



RECOMENDACIÓN GENERAL No. 3/2019

SOBRE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA.

Tijuana, B. C. a 31 de mayo de 2019

CC. TITULARES DE LOS PODERES EJECUTIVOS ESTATAL Y MUNICIPALES DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA PRESENTES.

Apreciables titulares:

1. La Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 102 Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 7 Apartado B de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California, y 7 fracciones IV y VI de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California – última la cual prevé como atribución de este organismo estatal proponer a las autoridades estatales y municipales que, en el ámbito de sus competencias, promuevan los cambios y modificaciones de disposiciones legislativas y reglamentarias, así como de prácticas administrativas que a criterio de la Comisión, redunden en una mejor protección y respeto de los derechos humanos –, emite, al tenor de lo anterior, la presente Recomendación General.

I. ANTECEDENTES.

2. Conforme a estadísticas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Alrededor de 650 millones de personas, lo equivalente al 10% de la población

mundial, vive con una discapacidad.¹ Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cifra de personas con discapacidad es mayor: más de mil millones de personas, es decir, un 15% de la población mundial.² Se trata del grupo en situación de vulnerabilidad más numeroso del mundo y uno de los principales problemas que enfrenta es el de su invisibilidad.

3. Ahora bien, la estadística es menos puntual por lo que hace a la medición de la población con discapacidad psicosocial. Hay una importante suma de personas afectada por enfermedades mentales, sin embargo, no es contabilizada en la numeralia sobre salud mental. Ello a nivel global y, desde luego, el problema se replica en nuestro país y en nuestra entidad federativa.

4. Con todo, algunas aproximaciones estadísticas iluminan algunas de las dimensiones más preocupantes de la problemática. En ese sentido, algunos estudios sugieren que una de cada cuatro personas experimentará un trastorno mental en el curso de la vida; se calcula, igualmente, que casi un millón de personas se suicida al año y que el suicidio es la tercera causa de mortalidad en orden de importancia entre los jóvenes.

5. Aunque existen prejuicios que fijan estereotipos de condición social y edad con relación a padecimientos de salud mental, estos impactan a persona de todas las edades y clases sociales en el mundo. La OMS sostiene que los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en personas de 10 a 19 años. De igual modo, se sabe que un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental. De hecho, los trastornos neuro-psiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total en este grupo etario.

¹ Como referencia, consultar: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, disponible en:

<https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/algunos-datos-sobre-las-personas-con-discapacidad.html>

² Cifras de la Organización Mundial de Salud, disponibles en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/disability-and-health>

6. La OMS destaca de entre los diversos padecimientos de orden psicosocial, trastornos como la depresión, que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo; los desórdenes que tradicionalmente se engloban bajo la etiqueta de “esquizofrenia”, afectan a alrededor de 21 millones de personas, en tanto que 47,5 millones, viven con demencia. El alcoholismo, las adicciones a sustancias ilegales y la depresión forman parte de la lista de tres causas principales de discapacidad por motivo de salud mental en los países desarrollados y los países en desarrollo. En particular, la depresión ocupa el tercer lugar en la carga global de morbilidad y se proyecta que ocupará el primero en 2030.³

7. La OMS opina que, además de la amplitud y la diversidad de los casos y perfiles que adoptan las discapacidades en lo general, y la discapacidad psicosocial en concreto, las tasas de discapacidad están aumentando a causa del envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, entre otras causas, provocando con ello un incremento inusitado en la demanda de servicios de asistencia, seguridad social y otras políticas encaminadas a garantizar sus derechos. Sin embargo, en todo el mundo la problemática arroja datos alarmantes de exclusión e inatención.

8. Por ejemplo, en una encuesta reciente sobre personas con trastornos mentales graves, publicada por la OMS,⁴ se observó que entre un 35% y un 50% de estas personas en países desarrollados y entre un 76% y un 85% en países en desarrollo, no recibieron tratamiento alguno durante el año previo al informe.

9. México no escapa a estas realidades. Los principales diagnósticos de padecimientos en la especie en el país fueron: depresión, con incidencia del 17% de la población con padecimientos de salud mental o discapacidad psicosocial; seguida de enfermedades que llevan a generar lesiones auto-infligidas, con un 16%;

³ Como referencia, consultar: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/algunos-datos-sobre-las-personas-con-discapacidad.html>

⁴ Cfr. OMS, *op. cit.*

enfermedad de Alzheimer y demencias con un 13%; la dependencia al alcohol representa el 12%; la epilepsia el 9%; los trastornos psicóticos, un 7%; la adicción a drogas y estrés postraumático representan el 5% cada uno de ellos, y el 16% corresponde a otros padecimientos mentales.⁵

10. Otra importante manifestación de trastornos psicosociales en México es el inusitado incremento en la incidencia de suicidios, que se ha disparado en un 43% en la última década, con un promedio de 14 suicidios diarios.⁶ De acuerdo con estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en relación con la edad, en los jóvenes de 20 a 29 años se presentan las tasas más altas de suicidios en México. En 2016, la tasa para el grupo de 20 a 24 años fue de 9.5 por cada 100,000 jóvenes; y de 8.2 en jóvenes de 25 a 29 años.⁷

11. Se estima que el 25% de las mexicanas y los mexicanos de entre 18 y 65 años han padecido en su vida algún problema relacionado con la salud mental. Sólo el 20% ha recibido un tratamiento para atender su trastorno, principalmente debido al estigma y la discriminación que se reproducen cotidianamente en nuestra sociedad con respecto a los padecimientos psiquiátricos.

