pie de igualdad con las demás;
- d) Permitir que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua;
- e) Favorecer las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y ayudarlas a buscar empleo, obtenerlo, mantenerlo y volver a él;
- f) Promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias;
- g) Emplear a personas con discapacidad en el sector público;
- h) Promover el empleo de personas con discapacidad en el sector privado mediante políticas y medidas apropiadas, que podrían incluir programas de medidas afirmativas, incentivos y otras medidas;
- i) Asegurar que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad en el lugar de trabajo;
- j) Promover la adquisición por las personas con discapacidad de experiencia laboral en el mercado de trabajo abierto;
- k) Promover programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y vuelta al trabajo dirigidos a personas con discapacidad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad no sean mantenidas en esclavitud ni servidumbre y que estén protegidas, en pie de igual con las demás, contra el trabajo forzoso u obligatorio.

Artículo 28

Nivel de vida adecuado y protección social

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, que comprende alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida y adoptarán medidas adecuadas para salvaguardar y promover la realización de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.

2. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a disfrutar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad y adoptarán medidas adecuadas para proteger y promover la realización de ese derecho, entre ellas:

a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole apropiados y a precios asequibles para atender a necesidades relacionadas con su discapacidad;

- b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y las niñas y las personas de edad con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza;
- c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de las familias de éstas que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad (que comprenden capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados);
- d) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública;
- e) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.

Artículo 29

Participación en la vida política y pública

Los Estados Partes garantizarán a las personas con discapacidad sus derechos políticos y la posibilidad de gozar de ellos en pie de igualdad con las demás y se comprometerán a:

- a) Asegurar que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la vida política y pública en pie de igualdad con las demás, directamente o por intermedio de representantes libremente elegidos, incluidos el derecho y la posibilidad de las personas con discapacidad de votar y ser elegidas, mediante, entre otras cosas:

- i) La garantía de que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales serán apropiados, accesibles y fáciles de entender y utilizar;
 - ii) La protección del derecho de las personas con discapacidad a emitir su voto en secreto en elecciones y referendos públicos, sin intimidación, y a presentarse como candidatos en las elecciones, ostentar cargos y desempeñar cualquier función pública a todos los niveles de gobierno, facilitando el uso de tecnologías nuevas y de facilitación cuando proceda;
 - iii) La garantía de la libertad de expresión de la voluntad de las personas con discapacidad como electores y a este fin, cuando sea necesario y a solicitud de ellas, permitir que una persona de su elección les preste asistencia para votar;
- b) Promover activamente un entorno en el que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la dirección de los asuntos públicos, sin discriminación y en pie de igualdad con las demás, y alentar su participación en los asuntos públicos y, entre otras cosas:
- i) Su participación en organizaciones y asociaciones no gubernamentales relacionadas con la vida pública y política del país, incluidas las actividades y la administración de los partidos políticos;
 - ii) La formación de organizaciones de personas con discapacidad, a fin de representar a estas personas a nivel internacional, nacional, regional y local, y la adhesión a dichas organizaciones.

Artículo 30

Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a participar, en pie de igualdad con las demás, en la vida cultural y adoptarán todas las medidas adecuadas para asegurar que las personas con discapacidad:

- a) Tengan acceso a material cultural en formatos accesibles;
- b) Tengan acceso a programas de televisión, películas, teatro y otras actividades culturales en formatos accesibles;
- c) Tengan acceso a lugares en donde se ofrezcan representaciones o servicios culturales tales como teatros, museos, cines, bibliotecas y servicios turísticos y, en la medida de lo posible, tengan acceso a monumentos y lugares de importancia cultural nacional.

2. Los Estados Partes adoptarán medidas adecuadas para que las personas con discapacidad puedan desarrollar y utilizar su potencial creativo, artístico e intelectual, no sólo en su propio beneficio sino también para el enriquecimiento de la sociedad.

3. Los Estados Partes tomarán todas las medidas adecuadas, de conformidad con el derecho internacional, para asegurar que las leyes de protección de los derechos de propiedad intelectual no constituyan una barrera excesiva o

discriminatoria al acceso de las personas con discapacidad a materiales culturales.

4. Las personas con discapacidad tendrán derecho, en pie de igualdad con las demás, al reconocimiento y el apoyo de su identidad cultural y lingüística específica, incluidas la lengua de signos y la cultura de los sordos.

