



Síntesis: La Recomendación 21/94, del 9 de marzo de 1994, se envió al Gobernador del Estado de Baja California y al Presidente Municipal de Tijuana y se refirió al caso del Hospital Psiquiátrico Municipal de Tijuana, Baja California. Se recomendó al Gobernador, estudiar la posibilidad de construir, con carácter prioritario, un hospital psiquiátrico en la Ciudad de Tijuana; en su defecto concluir y adecuar las obras iniciadas para un centro penitenciario en el Municipio de Tecate, y que se encuentran abandonadas; modificar el actual Hospital Psiquiátrico Municipal de Tijuana para brindar el servicio de consulta externa; incluir en el nuevo nosocomio áreas para internamiento de corta, mediana y larga estancias, así como hospitalización parcial; contar con instalaciones especiales para albergar a enfermos mentales menores de edad y ancianos; promover las actividades de enseñanza, investigación y capacitación en los hospitales psiquiátricos de la Entidad Federativa; expedir manuales de organización y procedimientos y el reglamento interno del Hospital Psiquiátrico Municipal de Tijuana y que éstos se den a conocer al personal y a los usuarios; brindar la atención a los pacientes enfermos mentales que constatemente presenten alguna discapacidad o enfermedad física y en la medida de lo posible, proveer de lente y de aparatos ortopédicos y/o audiológicos; dotar de suficiente personal para proporcionar el tratamiento a los enfermos; considerar dentro de los criterios de externación los aspectos psicopatológicos y no de tiempo de internamiento previamente determinado; mejorar el seguimiento en los casos canalizados a albergues, para evitar los recaídos. Al Presidente Municipal, supervisar el funcionamiento del Hospital y proporcionar recursos materiales financieros y humanos que correspondan; vigilar que los expedientes clínicos de los pacientes se integren con el historial clínico, la carta responsiva familiar -cuando proceda- y elaborar los diagnósticos de acuerdo con la clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud; dotar de nosocomios de vestuario, calzado y enseres de aseo personal para los pacientes que sean internados; trasladar a la brevedad a los pacientes extranjeros a sus respectivos países de origen, y canalizar a los pacientes connacionales a los lugares de donde procedan, cuando se contacte a sus familiares.

RECOMENDACIÓN 21/1994

México, D.F. a 9 de marzo de 1995

Caso del Hospital Psiquiátrico Municipal en el Estado de Baja California

A) Lic. Ernesto Ruffo Appel,

Gobernador del Estado de Baja California,

Mexicali, B.C.

B) Arq. Héctor Guillermo Osuna Jaime,

Presidente Municipal de Tijuana,

Tijuana, B.C.

Muy distinguidos señores:

La Comisión Nacional de Derechos Humanos, con fundamento en el Artículo 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en los Artículos 1º y 6º, fracciones II y III y XII; 15, fracción VII; 24, fracción IV; 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos; 1º; 5º; 15; 16; 108, párrafo tercero; 123, fracción III; 132 y 134 de su Reglamento Interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/122/93/BC/PO7784, relacionados con el caso del Hospital Psiquiátrico Municipal de Tijuana, en el Estado de Baja California, y vistos los siguientes:

I. HECHOS

De acuerdo con los lineamientos de esta Comisión Nacional para la supervisión de hospitales psiquiátricos, un grupo de visitadores adjuntos visitó, durante los días 1 al 6 de diciembre de 1993, el Hospital Psiquiátrico Municipal de Tijuana, en el Estado de Baja California, con el objeto de conocer las condiciones del establecimiento, el trato a los pacientes y el tratamiento que se proporciona a éstos, así como comprobar el respeto a los Derechos Humanos de los mismos.

II. EVIDENCIAS

En este caso las constituyen:

1. Antecedentes

En la década de los cuarenta, el Estado de Baja California no contaba con instituciones públicas que brindaran atención psiquiátrica debido a que su población era sólo de 78,907 habitantes; a que las enfermedades mentales no se consideraban un problema de salud pública y a que las políticas sanitarias se fijaban en la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia. En caso de que fuese necesario brindar tratamiento en internamiento hospitalario a un paciente psiquiátrico se le trasladaba a los pabellones psiquiátricos de Sonora, Jalisco o del Distrito Federal, principalmente.

No fue sino hasta 1952 cuando la ciudad de Tijuana contó con servicio de psiquiatría en un nosocomio público, pues en ese año el hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social incorporó a un especialista a su consulta externa. En 1980, la Secretaría de Salud habilitó el mismo servicio en su hospital. Sin embargo, la necesidad de contar con un espacio para internamiento se hacía cada vez más urgente.

El crecimiento de la ciudad de Tijuana ha sido de los más notables del país. De acuerdo con el XI Censo General de Población y Vivienda, elaborado en 1990 por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, la población de la ciudad de Tijuana, entre los años 1980 y 1990, aumentó de 461,257 a 747,381 habitantes; lo que representa un crecimiento del 62%. En base a las estimaciones de El Colegio de la Frontera Norte, para 1994 la ciudad de Tijuana contará con una población absoluta superior a los 900,000 habitantes, además de un número indeterminado de población flotante.

En el Informe sobre las Violaciones a los Derechos Humanos de los Trabajadores Migratorios Mexicanos en su tránsito hacia la Frontera Norte, al cruzarla y al internarse en la Franja Fronteriza Sur Norteamericana, publicado por esta Comisión Nacional, se señala que Tijuana se ha convertido en una ciudad de tránsito para ingresar a la Unión Americana, que muchos migrantes legales e ilegales han tenido que sufrir actitudes discriminatorias, basadas en concepciones ideológicas que atribuyen una condición de inferioridad a las personas cuyas características fenotípicas no son caucásicas, o porque hablan el idioma español o algún dialecto, o por evidenciarse como grupo social con identidad propia, luego entonces, diferente.

Muchas de las personas que logran cruzar la frontera son repatriadas a México; algunas de ellas lo hacen con cuadros psicóticos que ya presentaban

con anterioridad o que son producto de las situaciones difíciles que les ha tocado sortear. Se sabe que la extorsión policíaca constituye la principal violación a los Derechos Humanos de los trabajadores migratorios mexicanos, en su tránsito hacia los Estados Unidos de América. Los migrantes sufren los costos y penalidades propios de los desplazamientos que, aunque voluntarios, en cierto sentido son determinados por el carácter de las comunidades de origen y por el contexto del entorno socio económico nacional e internacional.