12. Las estimaciones de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT) muestran que en la población total de México "... el consumo de cualquier droga, drogas ilegales y de marihuana alguna vez en la vida ha aumentado significativamente entre 2011 y 2016, al pasar de 7.8, 7.2 y 6% a 10.3, 9.9 y 8.6% (respectivamente)."⁸ Un importante problema que enfrenta la

⁵ Con cifras a febrero de 2018 del Centro de Estudios y de Salud Pública (CESOP) y la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, disponibles en: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Centros-de-Estudio/CESOP/Novidades/Carpeta-Informativa.-Informacion-sobre-salud-mental-en-Mexico>

⁶ Rodríguez Everaert, Ana Sofía, 2016, *Los números de la salud mental*, en Nexos de octubre de 2016, disponible en: <https://cultura.nexos.com.mx/?p=11383>

⁷ Newsweek México, 26 de mayo de 2019, México, sin especialistas e infraestructura suficientes para atender trastornos psiquiátricos de niños, disponible en: <https://newsweekspanol.com/2019/05/mexico-trastornos-ninos/>

⁸ INPRFM Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de drogas, 2017, en www.inprf.gob.mx

atención de las adicciones en el país es que se tiende a excluir a esta población del marco conceptual y operativo de la salud pública.

13. La salud mental no ha ameritado la priorización del Estado mexicano. El *Informe de evaluación del sistema de salud mental en México* de la OMS⁹ arrojó, entre otros resultados, que las instituciones públicas en la materia destinan un reducido presupuesto al problema, correspondiendo a ese momento el 2% del presupuesto total asignado, del cual, el 80% se destinó a gasto corriente de los hospitales psiquiátricos.

14. En el Informe de mérito, se indica que la población con libre acceso a medicamentos representa el 85%; quienes no gozan de esta prestación pagan por una dosis diaria de tratamiento antipsicótico de 0.85 dólares, lo que representa casi el 10% del salario mínimo diario en México.

15. La incorporación de un enfoque basado en derechos humanos para implementar las previsiones normativas y programáticas en materia de salud mental no es aún una tendencia en el país, ni a nivel federal ni en entidades federativas. En ese sentido cabe destacar que se calcula que sólo el 67% de los hospitales psiquiátricos y el 14% de las unidades psiquiátricas en hospitales generales y establecimientos residenciales comunitarios en el país, recibieron una visita de revisión o inspección en materia de respeto a los derechos humanos en sus instalaciones.

16. Cabe mencionar que las cifras disponibles, por ejemplo, las del Instituto Nacional de Psiquiatría, apuntan a un fenómeno de hiperconcentración de servicios de salud mental en la Ciudad de México, así como estados como Nuevo León y Jalisco, en tanto que el resto del país se reparte un 40% de los profesionales en el ramo. Si bien Baja California cuenta con el Instituto de Psiquiatría de Baja California, no se cuenta con información pública sobre el personal especializado que labora en el

⁹ Fuente: Organización Mundial de Salud, disponible en: https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf

mismo, o sobre el número de pacientes atendidos con un desglose puntual de edades, sexo, municipios u otra estadística que pudiera ser relevante para el diseño de diagnósticos útiles en el desarrollo de una política integral en el tema.

II. SITUACIÓN JURÍDICA.

17. La salud es un derecho que forma parte del bloque constitucional en derechos humanos, toda vez que se encuentra consagrado por disposiciones de los más altos niveles de jerarquía normativa disponibles en el sistema jurídico mexicano, tales como el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Asimismo, existen numerosas pautas de *soft law* de niveles diversos de vinculatoriedad y especialización, pero que conforman en conjunto un plexo normativo amplio de obligaciones jurídicas, mecanismos y previsiones tutelares de la dignidad humana a través del respeto al derecho a la salud, así como de la garantía y promoción de este mediante acciones de los Estados para contar con los servicios, infraestructura y personal adecuados para concretar el contenido sustantivo de este derecho.

18. El marco normativo mexicano en materia de salud mental consta particularmente de cinco componentes, a los que nos referiremos en los siguientes dos apartados: a) los que se desprenden del bloque constitucional en materia de derechos humanos, y b) las normas de derecho interno, que incluyen: i. las previsiones constitucionales; ii. la legislación general en materia de salud; iii. la política programática en la materia y, finalmente, iv. algunas leyes locales en la materia, entre otras, la del Estado de Baja California.

II.a) Normas y estándares que forman parte del bloque constitucional en materia de derechos humanos

19. México reconoce el carácter primario de las normas convencionales que figuran en tratados internacionales firmados y ratificados por el Estado Mexicano, por lo cual dichas previsiones jurídicas forman parte de un bloque constitucional que consagra la tutela de los derechos de todas las personas por parte de las autoridades del país. Las normas convencionales en materia de salud mental reciben, por tal razón, una naturaleza de norma primaria.