5. A fin de que las personas con discapacidad puedan participar en pie de igualdad con las demás en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, los Estados Partes adoptarán medidas adecuadas para:

a) Alentar y promover la participación, en la mayor medida posible, de las personas con discapacidad en las actividades deportivas generales a todos los niveles;

b) Asegurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de organizar y desarrollar actividades deportivas y recreativas específicas para dichas personas y de participar en dichas actividades y, a ese fin, alentar a que se les ofrezca, en pie de igualdad con las demás, instrucción, capacitación y recursos adecuados;

c) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a instalaciones deportivas, recreativas y turísticas;

d) Asegurar que las niñas y los niños con discapacidad tengan igual acceso a la participación en actividades lúdicas, recreativas, de esparcimiento y deportivas, incluidas las que se realicen dentro del sistema escolar;

e) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios de quienes participan en la organización de actividades recreativas, turísticas, de esparcimiento y deportivas.

Artículo 31

Recopilación de datos y estadísticas

1. Los Estados Partes recopilarán información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permitan formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a la presente Convención. El proceso de recopilación y mantenimiento de esta información deberá:

a) Respetar las garantías legales establecidas, incluida la legislación sobre la protección de los datos, a fin de asegurar la confidencialidad y el respeto de la privacidad de las personas con discapacidad;

b) Cumplir las normas aceptadas internacionalmente para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales y los principios éticos de la estadística.

2. La información recopilada de conformidad con el presente artículo se desglosará según corresponda y se utilizará como ayuda para evaluar la aplicación por los Estados Partes de las obligaciones que les incumben en virtud de la presente Convención y para identificar y eliminar las barreras con que se enfrentan las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos.

3. Los Estados Partes asumirán la responsabilidad de difundir estas estadísticas y asegurar que sean accesibles para las personas con discapacidad y otras personas.

Artículo 32

Cooperación internacional

1. Los Estados Partes reconocen la importancia de la cooperación internacional y su promoción, en apoyo de las actividades nacionales para la realización del propósito y los objetivos de la presente Convención, y tomarán medidas apropiadas y efectivas a este respecto, entre los Estados y, cuando corresponda, en asociación con las organizaciones internacionales y regionales pertinentes y la sociedad civil, en particular organizaciones de personas con discapacidad. Esas medidas podrían incluir, entre otras cosas:

- a) Asegurar que la cooperación internacional, incluidos los programas de desarrollo internacionales, sean inclusivos y accesibles para las personas con discapacidad;
- b) Facilitar y apoyar el fomento de la capacidad, incluso mediante el intercambio y la distribución de información, experiencias, programas de capacitación y prácticas recomendadas;
- c) Facilitar la cooperación en la investigación y el acceso a conocimientos científicos y técnicos;

d) Proporcionar, según corresponda, asistencia apropiada, técnica y económica, incluso facilitando el acceso a tecnologías accesibles y de facilitación y compartiendo esas tecnologías, y mediante la transferencia de tecnologías.

2. Las disposiciones del presente artículo se aplicarán sin perjuicio de las obligaciones que haya de cumplir cada Estado Parte en virtud de la presente Convención.

Artículo 33

Aplicación y seguimiento nacionales

1. Los Estados Partes, de conformidad con su sistema organizativo, designarán uno o más organismos gubernamentales encargados de las cuestiones relativas a la aplicación de la presente Convención y considerarán detenidamente la posibilidad de establecer o designar un mecanismo de coordinación para facilitar la adopción de medidas al respecto en diferentes sectores y a diferentes niveles.

2. Los Estados Partes, de conformidad con sus sistema jurídicos y administrativos, mantendrán, reforzarán, designarán o establecerán, a nivel nacional, un marco, que constará de uno o varios mecanismos independientes, para promover, proteger y supervisar la aplicación de la presente Convención. Cuando designen o establezcan esos mecanismos, los Estados Partes tendrán en cuenta los principios relativos a la condición jurídica y el funcionamiento de

las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos.

3. La sociedad civil, y en particular las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, estarán integradas y participarán plenamente en todos los niveles del proceso de seguimiento.

Artículo 34

Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad

1. Se creará un Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, “el Comité”) que desempeñará las funciones que se enuncian a continuación.