En relación con los problemas de salud mental que se presentan en muchos de estos migrantes, podemos decir que la etnopsiquiatría ha elaborado hipótesis en las que se sostiene que las condiciones que prevalecen en una ciudad cosmopolita, impersonal y transcultural como es Tijuana, en la que se vive con un nivel de tensión elevado por la continua posibilidad de ser aprehendido por miembros de la policía migratoria, favorecen el desarrollo de patologías mentales de diversa índole.

Otras características de la ciudad, son la gran afluencia turística norteamericana y el hecho de constituir uno de los puntos de paso de droga de los países latinoamericanos hacia los Estados Unidos de América, hecho que repercute en los problemas de salud pública de la región. La presencia de psicosis por drogas, de cuadros de abstinencia y de farmacodependencias múltiples, son comunes entre los enfermos mentales. Al respecto, personal del Hospital Psiquiátrico Municipal de Tijuana informó que en ese nosocomio se atiende a pacientes que emplean drogas inusuales en otras latitudes nacionales; así, han observado consumo de vapores de la heroína e intoxicaciones y cuadros psicóticos tóxicos por empleo de datura metaloide (baya espinosa que al ser consumida provoca estados de intoxicación).

Finalmente, la mendicidad que se observa en las calles está dada, en algunos casos, por la presencia de vagabundos que cursan con patologías psiquiátricas y que nunca han recibido tratamiento, lo que ocasiona el deterioro intelectual y el deficiente desarrollo interpersonal que estos sujetos muestran con alta frecuencia.

Pese a todos estos problemas, la población de Tijuana sólo cuenta actualmente con un pabellón psiquiátrico, con veinticinco camas disponibles.

En la misma Entidad Federativa, en la ciudad de Mexicali, hay un hospital psiquiátrico, fundado en 1988, que depende del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), con capacidad para sesenta camas; que atiende, principalmente, a internos con padecimientos neurológicos, de farmacodependencia y psiquiátricos (30% de los pacientes), cuyo internamiento promedio es: para los enfermos agudos, de entre dos o tres semanas, y para

los crónicos, de tres meses. Los municipios de Tecate y Ensenada carecen de hospital psiquiátrico.

Cabe señalar, que la Organización Mundial de la Salud, en la década de los sesentas, hizo una evaluación de los servicios de salud mental y consideró que la cifra óptima de camas psiquiátricas por habitante debía ser de 1/10,000.

2. Capacidad, población e instalaciones

El Director del Hospital Psiquiátrico Municipal de Tijuana, médico psiquiatra Silvestre Pérez Bracamontes, manifestó que el establecimiento fue inaugurado el 13 de diciembre de 1989. La placa de inauguración señala que la institución se denominaba en ese momento Centro de Atención Preventiva de Salud Mental "Solidaridad".

Agregó que el establecimiento corresponde a una institución semiabierta que proporciona hospitalización de corta estancia, ya que los pacientes están un mes internados, en promedio. Manifestó que sólo se atiende a los sujetos psicóticos agudos; a los enfermos crónicos se les canaliza a diversos albergues y se les presta el servicio de consulta externa. Precisó que debido a que el Hospital depende del Municipio de Tijuana, también se proporciona servicio médico general a población no psiquiátrica de la comunidad y a los reclusos de la Cárcel Pública Municipal.

El doctor comentó que el inmueble fue construido a semejanza de la cárcel contigua al Hospital, que cuando el Municipio entregó la obra, carecía de pisos y las instalaciones eléctrica e hidráulica presentaban defectos; lo que comprobó con evidencias fotográficas. Añadió que durante su administración se colocó el mosaico al piso del área de hospitalización y el azulejo a los servicios sanitarios. Al momento de la supervisión por parte de los visitantes adjuntos, se habían concluido obras de reestructuración que consistieron en quitar la pared divisoria entre varios de los dormitorios y retirar las rejas a los mismos; además, se modificó la puerta de acceso y se estaban pintando todas las paredes y techos interiores del nosocomio.

La misma autoridad refirió desconocer la capacidad instalada inicial; se observó, durante los días de la visita, un promedio de 33 pacientes y sólo veinticinco camas, lo que indica un 32% de sobrepoblación. El personal del nosocomio informó que la población ha ascendido a 48 enfermos y que el promedio de pacientes internados es de 35.

En el siguiente cuadro se contabiliza el número de camas y la población registrada al día 3 de diciembre de 1993:

Dormitorio	Camas	Población
Uno	09	09
Dos	05	11
Tres	10	10
Aislado	00	01
Aislado	01	01
Total	25	32

En un desglose poblacional realizado ese mismo día, de los 32 enfermos internados 21 (65.62%) eran hombres y 11 (34.37%) mujeres. En cuanto a su clasificación por edades, uno era menor de edad -15 años-, mientras que 3 eran pacientes seniles.

Personal del nosocomio informó que entre el 1 y 5 de diciembre se registraron 12 ingresos y 7 egresos. De los ingresos, 7 pacientes fueron canalizados al Hospital por la Policía Municipal, 4 por sus familiares y uno por la Penitenciaría del Estado "La Mesa". De los egresos, 5 fueron enviados a sus hogares con sus familiares, uno fue trasladado a la Penitenciaría del Estado y el otro se fugó.

3. Personal y organización

El doctor Pérez Bracamontes informó que asiste a la institución de lunes a viernes, de las 9:00 a las 15:00 horas; los sábados cubre un horario abierto a partir de las 10:00 horas y, además, asiste fuera de su horario laboral cuando mediante radio se solicita su presencia. Expresó que sus funciones son: coordinar el trabajo de las diversas áreas del Hospital, dirigir las actividades relacionadas con los pacientes internos y externos, rendir informes mensuales y anuales que se brindan a los servicios médicos de la Presidencia Municipal, participar en programas de salud mental de otras dependencias gubernamentales, coordinar el trabajo conjunto con instituciones académicas que realizan sus prácticas en el Hospital, diseñar programas de atención a los pacientes, proponer adecuaciones del inmueble, representar al Hospital en eventos académicos, proporcionar consulta externa a algunos pacientes y supervisar la visita médica general que se hace a los pacientes internados.

En lo que respecta al personal, se cuenta con un Director, 3 médicos psiquiatras, 5 médicos generales, una psicóloga, 2 trabajadoras sociales, 5 enfermeros, 4 vigilantes, una cocinera, un chofer, 2 afanadores y un intendente.