20. Entre los estándares más elevados en la materia encontramos el artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) que establece de forma rotunda que toda “persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.” El Pacto señala, asimismo, que los Estados partes se obligan a reconocer el derecho a la salud

[...] de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población.¹⁰

21. En el mismo tenor se pronuncian los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), reconocen que el derecho a la salud consiste en el “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

22. El derecho a la salud, en estrecha relación con la dignidad de la persona y la protección de su integridad física y mental forman parte de un canon del derecho internacional que involucra tanto a la Declaración Universal de Derechos Humanos como los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y especialmente el de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

23. Adicionalmente, disposiciones como el artículo 7 del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos o el artículo 5.2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos brindan una protección a toda persona – incluyendo las referidas en el párrafo anterior – contra la tortura y otros tratos o penas crueles,

¹⁰ Tesis Constitucional. “Derecho a la Salud. Forma de cumplir con la Observación General número 14 del Comité de los Derechos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, para garantizar su disfrute”; Octubre de 2013, Registro 2004683; y Tesis constitucional y administrativa. “Derecho a la Salud. Su regulación en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su complementariedad con los Tratados Internacionales en Materia de Derechos Humanos”. Julio de 2008, Registro 169316; citado en Recomendación 5/2019 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

inhumanos o degradantes; estas disposiciones también protegen a las persona de toda restricción arbitraria a su libertad, lo cual podría ser de vital importancia para personas que se encuentran bajo esquemas de internamiento psiquiátrico involuntario.

24. Entre las normas convencionales destaca la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por México en 2008. Adicionalmente, existen normas de derecho internacional que el tratado sobre discapacidad referido en el párrafo anterior cita como bases para la construcción del corpus iuris convencional en materia de discapacidades, a saber, además de las ya referidas, normas como el artículo 5 de la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial de 1965, los artículos 11.1 y 12 de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer 1979, y el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989. También reconocen el derecho a la salud muchos instrumentos regionales, como la Carta Social Europea revisada en 1996 (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos de 1981 (art. 16), y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988 (art. 10).

25. No es de obviarse que existen supuestos en los cuales hay otras disposiciones de derecho internacional aplicables a la materia que nos ocupa. Por ejemplo, los tratados internacionales de los sistemas universal e interamericano en materia de desaparición forzada de personas pueden ser útiles en casos en los cuales tanto personal de instituciones públicas como posibles actores no estatales retengan en instalaciones psiquiátricas a alguna persona, sea paciente o no, negando su paradero o destino final. En suma, todas las disposiciones del derecho internacional de los derechos humanos están volcadas a la protección de las personas que viven con padecimientos de salud mental o discapacidad psicosocial.

26. Entre los estándares de *soft law*, que aunque no tienen un peso vinculante, permiten, desplegar una interpretación ampliada y adecuada de los preceptos convencionales en la materia, se encuentran los *Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de Salud Mental* de 1991, y las *Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*, de 1993.

27. Estos instrumentos internacionales brindan un marco de protección a toda persona, pero tienen una aplicación diferencial para casos de personas que viven con padecimientos de salud mental. De igual manera, brindan una protección reforzada y especializada para las personas con padecimientos de salud mental que se encuentran en situación de migración, privación de la libertad, pacientes de tratamientos psicológicos, psiquiátricos o de cualquier otra índole relacionados con la salud mental, o bien, grupos etarios o de género con padecimientos de salud mental o discapacidad psicosocial, como niñas, niños y adolescentes, mujeres, personas mayores, víctimas de delitos o violaciones de derechos humanos, entre otras.

28. Finalmente, cabe referir que la OMS elaboró el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020, con la finalidad de fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales, y está centrado en cuatro objetivos principales orientados a:

- 1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental;*
- 2. Proporcionar en el ámbito comunitario, servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta;*
- 3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;*
- 4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.*

II.b) Normas de derecho interno

29. Baja California cuenta con numerosas fuentes normativas en materia de salud mental, que deben ser incorporadas en el análisis de la política vigente en el tema, a fin de armonizar sus contenidos e implementar adecuadamente los estándares más altos.

30. En el derecho interno, Baja California cuenta con referentes como el artículo 4o., párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; la Ley General de Salud, que establece que la salud mental y la atención de los padecimientos mentales es materia de salubridad general; el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que indica que la prestación de servicios de salud mental comprende el tratamiento y la rehabilitación de personas y que las unidades psiquiátricas que se encuentren ubicadas en centros de reinserción social, además de la reglamentación interna, deberán ajustarse a las normas técnicas¹¹ que emita la Secretaría de Salud en materia de servicios de salud mental. Se cuenta, con dichas NOM, y desde luego, con la Ley de Salud Mental para Baja California, que constituye la pieza legislativa de mayor especialización en el rubro para nuestra entidad.

31. El artículo 4º párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos es la base del ordenamiento jurídico en materia de derecho a la salud, en los siguientes términos:

[...]

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, [...].

32. La Ley General de Salud es la pieza legislativa que articula el Sistema Nacional de Salud como principal entramado interinstitucional para la protección y garantía del derecho a la salud en el país.

33. En el artículo 2º de la Ley General de Salud se lee que la finalidad de la protección del derecho a la salud, materia de dicha norma, es:

I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

¹¹ Por ejemplo, la Norma Oficial Mexicana para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica (NOM- 025-SSA2-1994).

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

34. Por su parte, el artículo 3º fracción VIII de esa ley incorpora la salud mental al ámbito de la salubridad general. En ese ámbito se incluyen también, conforme a las fracciones XXI y XXIII, algunas materias fuertemente vinculadas a la salud mental, como el alcoholismo y la farmacodependencia.

35. Por su parte, el artículo 74 de la Ley General extiende el ámbito de la atención de las enfermedades mentales a los siguientes campos:

I. La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas, y

II. La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.

36. Por otra parte, se cuenta con normas técnicas como la NOM-025-SSA2- 1994 para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica, que además de referirse a la atención médica especializada y de calidad, enfatiza los aspectos relacionados con el respeto cabal de los derechos humanos de las y los pacientes psiquiátricos. Valga subrayar que se trata de una norma técnica de carácter obligatorio para todas las unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

37. Baja California cuenta con su propia normatividad especializada en la materia, la Ley de Salud Mental, publicada el 23 de febrero de 2018, la cual define la salud mental “no solo como la ausencia de enfermedad mental, sino como el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la

convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad.”