2. El Comité constará, en el momento en que entre en vigor la presente Convención, de 12 expertos. Después de que la Convención obtenga otras 60 ratificaciones o adhesiones, la composición del Comité se incrementará en seis miembros más, con lo que alcanzará el máximo de 18 miembros.

3. Los miembros del Comité desempeñarán sus funciones a título personal y serán personas de gran integridad moral y reconocida competencia y experiencia en los temas a que se refiere la presente Convención. Se invita a los Estados Partes a que, cuando designen a sus candidatos, tomen en debida consideración la disposición que se enuncia en el párrafo 3 del artículo 4 de la presente Convención.

4. Los miembros del Comité serán elegidos por los Estados Partes, que tomarán en consideración la distribución geográfica equitativa, la representación de las diferentes formas de civilización y los principales ordenamientos jurídicos, la representación de género equilibrada y la participación de expertos con discapacidad.

5. Los miembros del Comité se elegirán por voto secreto de una lista de personas designadas por los Estados Partes de entre sus nacionales en las reuniones de esos Estados que convoque el Secretario General de las Naciones Unidas. En esas reuniones, en las que dos tercios de los Estados Partes constituirán quórum, las personas elegidas para el Comité serán las que obtengan el mayor número de votos y una mayoría absoluta de votos de los representantes de los Estados Partes presentes y votantes.

6. La elección inicial se celebrará antes de que venza un plazo de seis meses contado a partir de la fecha de entrada en vigor de la presente Convención. Por lo menos cuatro meses antes de la fecha de cada elección, el Secretario General de las Naciones Unidas dirigirá una carta a los Estados Partes invitándolos a que presenten sus candidatos en un plazo de dos meses. El Secretario General preparará, después, una lista en la que figurarán, por orden alfabético, todas las personas así propuestas, con indicación de los Estados Partes que las hayan propuesto, y la comunicará a los Estados Partes en la presente Convención.

7. Los miembros del Comité se elegirán por un período de cuatro años. Podrán ser reelegidos si se presenta de nuevo su candidatura. Sin embargo, el mandato de seis de los miembros elegidos en la primera elección expirará al cabo de dos años; inmediatamente después de la primera elección, los nombres de esos seis miembros serán sacados a suerte por el Presidente de la reunión a que se hace referencia en el párrafo 5 del presente artículo.

8. La elección de los otros seis miembros del Comité se hará con ocasión de las elecciones ordinarias, de conformidad con las disposiciones pertinentes del presente artículo.

9. Si un miembro del Comité fallece o renuncia o declara que, por alguna otra causa, no puede seguir desempeñando sus deberes, el Estado Parte que lo propuso designará otro experto que posea las calificaciones y reúna los requisitos previstos en las disposiciones pertinentes del presente artículo, para ocupar el puesto durante el resto del mandato.

10. El Comité adoptará su propio reglamento.

11. El Secretario General de las Naciones Unidas proporcionará el personal y las instalaciones que sean necesarios para el efectivo desempeño de las funciones del Comité con arreglo a la presente Convención y convocará su reunión inicial.

12. Con la aprobación de la Asamblea General, los miembros del Comité constituido de conformidad con la presente Convención percibirán emolumentos con cargo a los recursos de las Naciones Unidas en los términos y condiciones que la Asamblea General decida, tomando en consideración la importancia de las responsabilidades del Comité.

13. Los miembros del Comité tendrán derecho a las facilidades, prerrogativas e inmunidades que se conceden a los expertos que desempeñen misiones para las Naciones Unidas, con arreglo a lo dispuesto en las secciones pertinentes de la Convención sobre los Privilegios e Inmunidades de las Naciones Unidas.

Artículo 35

Informes presentados por los Estados Partes

1. Todo Estado Parte presentará al Comité, por conducto del Secretario General de las Naciones Unidas, un informe amplio sobre las medidas que haya adoptado para cumplir las obligaciones que se le imponen en la presente Convención y sobre el progreso realizado a ese respecto, en el plazo de dos años contado a partir de la entrada en vigor de la presente Convención en el Estado Parte de que se trate.

2. Por consiguiente, los Estados Partes deberán presentar informes ulteriores al menos cada cuatro años y en las demás ocasiones en que el Comité se lo solicite.