Informó que dentro de las actividades de enseñanza propias de la institución, se realizan sesiones clínicas los viernes, en las que participa el

personal técnico y en las que, una vez al mes, se discuten tópicos administrativos; el Hospital no cuenta con programas de enseñanza, capacitación e investigación. Señaló que realizan sus prácticas estudiantes de pregrado (enfermería, psicología y trabajo social). Expresó que sería conveniente contar con pasantes en servicio social de las licenciaturas de medicina y psicología, principalmente, y con estudiantes de la especialidad médica en psiquiatría, que practicasen en el Hospital.

Agregó que no se desarrolla ninguna investigación en la institución y que sería importante contar con ese tipo de apoyo debido al tipo de casos que se atienden; de esta manera se podría reportar el manejo que se sigue con psicosis reactivas breves, delirium tremens e intoxicaciones por drogas que no se observan con facilidad en otros puntos de la República.

Tomando como base el informe mensual que el Director del Hospital rinde por escrito al encargado de los servicios médicos municipales, se puede concluir que en el mes de noviembre de 1993, la institución proporcionó los siguientes servicios:

a) Atención psiquiátrica

Se atendió a 101 pacientes internados y a 203 en consulta externa. Por su parte, el área de psicología atendió a 48 personas y el departamento de trabajo social a 105.

b) Medicina general

Se proporcionaron 180 consultas a reclusos de la Cárcel Pública Municipal, se efectuaron 250 certificados de esencia alcohólica (aliento alcohólico), se elaboraron 156 certificados médicos y se brindaron 46 consultas generales.

4. Normatividad y recursos financieros

El Director de la institución señaló que se carece de manual de procedimientos y de reglamento interno. Indicó que se rigen por la Ley General de Salud, las Normas Técnicas de la Secretaría de Salud y la Ley de Salud del Estado de Baja California.

Por lo que toca a los recursos económicos que se reciben, el mismo entrevistado agregó que éstos provienen casi exclusivamente de la Presidencia Municipal de Tijuana y que se ocupan para la alimentación, los medicamentos, consultas de especialidad con médicos particulares indicadas a los internos que así lo requieren, y también para sufragar los estudios de laboratorio y de gabinete. El personal técnico indicó que los recursos asignados para la atención de los enfermos no son suficientes, debido a que las funciones primordiales del Municipio son la seguridad pública, la realización de obras

públicas y el mantenimiento de los servicios públicos; sin embargo, todos reconocieron que la administración actual les ha apoyado.

Se carece de convenios signados con otras instituciones sanitarias y con la administración pública; tampoco hay un patronato para el nosocomio. No obstante ello, grupos civiles mexicanos y norteamericanos los apoyan con comida; entre los que destacan los propietarios de la cadena de restaurantes "Los Mandiles" y una dama voluntaria extranjera conocida como "Mamá Toña", quien además dona ropa y otros enseres, y canaliza a los pacientes que egresan hacia diferentes albergues de la ciudad.

5. Servicio de hospitalización

El médico psiquiatra encargado del área señaló que asiste de las 8:00 a las 15:00 horas, de lunes a viernes; los sábados cubre guardias alternadas con el encargado de la consulta externa y, además, está disponible las 24 horas, mediante llamada telefónica.

Manifestó que entre sus funciones está el aprobar los internamientos de los pacientes durante el turno matutino -fuera de este horario el encargado es el médico de guardia-, revisar los casos conjuntamente con los departamentos de psicología y de trabajo social, entrevistar a los pacientes y a sus familiares, confirmar los diagnósticos y los tratamientos psiquiátricos, elaborar las notas de evolución en los expedientes clínicos, solicitar los medicamentos a los familiares de pacientes internados o a aquellas instituciones que les envían pacientes (ISSSTE o IMSS), integrar el informe mensual de actividades del área, coordinar a los servicios de enfermería y de intendencia del Hospital, valorar a personas canalizadas por otras instituciones públicas, como las Procuradurías de la Defensa del Menor y de la Familia y la de Derechos Humanos.

El mismo médico informó que en este servicio asisten un médico general que acude de lunes a viernes, de las 8:00 a las 15:00 horas y un psiquiatra - con plaza de médico general-, que acude de las 15:00 a las 20:00 horas, de lunes a sábado. Además, participa personal de enfermería y de vigilancia.

El mismo encargado refirió que las instituciones sanitarias públicas no proporcionan atención médica general o de especialidad a los pacientes, aduciendo su estado de locura, aunque se trate de alguna enferma mental que requiere la atención de un parto o de sujetos que presentan delirium tremens y necesitan vigilancia metabólica estrecha. El único caso de defunción registrado en la institución, desde el 1º de enero de 1993 hasta el día de la visita, ocurrió en el mes de mayo y correspondió a un paciente senil, desnutrido, deshidratado y en deficiente estado de salud, a quien se intentó trasladar al

Hospital General, en el que no lo aceptaron y murió por broncoaspiración en el pabellón psiquiátrico.

El mismo médico informó que muy pocos pacientes se benefician con los estudios de laboratorio y de gabinete; que aproximadamente al 50% de la población debería practicársele un estudio electroencefalográfico y al 10% el de tomografía; sin embargo, actualmente estos estudios son inexistentes. Asimismo, indicó que debido a la sobrecarga laboral de la psicóloga, los tests psicológicos sólo se aplican a algunos pacientes.

Señaló que no existe un horario de actividades para los pacientes internados y que la rutina que realizan durante el día es: aseo personal, ingestión de fármacos, desayuno; posteriormente acuden en forma individual a sesiones de psiquiatría, psicología o trabajo social, en tanto otros permanecen la mayor parte de la mañana en el patio, desarrollando algunas actividades recreativas realizadas por su propia iniciativa; sólo cuando se cuenta con el apoyo de estudiantes de enfermería o de trabajo social, los pacientes realizan actividades recreativas desorganizadas. Por la tarde comen, ingieren sus medicamentos y salen al patio, duermen en sus estancias o reciben visita familiar -martes, jueves, sábados y domingos-. Por la noche cenan y se retiran a dormir.

Los integrantes del personal técnico consideran monótono y poco terapéutico el hecho de que no se organicen actividades con los pacientes, pero señalaron que lo anterior obedece a la falta de personal especializado en terapias física, ocupacional y pedagógica que interactúen con los pacientes. El Hospital carece de espacio para talleres de rehabilitación.

El encargado de hospitalización manifestó que cuando llega un paciente, se le realiza una nota de ingreso al servicio, que puede ser médica o de psiquiatría; la siguiente nota de evolución incluye el diagnóstico presuntivo o definitivo y cada semana se elabora una nota clínica en su expediente.