38. El artículo 4º de dicha norma prevé que las autoridades del Estado garantizarán el derecho a la salud mental “mediante una política transversal, con respeto a los derechos humanos y con un enfoque de género”.

III. OBSERVACIONES.

39. Como se colige de la lectura de las normas protectoras del derecho a la salud mental, a la luz de lo dispuesto por el artículo 1º constitucional, párrafos primero a tercero y quinto, toda autoridad en los ámbitos de sus respectivas competencias, deben garantizar, respetar, proteger y promover este derecho de manera universal, progresiva, interdependiente e indivisible, sin discriminación alguna.

40. En este sentido, es importante insistir en el hecho de que el derecho a la salud es un derecho cuya efectividad no se limita a su enunciación programática, sino que entraña el cumplimiento de obligaciones de hacer por parte del Estado, que son el núcleo de las libertades positivas, que implican no solamente un mandato del Estado de contar con infraestructura o equipamiento, sino también la responsabilidad que el equipo médico debe poner en juego y que se ve manifiesta en la puesta en práctica de conocimientos, habilidades, valores, destrezas y en suma cualquier competencia que permita a la persona profesional de la medicina garantizar que pondrá todos los medios técnicos y cognitivos a su alcance para que el paciente evolucione de forma lo más favorable posible.

41. Las obligaciones del Estado en materia de salud mental se encuentran, como se ha dicho, conformadas por un plexo normativo de alcance amplio cuyo cometido principal es que las personas tengan acceso a servicios de salud preventiva, curativa y de rehabilitación en todo momento, de manera adecuada, no discriminatoria y de manera interdependiente con respecto a todos los derechos reconocidos por el bloque constitucional en derechos humanos y la legislación especial, de la que hace parte central para nuestro Estado la Ley de Salud Mental.

42. En ese sentido, las autoridades públicas de Baja California deben velar por cumplir con sus respectivas funciones en un marco de irrestricto apego a las obligaciones constitucionales en materia de derechos humanos.

43. El principio de universalidad implica que las políticas en la materia tengan un alcance general, sin discriminación o exclusión alguna, lo cual no significa que no puedan incorporarse a las medidas concretas las adecuaciones necesarias a fin de que la atención que reciban las personas con padecimientos de salud mental o discapacidad psicosocial, sea diferencial y especializada conforme a su edad, su sexo, su género u otras características o condiciones particulares que ameriten un tratamiento específico.

44. La progresividad significa que las medidas que se han adoptado a la fecha deben reforzarse y en la medida de lo posible, tanto en lo relativo a la priorización como a la asignación de recursos, al alcance u otras medidas de fortalecimiento, deben ser ampliadas, profundizadas y consolidadas. En este sentido, llevar registro de las buenas prácticas es fundamental a fin de que las actividades que generan impactos favorables para la realización de los derechos de las personas sean sostenibles y reproducibles en el tiempo.

45. La indivisibilidad quiere decir que las medidas que se adopten a favor de las personas con padecimientos de salud mental deben ser integrales con respecto a todos los elementos y alcances que tiene el derecho a la salud mental. Por ejemplo, las políticas y métodos de atención no deben limitarse al componente de curación de determinada enfermedad (en el sentido de que se ausenten sus signos o síntomas, etcétera), sino que también debe extenderse al ámbito de la prevención y de los servicios sociales para que la persona paciente pueda reinsertarse en la comunidad, de la forma y modo que prefiera.

46. La interdependencia del derecho a la salud mental es igualmente fundamental en el diseño de una política integral y efectiva en la materia, toda vez que los diversos aspectos de la problemática requieren un tratamiento de conjunto sobre los derechos de las personas, de tal manera que la salud mental refuerce y sea reforzada, a su vez, por la garantía, respeto, promoción y protección conjunta de derechos tales como el de integridad personal, las libertades civiles, los derechos económicos, sociales y culturales, la participación ciudadana, entre otros. Entre los

derechos y principios más importantes con los que interactúa la salud mental se encuentran la igualdad, la prohibición de discriminación, el derecho a la privacidad y a la autonomía personal, la prohibición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, el principio del ambiente menos restrictivo de la libertad y los derechos a la información y a la participación.

47. Las siguientes observaciones se plasman en atención a aquellos aspectos de la política pública en Baja California que esta Comisión Estatal estima fundamental recuperar para consolidar y ampliar una política integral en materia de salud mental. Los aspectos que se consideraron en la construcción de la presente Recomendación general son los siguientes, que se habrán de corresponder con los diversos apartados de este capítulo, a saber:

- A. La garantía de los derechos humanos con relación a la salud mental;
- B. El respeto y la protección de los derechos humanos con relación a la salud; mental
- C. Promoción de una cultura garantista de la salud mental

A. Garantía de los derechos humanos con relación a la salud mental

48. La garantía de los derechos implica la identificación y desarrollo de una plataforma idónea para concretar en un conjunto de disposiciones concretas los amplios estándares de que se conforma el *corpus iuris* de determinado derecho, en este caso, el de la salud mental.