3. El Comité decidirá todas las directrices aplicables al contenido de los informes.

4. El Estado Parte que haya presentado un informe inicial amplio al Comité no tendrá que repetir, en sus informes ulteriores, la información previamente proporcionada. Se invita a los Estados Partes a que, cuando preparen informes para el Comité, lo hagan mediante un procedimiento abierto y transparente y tomen en debida consideración la disposición prevista en el párrafo 3 del artículo 4 de la presente Convención.

5. En los informes se podrán indicar los factores y las dificultades que afectan al grado de cumplimiento de las obligaciones contraídas en virtud de la presente Convención.

Artículo 36

Consideración de los informes

1. El Comité considerará todos los informes, hará las sugerencias y las recomendaciones que estime oportunas con respecto a ellos y se las remitirá al Estado Parte de que se trate. Éste podrá responder enviando al Comité cualquier información que desee. El Comité podrá solicitar más información a los Estados Partes con respecto a la aplicación de la presente Convención.

2. Cuando un Estado Parte se haya demorado considerablemente en la presentación de un informe, el Comité podrá notificarle la necesidad de

examinar la aplicación de la presente Convención en dicho Estado Parte, sobre la base de información fiable que se ponga a disposición del Comité, en caso de que el informe pertinente no se presente en el plazo de tres meses contado a partir de la notificación, y el Comité invitará al Estado Parte interesado a participar en dicho examen. Si el Estado Parte respondiera presentando el informe oportuno, se aplicarán las disposiciones del párrafo 1 del presente artículo.

3. El Secretario General de las Naciones Unidas pondrá los informes a disposición de todos los Estados Partes.

4. Los Estados Partes darán una amplia difusión pública a sus informes en sus propios países y facilitarán el acceso a las sugerencias y las recomendaciones generales sobre esos informes.

5. El Comité transmitirá, según lo estime apropiado, a los organismos especializados, los fondos y los programas de las Naciones Unidas, así como a otros órganos competentes, los informes de los Estados Partes, a fin de atender una solicitud o una indicación de necesidad de asesoramiento técnico o asistencia que figure en ellos, junto con las observaciones y recomendaciones del Comité, si las hubiera, sobre esas solicitudes o indicaciones.

Artículo 37

Cooperación entre los Estados Partes y el Comité

1. Todo Estado Parte cooperará con el Comité y ayudará a sus miembros a cumplir su mandato.

2. En su relación con los Estados Partes, el Comité tomará en debida consideración medios y arbitrios para incrementar la capacidad nacional de aplicación de la presente Convención, incluso mediante la cooperación internacional.

Artículo 38

Relación del Comité con otros órganos

A fin de fomentar la aplicación efectiva de la presente Convención y de estimular la cooperación internacional en el ámbito que abarca:

a) Los organismos especializados y demás órganos de las Naciones Unidas tendrán derecho a estar representados en el examen de la aplicación de las disposiciones de la presente Convención comprendidas en el ámbito de su mandato. El Comité podrá invitar también a los organismos especializados y a otros órganos competentes que considere apropiados a que proporcionen asesoramiento especializado sobre la aplicación de la Convención en los sectores que son de incumbencia de sus respectivos mandatos. El Comité podrá invitar a los organismos especializados y a otros órganos de las Naciones Unidas a que presenten informes sobre la aplicación de la Convención en las esferas pertenecientes a su ámbito de actividades;

b) Al ejercer su mandato, el Comité consultará, según proceda, con otros órganos pertinentes instituidos en virtud de tratados internacionales de derechos humanos, con miras a garantizar la coherencia de sus respectivas directrices de presentación de informes, sugerencias y recomendaciones generales y evitar la duplicación y la superposición de tareas en el ejercicio de sus funciones.

Artículo 39

Informe del Comité

El Comité informará cada dos años a la Asamblea General y al Consejo Económico y Social sobre sus actividades y podrá hacer sugerencias y recomendaciones de carácter general basadas en el examen de los informes y los datos transmitidos por los Estados Partes en la Convención. Esas sugerencias y recomendaciones de carácter general se incluirán en el informe del Comité, junto con los comentarios, si los hubiera, de los Estados Partes.

Artículo 40

Conferencia de los Estados Partes

1. Los Estados Partes se reunirán periódicamente en una Conferencia de los Estados Partes, a fin de considerar todo asunto que afecte a la aplicación de la presente Convención.