Debido a las características de las instalaciones del Centro, en los cuartos de aislamiento se ubica a los pacientes sumamente agresivos, en delirium tremens o a aquéllos que requieren de vigilancia estrecha por alto riesgo de suicidio; estas habitaciones son consideradas inadecuadas por los médicos de la institución, ya que no cumplen con las normas técnicas necesarias para un buen manejo de estados de crisis. Muchos internos en delirium tremens requieren de la aplicación de soluciones intravenosas y de apoyos paramédicos que por falta de recursos físicos, materiales y humanos no se proporcionan en la institución. Se carece de un aparato para terapia electroconvulsiva y hay dos camisas de fuerza, que se encontraron deterioradas por el uso y casi inservibles.

En relación con los medicamentos, el mismo encargado señaló que en el expediente clínico que se abre a cada interno se registra el tratamiento psicofarmacológico, que se transcribe a un kardex. Además, en una libreta se registran los medicamentos que se proporcionan para controlar a los enfermos en caso de emergencia y que no fueron indicados en el expediente por el médico tratante. El área de enfermería entrega los frascos vacíos de estos medicamentos para que se le surta nuevamente.

Los medicamentos psiquiátricos se almacenan en una vitrina, cuya llave sólo manejan los responsables de las áreas de enfermería y de psiquiatría. El personal considera que la dotación de fármacos es adecuada, debido a que los familiares de algunos pacientes ayudan a mantener la existencia de los mismos.

Cuando un paciente abandona el Hospital sin ser dado de alta, la política del nosocomio es no perseguir al paciente, debido a que la cercanía con una vía rápida para automóviles podría ocasionar que el enfermo fuera atropellado. Al ingresar un paciente al Hospital, los familiares firman una carta de responsiva en la cual reconocen que el nosocomio no es el responsable de estos hechos. Agregó el mismo encargado que la mayor parte de los pacientes que han egresado por esta razón regresan traídos por sus parientes o por autoridades policíacas que los encuentran vagando o mendigando en la ciudad.

a) Dormitorios

En el servicio de hospitalización hay tres dormitorios. El primero mide aproximadamente 6 por 9 metros y está equipado con nueve camas, dos tazas sanitarias y dos tomas de agua; el segundo mide 3 por 9 metros y está dotado de cinco camas, taza sanitaria y toma de agua, y el tercero, que mide 6 por 9 metros, cuenta con diez camas, dos tazas sanitarias y toma de agua. Se observó que todas las camas tienen colchón y cobija, que éstas no son suficientes y que están hacinadas.

Los dormitorios se encontraron en adecuadas condiciones de higiene y de mantenimiento, y con ventilación suficiente; sin embargo, la iluminación natural no es adecuada, ya que las ventanas posteriores están clausuradas con láminas y las frontales dan a un pasillo. Se percibió que los dormitorios son fríos debido a estas mismas circunstancias.

Hay dos áreas de aislamiento: la primera, de 2 por 3 metros, está dotada de colchón y cobijas. La segunda, de 2.5 por 2.5 metros, está provista de catre con cobijas, taza sanitaria y toma de agua. Ambas se hallaron en adecuadas condiciones de aseo, de ventilación y con iluminación sólo artificial.

Existe un baño de uso común para hombres y mujeres que tiene tres regaderas con suministro de agua caliente, lavabo y taza sanitaria. Se observó en adecuadas condiciones de higiene y de mantenimiento.

b) Alimentación

La cocina, de aproximadamente 2.5 por 3 metros, está dotada de estufa, tarja, alacenas, refrigerador, utensilios de cocina y filtro de agua. Allí laboran 2 cocineras de lunes a viernes, una de las 7:00 a las 14:00 horas y la otra de las 14:00 a las 20:00; los sábados y domingos el enfermero de guardia y el vigilante preparan los alimentos.

El menú es programado por el personal de cocina sobre la base de los insumos con los que se cuenta. El 1º de diciembre se sirvió en el desayuno arroz con embutidos, yoghurt y pan o tortilla; en la comida, arroz, caldo de res, frijoles y agua de sabor y en la cena, huevo con chorizo, tortillas y agua.

El sábado 4 de diciembre, el enfermero de guardia señaló que para el desayuno de ese día iba a preparar frijoles, arroz y tallarines con embutidos; cabe señalar que siendo las 8:30 horas estaba limpiando los frijoles para ponerlos a cocer.

En el comedor, de aproximadamente 3 por 4.50 metros, y equipado con mesa, nueve sillas y ventilador, los pacientes consumen sus alimentos por grupos, debido a que el espacio es reducido para el total de la población.

Se comprobó que las instalaciones de la cocina y del comedor se hallaban en adecuadas condiciones de higiene, de iluminación y de ventilación, pero se observó que a los muebles les faltaba mantenimiento.

c) Patio

Mide aproximadamente 35 por 12 metros; tiene una superficie de concreto, pero la mayor parte es de terracería; cuenta con árboles, aro de basquetbol, red de volibol y objetos diversos abandonados. También hay allí una bodega construida con madera, de 3 por 4 metros, que almacena ropa, alimentos, muebles y medicamentos; ésta se observó en desorden, con falta de aseo y, no obstante a que existen medicamentos psiquiátricos, hay momentos del día en que permanece abierta.

6. Medicina general

El coordinador del área informó que cumple un horario de las 8:30 a las 15:00 horas, de lunes a viernes y que cubre una guardia dominical cada cinco semanas de 24 horas que se asigna de acuerdo con un rol. Además del responsable, asiste un médico general, de las 8:30 a las 15:00 horas, de lunes

a viernes; un psiquiatra -con funciones de médico general- por la tarde, y 2 médicos que se turnan las guardias nocturnas, en horario de las 20:00 a las 8:00 horas.

El equipo está formado por estuche de diagnóstico, baumanómetro, estetoscopio y laringoscopio; se ha integrado un carro rojo para atender paros cardiorrespiratorios. Para la atención de pacientes discapacitados o seniles, se cuenta con dos pares de muletas y dos sillas de ruedas, estas últimas deterioradas. El día de la visita se observó a un paciente con presbicia que requiere de lentes; personal técnico informó que ninguna institución se los proporciona, e indicó que han tenido internos con sordera y otras discapacidades a los que no se les ha podido conseguir el equipo audiológico u ortopédico necesario.

Las funciones del coordinador son organizar los horarios de trabajo, establecer el rol de guardias, coordinar las sesiones clínicas y, también, como el resto de los médicos generales, dar consultas de medicina general, elaborar historias clínicas de los internos, brindar consulta externa general, efectuar peritajes de esencia a los conductores ebrios canalizados por la Policía Municipal, atender a los enfermos detectados en la Cárcel Pública Municipal y realizar los estudios y expedir los certificados médicos a los detenidos ubicados en dicho centro penitenciario.