49. Un buen espacio para recoger las diversas consideraciones vertidas sobre el tema en la normatividad aplicable sobre derechos humanos y salud mental es abordando pautas concretas de actuación en el reglamento o los reglamentos que se deriven de la implementación de la Ley de Salud Mental para el Estado de Baja California, así como de sus protocolos, manuales y demás normatividad vinculada (en lo sucesivo “la Normatividad vinculada”). Asimismo, el Programa de Salud Mental para el Estado de Baja California a que se refiere el artículo 10 fracción I de la legislación local de mérito (en lo sucesivo, “el Programa”), es una plataforma crucial para la consolidación del derecho materia de esta Recomendación General.

50. Lo anterior implica, por ejemplo, incorporar a la política estatal en la materia, especialmente reflejada en el Programa, el reconocimiento de las libertades y el derecho a prestaciones a que se refieren estándares como la Observación General No. 14 del Comité del PIDESC, que sostiene que a) Las libertades de las y los pacientes incluyen el derecho a controlar el propio cuerpo y salud, y el derecho a no sufrir interferencias, como el derecho a no sufrir tortura o a no ser objeto de tratamientos y experimentaciones médicas no consentidas; en tanto que b) El derecho a recibir prestaciones incluye el derecho a acceder a un sistema de protección de la salud que asegure a la población igualdad de oportunidades para gozar del más alto nivel posible de salud.

51. La atención que reciban las personas pacientes en el marco de la normatividad y el Programa, incluyendo con ello las estrategias que despliegue el Estado para asegurar que instituciones como el Instituto de Psiquiatría de Baja California y otros que conforman un sub-sistema estatal especializado en salud mental, deberán atender a los siguientes elementos interrelacionados y referidos igualmente en la Observación General No. 14 del Comité del PIDESC:

i) Disponibilidad, es decir, debe haber una cantidad suficiente de servicios e instituciones de salud disponibles.

ii) Accesibilidad, que incluye:

- La no discriminación, es decir, los tratamientos y servicios de salud deben estar disponibles sin ningún tipo de discriminación;

- Accesibilidad física, es decir, las instituciones y servicios de salud deben estar al alcance físico de la población, en especial para las personas en situación de desventaja y vulnerabilidad;

- Accesibilidad económica, es decir, el pago por los servicios de salud debe basarse sobre el principio de equidad, y ser asequible para todos;

- Acceso a la información, es decir, el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a temas sanitarios.

iii) Aceptabilidad, es decir, las instituciones y servicios de salud deben respetar la ética médica, y ser culturalmente adecuados.

iv) Calidad, es decir, las instalaciones y servicios de salud deberán ser apropiados.

52. El Programa y la Normatividad vinculada deben incorporar acciones concretas para garantizar que todas las personas que padezcan una enfermedad mental y con cualquier tipo de discapacidad psicosocial tengan el derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y otros instrumentos convencionales o de *soft law* pertinentes, tales como el *Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión*.

B. Respeto y protección de los derechos humanos con relación a la salud mental

53. Tanto los servicios de atención que se brindan como aquellos que sean materia del Programa y la Normatividad vinculada deberán cuidar que el ingreso de pacientes a esquemas que impliquen la hospitalización de personas sea una medida de *extrema ratio*, favoreciendo en todo momento la adopción de terapias y procedimientos de atención ambulatorios, que puedan desarrollarse para el paciente en plena libertad.

54. Debe favorecerse que la hospitalización, cuando sea inevitable, tenga lugar en estancias cortas, en unidades psiquiátricas que cuenten con todos los servicios, instalaciones adecuadas y personal capacitado y especializado; en todo caso, debe observarse lo previsto en el artículo 75 de la Ley General de Salud, que señala lo siguiente:

ARTÍCULO 75. El internamiento de personas con padecimientos mentales en establecimientos destinados a tal efecto, se ajustará a principios éticos y sociales, además de los requisitos científicos y legales que determine la Secretaría de Salud y establezcan las disposiciones jurídicas aplicables.

55. Los servicios de atención en salud mental que brinden instituciones como el Instituto de Psiquiatría de Baja California u otros que estén especializados en el tema, deben integrar la coordinación con aquellas instituciones que brinden

servicios adicionales a los médicos o psicológicos, para promover la integración de las y los pacientes a la comunidad.

56. De conformidad con estándares como el *Manual de Recursos de la OMS en materia de Salud Mental*, todo método, terapia o política de atención de carácter hospitalario debe regirse por reglas específicas, claras y detalladas que cumplan, por lo menos, con los siguientes objetivos:

- i. Promover la autonomía, al asegurar que los servicios de salud mental sean accesibles a toda persona que desee usarlos;*
- ii. Establecer criterios claros y objetivos para los ingresos hospitalarios involuntarios y promover, en la mayor medida posible, los ingresos voluntarios;*
- iii. Proveer protecciones procedimentales específicas para las personas internadas involuntariamente, como el derecho a la revisión y a la apelación de las decisiones de internación o tratamiento compulsivo; Requerir que ninguna persona sea sujeta a hospitalización involuntaria cuando exista una posible alternativa;*
- iv. Prevenir las restricciones inadecuadas de la autonomía y la libertad en el propio ambiente hospitalario (por ejemplo, pueden protegerse los derechos a la libertad de asociación, a la confidencialidad, y a la participación en el plan de tratamiento); y Proteger la libertad y la autonomía en la vida civil y política, por ejemplo, a través del reconocimiento en la ley del derecho a votar y de otras libertades de las que gozan los ciudadanos.*

57. Los centros de hospitalización y de rehabilitación de adicciones deben contar con un programa de inspección y revisión permanentes de sus condiciones, así como prever una lista de verificación sobre el respeto de los derechos humanos, la perspectiva de género y la no discriminación en la atención que brinden. La Normatividad vinculada deberá detallar las sanciones a las que en su caso se hagan acreedores quienes incumplan estas previsiones.