2. El Secretario General de las Naciones Unidas convocará la Conferencia de los Estados Partes en un plazo que no superará los seis meses contados a

partir de la entrada en vigor de la presente Convención. El Secretario General de las Naciones Unidas convocará las reuniones ulteriores con periodicidad bienal o cuando lo decida la Conferencia de los Estados Partes.

Artículo 41

Depositario

El Secretario General de las Naciones Unidas será el depositario de la presente Convención.

Artículo 42

Firma

La presente Convención estará abierta a la firma de todos los Estados y las organizaciones regionales de integración en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del [xxxx].

Artículo 43

Consentimiento en obligarse

La presente Convención estará sujeta a la ratificación de los Estados signatarios y a la confirmación oficial de las organizaciones regionales de integración signatarias. Estará abierta a la adhesión de cualquier Estado u organización regional de integración que no la haya firmado.

Artículo 44

Organizaciones regionales de integración

1. Por “organización regional de integración” se entenderá una organización constituida por Estados soberanos de una región determinada, a la que sus Estados miembros hayan transferido competencia en las cuestiones regidas por la presente Convención. Esas organizaciones declararán, en sus instrumentos de confirmación oficial o adhesión, su grado de competencia con respecto a los asuntos que se rigen por la presente Convención. Posteriormente, informarán al depositario de toda modificación sustancial de su grado de competencia.

2. Las referencias a los “Estados Partes” con arreglo a la presente Convención se aplicarán a esas organizaciones dentro de los límites de su competencia.

3. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 45 y en los párrafos 2 y 3 del artículo 47, no se computará ningún instrumento depositado por una organización regional de integración.

4. Las organizaciones regionales de integración, en asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto en la Conferencia de los Estados Partes, con un número de votos igual al número de sus Estados miembros que sean Partes en la presente Convención. Dichas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si sus Estados miembros ejercen el suyo, y viceversa.

Artículo 45

Entrada en vigor

1. La presente Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o adhesión.

2. Para cada Estado y organización regional de integración que ratifique la Convención, se adhiera a ella o la confirme oficialmente una vez que haya sido depositado el vigésimo instrumento a los efectos, la Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado su propio instrumento.

Artículo 46

Reservas

1. No se permitirán las reservas incompatibles con el objeto y el propósito de la presente Convención.

2. Las reservas podrán ser retiradas en cualquier momento.

Artículo 47

Enmiendas

1. Todo Estado podrá proponer una enmienda a la presente Convención y depositarla en poder del Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará la enmienda propuesta a los Estados Partes, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación, un tercio,

al menos, de los Estados Partes se declara a favor de tal convocatoria, el Secretario General convocará una conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por mayoría de dos tercios de los Estados Partes presentes y votantes en la conferencia será sometida por el Secretario General a la Asamblea General para su aprobación y posteriormente a los Estados Partes para su aceptación.

2. Toda enmienda adoptada y aprobada conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que había en la fecha de adopción de la enmienda. Posteriormente, la enmienda entrará en vigor para todo Estado Parte el trigésimo día a partir de aquel en que hubiera depositado su propio instrumento de aceptación. Una enmienda será vinculante exclusivamente para los Estados Partes que la hayan aceptado.

3. En caso de que así lo decida la Conferencia de los Estados Partes por consenso, una enmienda que haya sido adoptada y aprobada de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo y que guarde relación exclusivamente con los artículos 34, 38, 39 y 40 entrará en vigor para todos los Estados Partes el trigésimo día a partir de aquel en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que hubiera en la fecha de adopción de la enmienda.

Artículo 48

Denuncia

Los Estados Partes podrán denunciar la presente Convención mediante una notificación escrita dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia tendrá efecto un año después de que el Secretario General haya recibido la notificación.

Artículo 49

Formato accesible

El texto de la presente Convención se difundirá en formato accesible.

Artículo 50

Textos auténticos

Los textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso de la presente Convención son igualmente auténticos.

En testimonio de lo cual, los plenipotenciarios abajo firmantes, debidamente autorizados por sus respectivos gobiernos, firman la presente Convención.

B. Proyecto de protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (que se adoptará simultáneamente con la Convención)

Los Estados Partes en el presente Protocolo acuerdan lo siguiente:

Artículo 1

1. Todo Estado Parte en el presente Protocolo (“Estado Parte”) reconoce la competencia del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (“el Comité”) para recibir y considerar las comunicaciones presentadas por personas o grupos de personas que se hallen bajo la jurisdicción del Estado Parte y que aleguen ser víctimas de una violación por ese Estado Parte de cualquiera de las disposiciones de la Convención, o en nombre de esas personas o grupos de personas.