Basándose en su experiencia laboral, el encargado señaló que cerca del 25% de los pacientes internados en este nosocomio presentan problemas de medicina general -sobre todo desnutrición y patologías infectocontagiosas-; en el caso de los pacientes con tuberculosis pulmonar que se han detectado, no se contó con el apoyo de los estudios de laboratorio y gabinete y el tratamiento farmacológico se reportó inconstante por la falta de dotación del mismo; para los pacientes que se consideran con probabilidad de estar infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana, tampoco se cuenta con apoyo rutinario; no hay auxilio para incorporar a un paciente senil a algún asilo. Agregó que para los traslados se cuenta con una ambulancia deteriorada.

Durante los días de la supervisión, los médicos generales, además de sus funciones en el pabellón, realizaron:

Día	E.I.*	A.A.**	Consultas	Certificados
1	02	04	01	01
2	02	03	03	02
3	01	06	04	00
4	01	06	04	00
5	06	08	02	09
Total	13	25	12	12

* E. I. = determinaciones de ebriedad incompleta.

** A. A. = determinaciones de aliento alcohólico.

El día 3 de diciembre, el médico de guardia indicó que se efectuaron 5 determinaciones de esencia alcohólica (incluyendo diagnósticos de aliento alcohólico y ebriedad incompleta) a las 1:55, 2:55, 4:40, 5:15 y 5:25 horas; manifestó que como debe abandonar el Hospital para ir a la Cárcel Pública Municipal (acompañado por el personal de seguridad), los pacientes se quedan solos en la institución, con el riesgo que esto conlleva. Los pacientes que se evalúan en la Cárcel Pública Municipal son canalizados por las delegaciones municipales de La Presa, La Mesa de Otay, La Mesa, Playas Tijuana y Rosarito.

7. Trabajo social

El cubículo, de 2 por 3.5 metros, está dotado de escritorio, máquina de escribir, archivero y tres sillas; esta área se observó en adecuadas condiciones de iluminación, ventilación y mantenimiento.

Asisten 2 licenciadas en trabajo social, de las 8:00 a las 15:00 horas, de lunes a viernes. La encargada del área informó que el principal propósito del departamento es pugnar por la reinserción social del paciente psiquiátrico y que la atención que se da al interno depende de la instancia por medio de la cual ingresó al Hospital.

Indicó que cuando un enfermo llega al nosocomio y se tiene localizados a sus familiares, se elabora un estudio psico-social de la familia; en los casos en los que ésta rechaza al paciente, se realiza con ella una labor de sensibilización, y que cuando la familia decide no apoyar al paciente, se le busca un hogar sustituto. Agregó que cuando ingresa un paciente y el Hospital no tiene identificada a la familia, se realizan diversas acciones para contactarla: a través de carta, cuando el interno recuerda la dirección; se solicita apoyo a los medios masivos de comunicación local, cuando el paciente es de la ciudad de Tijuana, o bien, en el caso de que se trate de un extranjero, se solicita ayuda a su respectivo consulado.

La misma encargada señaló que se desarrolla un programa de seguimiento del tratamiento del paciente: en los casos en que es canalizado a un hogar sustituto, se le lleva su medicamento, y cuando es enviado a su hogar con sus familiares, se le cita a consulta externa.

Manifestó que este departamento realiza, además, gestiones ante diferentes instituciones para conseguir recursos para el Hospital. También apoya al grupo de Alcohólicos Anónimos -que acude una vez por semana al

Centro para sesionar con los pacientes que requieren de esta ayuda-, y registra notas en los expedientes.

Finalmente, indicó que con 3 trabajadoras sociales más en el departamento, tres cubículos más para esta área y también con dos vehículos para realizar las visitas, se lograrían mejores resultados.

8. Enfermería

Es un área de aproximadamente 2 por 3.5 metros, provista de mostrador, anaqueles con medicamentos, banco, silla y ventilador. Hay también un cubículo de 2 por 2.5 metros, dotado de mesa de instrumental médico -mesa mayo- , mesa de exploración, vitrina con medicamentos y fotocopiadora. El área está asegurada con una puerta para que los pacientes no tengan libre acceso.

Asisten 5 enfermeros: 2 de lunes a viernes, uno de las 7:00 a las 14:00 y el otro, de las 14:00 a las 21:00 horas; otros 2 se alternan guardias de las 20:00 a las 7:00, de lunes a viernes, y el último labora desde las 7:00 horas del sábado hasta las 7:00 horas del lunes siguiente. Las funciones de este personal son revisar el estado físico de los pacientes, verificar que se bañen, administrar sus medicamentos, hacer curaciones, vigilar el comportamiento de los enfermos, elaborar los reportes de enfermería y canalizar a los pacientes a consulta psiquiátrica, psicológica, de trabajo social y de medicina general.

Un enfermero señaló que los medicamentos que se ministran al paciente se controlan por medio de una tarjeta -kardex- en la cual se registra el nombre del paciente, la indicación médica en cuanto al tipo fármaco, dosis y horarios y, además, la firma del médico psiquiatra. Se observó que estos datos también aparecen en el expediente del interno.

9. Vigilancia

Está integrada por 5 vigilantes, uno de los cuales asiste de lunes a viernes, de las 8:00 a las 14:00 horas; 2 cubren guardias alternadas, de las 20:00 a las 8:00 horas, de domingo a viernes, y 2 asisten los fines de semana, desde las 8:00 horas del sábado hasta las 20:00 horas del domingo. De lunes a viernes por las tardes no hay personal de vigilancia.

Las funciones principales de este personal son procurar la seguridad de los pacientes, supervisar que se éstos coman y duerman; además, apoyar al departamento de enfermería.

Uno de los vigilantes expresó que periódicamente reciben instrucciones del personal técnico sobre cómo tratar a los pacientes.

Se carece de un programa de contingencia para resolver situaciones difíciles (sismos, ciclones o incendios); nunca se ha presentado una situación de desastre. Este cuenta con dos extinguidores.

El Hospital está integrado dentro del Programa de Protección Civil de la Municipalidad de Tijuana, el cual tiene como objetivo brindar apoyo médico y psicológico a las personas que lo requieran.

10. Consulta externa

Este servicio dispone únicamente de un consultorio de aproximadamente 3 por 3.5 metros que está dotado de mesa de exploración, báscula con estadímetro, carro de medicamentos y tres sillas.