58. El Programa y las Normas vinculadas deben incorporar acciones concretas para mitigar la falta de acceso de las y los pacientes al cuadro de medicamentos, conforme a estándares actualizados en materia de salud y derechos humanos. En especial, debe garantizarse que la medicación responda a las necesidades fundamentales de salud de las y los pacientes, y sólo se les administre con fines

terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros, como prevén los *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental* de la ONU.

59. La incorporación de mecanismos efectivos para garantizar a las y los pacientes el respeto a su derecho al consentimiento informado es parte de una de las principales prioridades del Programa y la Normatividad vinculada. Para ello, además de la previsión abstracta que se adopte conforme a las normas técnicas ya existentes, se recomienda adoptar protocolos de actuación muy concretos y prácticos, que incluyan un formulario, preferentemente uno que ya esté en uso por parte de las y los médicos especializados, a fin de que se estandarice su uso conforme a las mejores prácticas.

60. En materia de consentimiento informado se deberán considerar los alcances del Principio 11 de los *Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de Salud Mental*, por ejemplo por lo que hace a lo que se cita a continuación:

2. Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda, acerca de:

a) El diagnóstico y su evaluación;

b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto;

c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles;

d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.

3. El paciente podrá solicitar que durante el procedimiento seguido para que dé su consentimiento estén presentes una o más personas de su elección.

4. El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio. Se deberán explicar al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir un tratamiento.

5. No se deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado. En caso de que el paciente así desee hacerlo, se le explicará que el tratamiento no se puede administrar sin su consentimiento informado.

6. Con excepción de lo dispuesto en los párrafos 7, 8, 12, 13, 14 y 15 del presente principio, podrá aplicarse un plan de tratamiento propuesto sin el consentimiento informado del paciente cuando concurran las siguientes circunstancias:

a) Que el paciente, en la época de que se trate, sea un paciente involuntario;

b) Que una autoridad independiente que disponga de toda la información pertinente, incluida la información especificada en el párrafo 2 del presente principio, compruebe que, en la época de que se trate, el paciente está incapacitado para dar o negar su consentimiento informado al plan de tratamiento propuesto o, si así lo prevé la legislación nacional, teniendo presente la seguridad del paciente y la de terceros, que el paciente se niega irracionalmente a dar su consentimiento;

c) Que la autoridad independiente compruebe que el plan de tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud del paciente.

7. La disposición del párrafo 6 supra no se aplicará cuando el paciente tenga un representante personal facultado por ley para dar su consentimiento respecto del tratamiento del paciente; no obstante, salvo en los casos previstos en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, se podrá aplicar un tratamiento a este paciente sin su consentimiento informado cuando, después que se le haya proporcionado la información mencionada en el párrafo 2 del presente principio, el representante personal dé su consentimiento en nombre del paciente.

8. Salvo lo dispuesto en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, también se podrá aplicar un tratamiento a cualquier paciente sin su consentimiento informado si un profesional de salud mental calificado y autorizado por ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas. Ese tratamiento no se aplicará más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito.

9. Cuando se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, se hará no obstante todo lo posible por informar a éste acerca de la naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento posible y por lograr que el paciente participe en cuanto sea posible en la aplicación del plan de tratamiento.

10. Todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico del paciente y se señalará si es voluntario o involuntario.

11. No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.

12. Nunca podrá aplicarse la esterilización como tratamiento de la enfermedad mental.

13. La persona que padece una enfermedad mental podrá ser sometida a un procedimiento médico u operación quirúrgica importantes únicamente cuando lo autorice la legislación

nacional, cuando se considere que ello es lo que más conviene a las necesidades de salud del paciente y cuando el paciente dé su consentimiento informado, salvo que, cuando no esté en condiciones de dar ese consentimiento, sólo se autorizará el procedimiento o la operación después de practicarse un examen independiente.

14. No se someterá nunca a tratamientos psico-quirúrgicos u otros tratamientos irreversibles o que modifican la integridad de la persona a pacientes involuntarios de una institución psiquiátrica y esos tratamientos sólo podrán, en la medida en que la legislación nacional lo permita, aplicarse a cualquier otro paciente cuando éste haya dado su consentimiento informado y cuando un órgano externo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente.

15. No se someterá a ensayos clínicos ni a tratamientos experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, excepto cuando el paciente esté incapacitado para dar su consentimiento informado, en cuyo caso sólo podrá ser sometido a un ensayo clínico o a un tratamiento experimental con la aprobación de un órgano de revisión competente e independiente que haya sido establecido específicamente con este propósito.

16. En los casos especificados en los párrafos 6, 7, 8, 13, 14 y 15 del presente principio, el paciente o su representante personal, o cualquier persona interesada, tendrán derecho a apelar ante un órgano judicial u otro órgano independiente en relación con cualquier tratamiento que haya recibido.

61. En consonancia con el derecho internacional y los más altos estándares disponibles, la Normatividad vinculada deberá ser explícita con respecto a la prohibición absoluta de que los tratos en centros de atención del Estado atenten contra la dignidad humana. Entre otras prácticas, deben prohibirse en lo absoluto las terapias que implican la esterilización forzada, las “psicocirugías” como la lobotomía, u otras formas irreversibles de terapia, así como el empleo de electrochoques o similares.