2. El Comité no recibirá comunicación alguna que concierna a un Estado Parte en la Convención que no sea parte en el presente Protocolo.

Artículo 2

El Comité considerará inadmisibles una comunicación cuando:

- a) Sea anónima;
- b) Constituya un abuso del derecho a presentar una comunicación o sea incompatible con las disposiciones de la presente Convención;
- c) Se refiera a una cuestión que ya haya sido examinada por el Comité o ya haya sido o esté siendo examinada con arreglo a otro procedimiento de examen o arreglo internacionales;
- d) No se hayan agotado todos los recursos de la jurisdicción interna, salvo que la tramitación de esos recursos se prolongue injustificadamente o no sea probable que brinde por resultado un remedio efectivo;

- e) Sea manifiestamente infundada o esté insuficientemente sustanciada;
- f) Los hechos objeto de la comunicación hayan sucedido antes de la fecha de entrada en vigor del presente Protocolo para el Estado Parte interesado, salvo que esos hechos continúen produciéndose después de esa fecha.

Artículo 3

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 2 del presente Protocolo, el Comité pondrá en conocimiento del Estado Parte, de forma confidencial, toda comunicación que reciba con arreglo al presente Protocolo. En un plazo de seis meses, ese Estado Parte presentará al Comité por escrito explicaciones o declaraciones en las que se aclare la cuestión y se indiquen las medidas correctivas que hubiere adoptado el Estado Parte, de haberlas.

Artículo 4

1. Tras haber recibido una comunicación y antes de llegar a una conclusión sobre sus fundamentos, en cualquier momento el Comité podrá dirigir al Estado Parte interesado, a los fines de su examen urgente, una solicitud para que adopte las medidas provisionales necesarias para evitar posibles daños irreparables a la víctima o las víctimas de la supuesta violación.

2. Cuando el Comité ejerce sus facultades discrecionales en virtud del párrafo 1 del presente artículo, ello no implica juicio alguno sobre la admisibilidad o sobre el fondo de la comunicación.

Artículo 5

El Comité examinará en sesiones privadas las comunicaciones que reciba en virtud del presente Protocolo. Tras examinar una comunicación, el Comité hará llegar sus sugerencias y recomendaciones, si las hubiere, al Estado Parte interesado y al comunicante.

Artículo 6

1. Si el Comité recibe información fidedigna que revele violaciones graves o sistemáticas por un Estado Parte de los derechos establecidos en la Convención, el Comité invitará a ese Estado Parte a colaborar en el examen de la información y, a esos efectos, a presentar observaciones sobre dicha información.

2. Tomando en consideración las observaciones que haya presentado el Estado Parte interesado, así como toda información fidedigna que esté a disposición suya, el Comité podrá encargar a uno o más de sus miembros que realicen una investigación y presenten, con carácter urgente, un informe al Comité. Cuando se justifique y con el consentimiento del Estado Parte, la investigación podrá incluir una visita a su territorio.

3. Tras examinar las conclusiones de la investigación, el Comité las transmitirá al Estado Parte interesado, junto con las observaciones y recomendaciones que estime oportunas.

4. En un plazo de seis meses después de recibir los resultados de la investigación y las observaciones y recomendaciones que le transmita el Comité, el Estado Parte interesado presentará sus propias observaciones al Comité.

5. La investigación será de carácter confidencial y en todas sus etapas se solicitará la colaboración del Estado Parte.

Artículo 7

1. El Comité podrá invitar al Estado Parte interesado a que incluya en el informe que ha de presentar con arreglo al artículo 35 de la Convención pormenores sobre cualesquiera medidas que hubiere adoptado en respuesta a una investigación efectuada con arreglo al artículo 6 del presente Protocolo.

2. Transcurrido el período de seis meses indicado en el párrafo 4 del artículo 6, el Comité podrá, si es necesario, invitar al Estado Parte interesado a que le informe sobre cualquier medida adoptada como resultado de la investigación.

Artículo 8

Todo Estado Parte podrá, al momento de la firma o ratificación del presente Protocolo, o de la adhesión a él, declarar que no reconoce la competencia del Comité establecida en los artículos 6 y 7.

Artículo 9

El Secretario General de las Naciones Unidas será el depositario del presente Protocolo.