El médico psiquiatra responsable del área informó que asiste en un horario de las 8:00 a las 15:00 horas, de lunes a viernes, y que cubre guardias los sábados alternadas con el Director y el encargado del servicio de hospitalización continua. Sus funciones son las de atender a los pacientes de consulta externa psiquiátrica, efectuar resúmenes clínicos a solicitud distrito federal familiar o institucional (para la Procuraduría de Defensa del Menor y la Familia, autoridades municipales o judiciales), proponer tratamientos farmacológicos innovadores, efectuar revisiones bibliográficas y desarrollar labores de supervisión a los médicos generales. También forma parte del Comité de Ética y Vigilancia del Hospital, que está integrado, además, por el Director y por el encargado de hospitalización, y que tiene como propósito determinar los tratamientos que se deben aplicar a los usuarios, discutir casos y resolver conflictos laborales.

El mismo facultativo informó que en el servicio de consulta externa, el Director de la institución y él atienden a los pacientes que ahí estuvieron internados y que egresaron para continuar su tratamiento en forma ambulatoria; valoran a los pacientes menores de edad (cerca del 10% de la población atendida) sin antecedentes de internamiento, para determinar si su problema amerita manejo especializado y canalizarlos con el psiquiatra. La consulta es sobre todo de psicoterapia de apoyo y de orientación, así como de control psicofarmacológico.

El encargado de la consulta externa agregó que generalmente se programan las citas con la siguiente periodicidad: una valoración semanal durante las primeras dos semanas; quincenal, después de un mes de tratamiento y, posteriormente, de manera mensual. La mayor parte de los pacientes externos asiste una vez al mes. El seguimiento de los pacientes internados en los albergues es particularmente inadecuado, debido a que estas instituciones carecen de los apoyos necesarios para llevar a consulta a los pacientes, salvo cuando éstos presentan cuadro psicótico y se solicita

nuevamente el internamiento del enajenado mental. Mensual o bimestralmente, llevan a grupos de 5 pacientes a consulta, sin cita.

Según cálculos del mismo médico, sólo cerca del 50% de los pacientes canalizados a consulta externa vuelven a asistir a ésta. El día de la entrevista (3 de diciembre de 1993), el especialista había citado a 10 pacientes, de los cuales asistieron únicamente 6. Las causas de ésto son, al parecer, que muchos se fugan de los albergues a los cuales se les ha trasladado y, por carecer de familiares, vuelven a deambular por la ciudad y abandonan el tratamiento; otros son farmacodependientes que reinciden en el consumo de drogas, y un porcentaje bajo regresa a su lugar de origen y no se sabe su paradero y estado mental.

La consulta tiene un costo de N\$ 17.84 (diecisiete nuevos pesos 84/100 M.N.) y el área de trabajo social es la que determina si se cobra el servicio al paciente o si queda exento del pago.

11. Psicología

La única psicóloga adscrita al Hospital informó que cubre un horario de las 8:00 a las 15:00 horas, de lunes a viernes. Los lunes, miércoles y viernes atiende a los pacientes de la consulta externa -en promedio 6 personas por día-, de los cuales el 30% son menores de edad quienes para recibir la atención tienen que ingresar al Hospital y mantener contacto con los pacientes internados; los martes y jueves trabaja con los internos hospitalizados.

Sus funciones incluyen atender a pacientes de consulta externa, apoyar con estudios psicológicos el estudio de los pacientes internados, orientar a los familiares de los pacientes y realizar evaluaciones psicológicas a pacientes canalizados por otras instituciones (Procuraduría de Defensa del Menor y la Familia, instituciones pedagógicas y de los sistemas estatal y municipal para el Desarrollo Integral de la Familia).

La batería de estudios psicológicos con que se cuenta, incluye la prueba de Bender -que califica como prueba de organicidad y proyectiva-, el análisis proyectivo de los dibujos de casa, árbol y persona (H.T.P.), el test multifásico de personalidad de Minnesota, la prueba de inteligencia de Raven, los test de apercepción temática para niños y adultos (C.A.T. y T.A.T), el de frases incompletas de Sacks y las pruebas de Weschler para determinar coeficiente intelectual en niños y adultos (W.I.S.C. y W.A.I.S). Todos los instrumentos son de su propiedad.

A los pacientes de consulta externa se les proporciona psicoterapia individual de apoyo -de tipo psicoanalítico- y terapia de juego a niños. Además, se brinda orientación a los familiares respecto de la patología de sus pacientes.

Con los pacientes internados se realiza la entrevista inicial, se aplican pruebas, dependiendo del estado psicopatológico del enfermo, cuando lo solicita el psiquiatra tratante.

12. Propuestas generales del personal para optimizar el servicio

De acuerdo con los comentarios que el personal del Hospital externó en diversas ocasiones, se concluye lo siguiente:

Que el edificio que ocupan para desempeñar sus labores y para albergar a los enfermos tiene un ambiente penitenciario, y que es pequeño, razón por la cual no tiene la capacidad requerida para la gran demanda de pacientes.

Que el personal es insuficiente para el desempeño de las actividades sobre todo en el departamento de psicología, y que los médicos generales estén adscritos al Hospital las 24 horas del día y no realicen actividades que los distraigan de la atención a los pacientes psiquiátricos.

Que se implante un programa especial para atender a los pacientes agitados y a los que presenten cuadros de abstinencia, en espacios físicos adecuados y con el equipo indispensable (para terapia electroconvulsiva); asimismo que se establezca un programa de atención y tratamiento para el gran número de farmacodependientes que atienden.

Que es prioritario que las instituciones públicas de salud presten los servicios que se les solicita, como internamientos y realización de estudios de laboratorio y gabinete.

Que sería importante trabajar conjuntamente con los albergues a los que se canaliza a los pacientes, para evitar las recaídas. Asimismo que se contemple, en la ciudad de Tijuana, la creación de un lugar especial de internamiento para los menores de edad y ancianos con enfermedad mental.

Que se establezcan convenios con las instituciones correspondientes para el traslado inmediato de los pacientes extranjeros a sus países de origen.

Con un sentido preventivo, que se cree una escuela para padres y grupos de orientación a los familiares, donde se discutan temas relacionados con el desarrollo físico y mental -normal y patológico- las enfermedades que aquejan a sus pacientes y a las medidas prácticas que pueden aplicar en su domicilio para apoyar a aquéllos que han requerido internamiento.

El tratamiento que se proporciona a los pacientes debería incluir no sólo tratamiento farmacológico, sino psicoterapéutico, de recreación, laboral y pedagógico.