62. Algo que es indispensable en todo mecanismo de garantía de la salud mental es definir correctamente la amplitud de la población protegida por la Normatividad vinculada y el Programa, lo cual deberá prevenir en todo momento la discriminación. Toda persona en territorio de Baja California deberá ver garantizado su derecho a la salud mental de manera disponible, accesible, aceptable y de calidad.

63. En ese sentido, el Programa deberá incluir acciones, metas e indicadores concretos en materia de atención en salud mental para personas privadas de la libertad; migrantes; niñas, niños y adolescentes; mujeres; personas mayores; víctimas de delitos y violaciones de derechos humanos, así como en la atención y tratamiento de las adicciones. El Programa y la Normatividad vinculada deben incluir un Eje especializado en grupos en situación de vulnerabilidad que incorpore de

manera central el Enfoque diferencial y especializado para cada una de estas poblaciones, y despliegue líneas de acción concretas y medibles al respecto.

64. El Programa y la Normatividad vinculada deben contemplar de manera especial las acciones, metas, indicadores y demás herramientas de política pública que sean conducentes a hacer efectivo el derecho que tienen las personas privadas de la libertad a recibir atención especializada en salud mental al interior de los centros de detención y de reinserción social de la entidad.¹²

65. De igual manera, el Programa y la Normatividad vinculada deben hacer medibles los objetivos y acciones, así como detallar los mecanismos de coordinación conducentes a brindar contención emocional, terapia y rehabilitación a las víctimas de delitos y violaciones de derechos humanos, en términos de la legislación local sobre salud mental y también de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California.

66. El problema de las adicciones en Baja California se ha agravado durante los últimos años, involucrando de una manera grave la viabilidad de las generaciones de niñas, niños y adolescentes que hoy crecen en un ambiente problematizado por diversas dinámicas de violencia a escala doméstica, escolar y comunitaria, así como de inaccesibilidad de servicios de prevención, curación y rehabilitación. Por ello es fundamental que las autoridades de Baja California coordinen esfuerzos a fin de que la política de combate a las adicciones en el Estado sea reconocida como una prioridad en la agenda de problemas de salud pública, como exige la Ley General de Salud y la misma Ley de Salud Mental para el Estado de Baja California.

67. El Programa y la Normatividad vinculada deben incorporar un eje temático específico sobre combate a las adicciones que tome en cuenta lo previsto en normas como los artículos 5 y 10 fracción VI de la Ley de Salud para el Estado de Baja California, o el 73 y demás aplicables de la Ley General de Salud.

¹² En ese sentido, es pertinente recordar lo establecido en el artículo 76 de la Ley General de Salud, que a la letra dice:

“ARTÍCULO 76. *La Secretaría de Salud establecerá las Normas Oficiales Mexicanas para que se preste atención a los enfermos mentales que se encuentran en reclusorios o en otras instituciones no especializadas en salud mental.*

A estos efectos, se establecerá la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas y otras, según corresponda.”

68. Indistintamente del grado de avance que tengan el Programa y la Normatividad vinculada, o incluso si éstos no se han publicado, las autoridades responsables de velar por el derecho a la salud mental en la entidad, de conformidad con lo que dispone la Ley de Salud Mental para el Estado de Baja California, deberán poner en práctica las previsiones contempladas en esta Recomendación General, empleando para ello los medios disponibles, tales como circulares, oficios, convenios de coordinación o cualquier otro instrumento legal o administrativo para cumplir con sus obligaciones a la luz de los estándares en la materia.

Promoción de una cultura garantista de la salud mental

69. Con el propósito de cerrar la brecha nacional en materia de acceso a profesionales de la salud mental, el Estado debe fomentar, con pleno respeto a la autonomía universitaria, actividades de investigación y docencia en el tema, en conjunto con las instituciones académicas de la entidad, particularmente la Universidad pública, y formar a profesionales altamente capacitados y especializados en la materia.

70. Las autoridades de salud encargadas de la política de salud mental deben coordinar estrategias que involucren a los operadores de los sistemas locales de seguridad, procuración y administración de justicia, penitenciario, defensoras y defensores públicos, personas asesoras jurídicas de las víctimas, peritos, persona de búsqueda de personas desaparecidas, y otros pertinentes a fin de incorporar un enfoque de salud mental en la justicia y la seguridad ciudadana.

71. En todo caso, el Estado y las autoridades encargadas de la implementación de la Ley de Salud Mental para el Estado de Baja California deberán atender a lo previsto en el artículo 73 de la Ley General de Salud, que a la letra indica:

ARTÍCULO 73. Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud;

II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental;

III. La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, y

IV. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

IV. GRUPOS QUE AMERITAN ATENCIÓN PRIORITARIA

72. La presente Recomendación General debe aplicarse de tal manera que todas las personas en el estado de Baja California tengan acceso a los mecanismos y herramientas que las autoridades diseñen e implementen para garantizar el derecho a la salud mental.

73. Sin embargo, existen grupos que por sus características, así como a la luz de la estadística disponible en torno a la problemática que se vive en la materia, ameritan de políticas de atención diferenciales y especializadas, tales como niñas, niños y adolescentes, mujeres, víctimas de delitos y violaciones de derechos humanos, personas privadas de la libertad, personas pacientes hospitalizadas en centro de rehabilitación o de tratamiento de adicciones, personas adictas al alcohol y drogas, personas mayores y migrantes.