Artículo 10

El presente Protocolo estará abierto a la firma de todos los Estados y las organizaciones regionales de integración signatarios de la Convención en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del [xxxx].

Artículo 11

El presente Protocolo estará sujeto a la ratificación de los Estados signatarios del presente Protocolo que hayan ratificado la Convención o se hayan adherido a ella. Estará sujeto a la confirmación oficial de las organizaciones regionales de integración signatarias del presente Protocolo que hayan confirmado oficialmente la Convención o se hayan adherido a ella. Estará abierto a la adhesión de cualquier Estado u organización regional de integración que haya ratificado la Convención, la haya confirmado oficialmente o se haya adherido a ella y que no haya firmado el presente Protocolo.

Artículo 12

1. Por “organización regional de integración” se entenderá una organización constituida por Estados soberanos de una región determinada, a la que sus Estados miembros hayan transferido competencia en las cuestiones regidas por la Convención y el presente Protocolo. Esas organizaciones declararán, en sus instrumentos de confirmación oficial o adhesión, su grado de competencia con

respecto a las cuestiones regidas por la Convención y el presente Protocolo. Posteriormente, informarán al depositario de toda modificación sustancial de su grado de competencia.

2. Las referencias a los “Estados Partes” con arreglo al presente Protocolo se aplicarán a esas organizaciones dentro de los límites de su competencia.

3. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 13 y en el párrafo 2 del artículo 15, no se computará ningún instrumento depositado por una organización regional de integración.

4. Las organizaciones regionales de integración, en asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto en la reunión de los Estados Partes, con un número de votos igual al número de sus Estados miembros que sean Partes en el presente Protocolo. Dichas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si sus Estados miembros ejercen el suyo, y viceversa.

Artículo 13

1. Con sujeción a la entrada en vigor de la Convención, el presente Protocolo entrará en vigor el trigésimo día después de que se haya depositado el décimo instrumento de ratificación o adhesión.

2. Para cada Estado u organización regional de integración que ratifique el Protocolo, lo confirme oficialmente o se adhiera a él una vez que haya sido

depositado el décimo instrumento a los efectos, el Protocolo entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado su propio instrumento.

Artículo 14

1. No se permitirán las reservas incompatibles con el objeto y el propósito del presente Protocolo.

2. Las reservas podrán ser retiradas en cualquier momento.

Artículo 15

1. Todo Estado podrá proponer una enmienda al presente Protocolo y depositarla en poder del Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará la enmienda propuesta a los Estados Partes, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación, un tercio al menos de los Estados Partes se declara a favor de tal convocatoria, el Secretario General convocará una conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por mayoría de dos tercios de los Estados Partes presentes y votantes en la conferencia será sometida por el Secretario General a la Asamblea General para su aprobación y posteriormente a todos los Estados Partes para su aceptación.

2. Toda enmienda adoptada y aprobada conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que hubiera en la fecha de adopción de la enmienda. Posteriormente, la enmienda entrará en vigor para todo Estado Parte el trigésimo día a partir de aquel en que hubiera depositado su propio instrumento de aceptación. Una enmienda será vinculante exclusivamente para los Estados Partes que la hayan aceptado.

Artículo 16

Los Estados Partes podrán denunciar el presente Protocolo mediante una notificación escrita dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia tendrá efecto un año después de que el Secretario General haya recibido la notificación.

Artículo 17

El texto del presente Protocolo se difundirá en formato accesible.

Artículo 18

Los textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso del presente Protocolo son igualmente auténticos.

En testimonio de lo cual, los plenipotenciarios abajo firmantes, debidamente autorizados por sus respectivos gobiernos, firman el presente Protocolo.

Notas:

1. En su primera sesión, celebrada el 14 de agosto de 2006, el Comité Especial acordó que la Sra. Fiola Hoosen, de Sudáfrica, formara parte de la Mesa como representante del Grupo de Estados Africanos.

2. Después de la votación, formularon declaraciones en explicación de su postura los representantes de los Estados Unidos de América, Australia, el Canadá, la Jamahiriya Árabe Libia, Cuba, Camboya, Venezuela (República Bolivariana de) y el Sudán.

a. En árabe, chino y ruso, la expresión “capacidad jurídica” se refiere a la “capacidad jurídica de ostentar derechos” no a la “capacidad de obrar”.