Que se evalúe la posibilidad de que las obras abandonadas que inicialmente estaban destinadas para el centro penitenciario de Tecate, se destinen como nosocomio psiquiátrico, para que en la Entidad Federativa se cuente con un hospital de especialidad que atienda pacientes agudos y crónicos de corta, mediana y larga estancia, que incluya servicios de hospital parcial -en sus modalidades de día, de noche y de fin de semana- y áreas para terapias físicas y de rehabilitación, psicopedagogía ludoterapia -espacios deportivos- ergoterapia -talleres y hortalizas- y dinámicas de grupo.

Que en la atención de los pacientes se apliquen más conceptos de psiquiatría social, para lo cual se comprometa a la sociedad y a las instituciones públicas y privadas a proporcionar el soporte necesario al enfermo mental. Así, sería importante que un patronato auxiliara a la institución, y que, además, algunas empresas brindaran capacitación y trabajo a algunos enfermos, ya que muchos están en condiciones de desempeñar una actividad lucrativa para mejorar su estado psicopatológico y su autoestima, e integrarse completamente a su medio familiar.

13. Entrevista a pacientes

Algunos pacientes se quejaron del hacinamiento en que se encuentran, en particular las mujeres. Señalaron la falta de ropa de cama, de toallas y de ropa de uso personal. Durante la supervisión se observó que varios pacientes -sobre todo los seniles- no usaban calcetines ni zapatos.

Muchos de los pacientes entrevistados señalaron que se aburrían por no realizar ninguna actividad durante el día; incluso alguno se autocalificó como "prisionero de los médicos", otro agregó que "aquí estamos como vegetales, no hacemos nada". Varios internos señalaron que la comida que se les proporciona es insuficiente y poco variada. Como propuestas concretas, sugirieron que en la institución cuente con una televisión y una videocasetera, con reloj y calendario, "porque aquí nunca sabemos qué está pasando afuera, ni siquiera qué día es".

Por lo que toca al trato y al tratamiento que reciben del personal, nadie expresó quejas, sólo una paciente señaló que hay un enfermero del turno nocturno que es déspota con ellas.

Se visitó la institución en horarios diversos, en uno de éstos se supervisaron las actividades que se desarrollaban en el nosocomio a las 6:30 horas del sábado. En esta oportunidad, los visitantes adjuntos de esta Comisión Nacional encontraron que la mayoría de los pacientes varones se estaban bañando; había agua caliente disponible pero no suficiente número de toallas, por lo que muchos se ponían la ropa sin secarse (la temperatura ambiente ese día era cercana a los 3 grados centígrados).

A las mujeres se les encontró en su dormitorio debido a que por haber sólo un área de regaderas deben esperar su turno para ducharse; en tanto se observó que la mayoría de las pacientes dormía por pareja; sin embargo, una durmió sobre cobijas colocadas en el piso y la otra sobre el piso sin cobijas.

Un par de familiares de los pacientes mencionaron que son adecuados el trato y el tratamiento que se proporciona a los enfermos en la institución.

14. Revisión de expedientes clínicos

El 3 de diciembre se revisaron los expedientes de los 32 pacientes que en ese día se encontraron internados en el Hospital; de este estudio se desprende que:

La población estudiada estaba conformada por 21 internos varones (65.62%), y 11 mujeres (34.37%). En relación con las edades, se observó la siguiente pirámide poblacional:

EDADES	CASOS
Menores de 18 años	1
18 - 27 años	10
28 - 37 años	14
38 - 47 años	3
48 - 57 años	2
Mayores de 57 años	2
TOTAL	32

De los 32 pacientes, en 7 de ellos su edadistricto federal fue determinada clínicamente por el personal técnico.

En lo referente a la carta de responsiva familiar, sólo se encontró en el expediente de un paciente; 31 (96.8%) carecían del documento: algunos porque no refirieron tener familiares, otros porque no se les había localizado, y en 10 casos (31.2%), aunque tenían registrados familiares, no existía este documento en sus expedientes.

Las historias clínicas fueron elaboradas en 25 expedientes (78.1%); faltaba en los restantes 7 casos (21.8%).

El diagnóstico presuntivo faltaba en un solo caso.

El psiquiatra establece el diagnóstico definitivo con los criterios contenidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (D.S.M. III-R) emitido por la Asociación Psiquiátrica Americana. Englobando en categorías tenemos:

DIAGNOSTICO	CASOS
Trastorno mental orgánico alucinatorio y/o delirante	14
Esquizofrenia	7
Retraso mental medio	3
Trastorno afectivo bipolar (maniaco)	2
Trastorno mental orgánico no especificado	2
Demencia senil	1
Delirium tremens	1
Psicosis reactiva breve	1
No tenía	1
TOTAL	32

De acuerdo con la fecha de la última nota de evolución registrada en el expediente, resulta que en 27 casos (84.37%) estaba consignada con menos de una semana de anterioridad; en 2 casos (6.25%) había sido elaborado entre una y dos semanas antes de la supervisión, y sólo en uno (3.12%) la fecha reportada superaba a las dos semanas; un paciente carecía de nota de evolución debido a que recién había ingresado, y en otro caso la nota carecía de fecha.

Por lo que toca al tratamiento psicofarmacológico, de la revisión se desprende el siguiente cuadro:

TRATAMIENTO	CASOS
Neurolépticos	15
Neuroléptico + anticomicial	12
Neuroléptico + litio	2
Anticomicial	2
Sin indicaciones farmacológicas	1
TOTAL	32

Para evaluar el trabajo interdisciplinario, se supervisó si las áreas técnicas habían realizado anotaciones en el expediente de los enfermos psiquiátricos. Psicología sólo había evaluado a un paciente; trabajo social había realizado anotaciones en 27 casos (84.37%) y enfermería en el 100% de la población.

Finalmente se revisó si los enfermos tenían antecedentes de internamiento en la institución y cuándo habían egresado. De los 32 casos, 21 (65.62%) habían estado hospitalizados con anterioridad; de éstos, 3 se habían fugado y los restantes habían egresado por mejoría clínica. Del total, 2 internos habían egresado hacía menos de un mes; 6 lo habían hecho entre uno y tres meses antes de la supervisión; 5 tenían entre tres y seis meses de egresados y en 3 casos se desconocía la fecha del último egreso, pero se consignaba en el expediente la reincidencia hospitalaria.