74. Como se ha dicho antes, las medidas previstas en la presente Recomendación General deberán tomar en cuenta las necesidades y características de estos grupos e incorporar ejes de acción específicos para atenderlos adecuadamente.

V. RECOMENDACIONES GENERALES.

75. Por lo anterior, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California formula las siguientes recomendaciones:

PRIMERA. El Gobierno del Estado, a través de la Secretaría de Salud, deberá convocar en breve a las autoridades estatales, municipales, organismos autónomos, universidades y representantes de la sociedad civil y el sector privado, a diseñar el Programa de Salud Mental para el Estado de Baja California, en el que

se incluyan medidas medibles, concretas y sostenibles en materia de prevención, terapia y rehabilitación; modelo de salud mental; atención a grupos en situación de vulnerabilidad; combate a las adicciones; consentimiento informado; prohibición efectiva de tratos crueles, inhumanos o degradantes, de la explotación sexual, laboral o de cualquier otra especie y de la discriminación, así como los demás aspectos referidos en el capítulo de Observaciones de la presente Recomendación General.

SEGUNDA. El Gobierno del Estado deberá instalar Mesas de Trabajo que incluyan a las autoridades estatales, municipales, organismos autónomos, universidades y representantes de la sociedad civil y el sector privado, a fin de discutir, acordar y emitir a la brevedad posible la reglamentación necesarias para la implementación de la Ley de Salud Mental para el Estado de Baja California, la cual deberá contener previsiones que hagan eco de lo asentado en el capítulo de Observaciones de la presente Recomendación.

TERCERA. La Secretaría de Salud del Estado deberá remitir una circular a todas las personas titulares de centros de salud de la entidad, incluyendo al Instituto de Psiquiatría de Baja California, a fin de hacerles llegar íntegra la presente Recomendación General, exhortándoles, asimismo, a adoptar un enfoque de salud mental en la atención médica y, en su caso, psicológica que brinden al público en general.

CUARTA. La Secretaría de Salud del Estado deberá diseñar un Protocolo de tratamiento de las adicciones, que incorpore las medidas y políticas de salud pública previstas en el capítulo de Observaciones de la presente resolución.

QUINTA. La Secretaría de Salud deberá instalar una Mesa de Trabajo que involucre a representantes con capacidad de decisión de los sistemas locales de seguridad, procuración y administración de justicia y penitenciario, defensoras y defensores públicas, personas asesoras jurídicas de las víctimas, peritos y otros pertinentes de la entidad, a fin de incorporar un enfoque de salud mental en las actuaciones regulares de esas autoridades.

SEXTA. Los centros de atención en salud mental y de tratamiento de adicciones deberán revisar los casos de pacientes bajo su responsabilidad, a fin de determinar

en términos de los estándares y consideraciones vertidas en la presente Recomendación, el alta inmediata de las y los pacientes que puedan llevar sus tratamientos y terapias en la comunidad, sin necesidad de institucionalización u hospitalización.

SÉPTIMA. El Congreso del Estado, en conjunto con el Gobierno estatal, deberá contemplar en el próximo ejercicio presupuestal los recursos necesarios a fin de que se priorice y redistribuyan las dotaciones financieras a los programas, acciones e instituciones de salud mental, con el fin de que se incrementen y mejoren los servicios de atención ofertados a la población con padecimientos de salud mental o discapacidad psicosocial.

OCTAVA. El Gobierno del Estado deberá establecer un sistema de información para recabar, analizar y publicar periódicamente datos estadísticos sobre salud mental y su atención en el Estado de Baja California, que permita segmentar y medir en el tiempo la efectividad de las políticas de atención, con el propósito de mejorar la capacidad de impacto de las instituciones responsables de la materia.

NOVENA. Las autoridades responsables de brindar servicios de atención en salud mental, incluyendo el personal de tratamiento a adicciones, así como las personas adscritas a instituciones y unidades administrativas relacionadas a la seguridad pública, el sistema penitenciario, la defensoría pública, la asesoría jurídica y el acompañamiento de las víctimas, y la búsqueda de personas desaparecidas, deberán adoptar un programa permanente de capacitación de sus elementos en materia de derechos humanos, perspectiva de género y no discriminación, especializados en sus respectivas funciones y atribuciones.

DÉCIMA. Las autoridades responsables de brindar servicios de atención en salud mental deberán promover la difusión más amplia y accesible posible a todas las personas en la entidad federativa sobre el derecho a la salud mental y los servicios que el Estado pone a su disposición en la materia.

* * *

76. De acuerdo con lo anterior, la presente Recomendación General, tiene el carácter de pública; se solicita a ustedes de muy atenta manera, se sirvan acreditar

con la documentación correspondiente o los medios idóneos necesarios, el cumplimiento a cada uno de los puntos recomendatorios, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 7, fracción VI de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, 126, párrafo primero del Reglamento Interno.

77. En atención al mismo fundamento jurídico, se informa a usted que las Recomendaciones Generales no requieren de aceptación por parte de las instancias destinatarias; sin embargo, se requiere que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a la Comisión Estatal dentro de un término de treinta días hábiles siguientes a la fecha de emisión de la presente Recomendación, ello de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 47, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, en el cual se dispone que el plazo para las pruebas de cumplimiento puede ser ampliado cuando la naturaleza de la Recomendación así lo amerite.

LA PRESIDENTA

LIC. MELBA ADRIANA OLVERA RODRÍGUEZ