15. Procedencia de los internos

El área de trabajo social mostró una estadística en la que detalla la procedencia de los pacientes internados en el Hospital de enero a noviembre de 1993, y que indica que el lugar de origen de los 1254 pacientes atendidos durante este periodo es el siguiente: 358 (28.54%) son oriundos del Estado de Baja California, 832 (66.34%) de otras entidades de la República Mexicana, 35 (2.79%) son extranjeros y en 29 casos (2.31%) no se determinó el lugar de origen.

a) Pacientes mexicanos

Cabe señalar que de los 832 pacientes provenientes de otros estados de la República Mexicana, destacan por su número 124 originarios de Jalisco, 106 de Sinaloa, 99 del Distrito Federal y 96 de Sonora.

La labor que se realiza con estos pacientes incluye la difusión de sus datos generales en medios masivos de comunicación, esperando establecer

contacto con sus familiares o tutores. En los casos en que el paciente mejora y puede regresar a su comunidad, si aporta información fidedigna sobre su domicilio y no tiene los recursos necesarios, personal del nosocomio le proporciona dinero para su transportación y alimentación. Para esta labor, no se recibe apoyo de instituciones de asistencia social, del Municipio del Gobierno del Estado de Baja California ni tampoco del Estado de origen del paciente.

La encargada del departamento de trabajo social concluyó que alrededor de un 25% de los enfermos son recogidos por sus familiares o reciben de éstos recursos para el traslado a sus hogares; en otro 25%, a pesar de que se localizó a la familia, ésta rechaza al paciente y el enfermo debe ser trasladado a una institución asistencial pública o privada; un 5% regresa solo a su lugar de residencia, y el restante 45% se canaliza a albergues, debido a la no localización de parientes o tutores, o porque la información que proporcionaron estos individuos fue insuficiente o, también, porque la de búsqueda de familiares fue infructuosa.

b) Pacientes extranjeros

El personal comentó que en los registros está asentado que, desde la fundación del Hospital, se ha albergado a pacientes oriundos de diferentes continentes. Hasta noviembre de 1993 durante el año hubo 35 pacientes extranjeros: 27 (77.14%) norteamericanos, 2 chilenos, un colombiano, un cubano, un salvadoreño, un ecuatoriano, un italiano y un laosiano. Durante la visita había 2 pacientes norteamericanos y el laosiano.

El personal de trabajo social manifestó que la labor que se realiza con estos enfermos varía de acuerdo con su nacionalidad. Si la persona proviene de Estados Unidos de América, Canadá o Europa, se avisa al consulado de su país, el que se hace cargo de su traslado; no obstante, cuando el paciente no tiene características caucásicas, la canalización se dificulta, ya que es necesario demostrar la nacionalidad y la residencia de familiares en el país de origen.

En el caso del interno de Laos, inicialmente el personal del Hospital desconocía la nacionalidad del paciente. Posteriormente creyendo que era tailandés se puso en contacto con el consulado de este país localizado en la ciudad de San Diego, Estados Unidos de América; personal de ese organismo visitó al interno y determinó que era de Laos, sin embargo, no se cuenta con alguna embajada cercana de ese país que pueda apoyar a su connacional. Al respecto, la Secretaría de Gobernación informó, en un par de ocasiones, que por el momento no hay "conducción" para esta persona, es decir, que no se le podía enviar en breve a su país de residencia.

Al momento de la supervisión hospitalaria, a este paciente se le proporcionaba tratamiento farmacológico, aun cuando no hay alguien que entienda su idioma y por ende no se le brindaba atención psicoterapéutica.

El personal técnico de la institución considera que la canalización de los enfermos foráneos debería de hacerse de acuerdo con un protocolo, en beneficio del Hospital y de los pacientes.

III. OBSERVACIONES

Por lo anterior, se han comprobado anomalías que constituyen violaciones a los Derechos Humanos de los enfermos mentales internados en el Hospital Psiquiátrico Municipal de Tijuana y de las disposiciones legales que más adelante se indican:

El hecho de que en la ciudad de Tijuana, con la población estable y flotante que alberga, sólo haya un hospital psiquiátrico con un espacio suficiente para las veinticinco camas disponibles, las que además no cubren las necesidades de la población; asimismo, de acuerdo con el promedio de los pacientes hospitalares reportado por el personal, el sobrecupo es de 40%. Esta situación es contraria a los principios terapéuticos que deben regir en todo hospital, y en particular en uno que se especializa en la atención de personas con problemas mentales (evidencias 1, 2 y 13). Asimismo la institución no tiene las características adecuadas para albergar a menores de edad ni a pacientes seniles, grupos que requieren de sitios especiales que consideran sus condiciones físicas, emocionales y sociales, para ser atendidos psiquiátricamente. Los pacientes son internados por espacios de tiempo insuficientes, ya que el hospital se considera como un centro de corta estancia, que atiende a sujetos indigentes sin apoyo familiar y a pacientes agudos, sin embargo, muchos de los enfermos psiquiátricos que ingresan son pacientes crónicos que requieren apoyo por más tiempo del mes que están internados en promedio. Lo referido explica el gran número de recaídas y de abandono del tratamiento que se observó al revisar los expedientes clínicos de los pacientes internados (evidencias 2 y 12). Lo anterior constituye una transgresión a lo dispuesto en el artículo 4o, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2o, fracción I; 3o, fracción VI; 27, fracciones III y IV; 33, fracciones I, II, III; 51; 72 y 74 fracción I de la Ley General de Salud; 2o., fracción I; 3o., fracción V; 28, fracción VII; 67; 68 y 69 de la Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California; artículos 3, 4, 5, 7 y 9 de la Norma Técnica Número 144 de la Secretaría de Salud para la prestación de servicios de atención médica en Hospitales Psiquiátricos; artículos 2, 4, 6, 7 y 11 de la Norma Técnica Número 195 de la Secretaría de Salud para la prestación de

servicios de salud mental en atención primaria a la salud; artículos 2, 9, 11 y 12 de la Norma Técnica Número 196 de la Secretaría de Salud para la prestación de servicios de psiquiatría en hospitales generales y de especialidad; y del principio 14 numeral 1, incisos a, b, c y d; de los Principios para la protección de las personas que padecen enfermedades mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, aprobadas por la Organización de las Naciones Unidas.

La institución fue construida con principios arquitectónicos inadecuados para un hospital, ya que presenta características de un centro penitenciario. En el diseño de los dormitorios no se consideraron las condiciones extremas del clima de la ciudad de Tijuana. No obstante, es importante destacar la labor que ha efectuado la administración municipal actual en relación con la reestructuración y el mantenimiento de las instalaciones que actualmente se tiene, y que el personal técnico ha sido el encargado de sugerir y de conseguir los apoyos para la realización de las obras.

Pese a las acciones realizadas a favor del hospital, los espacios físicos en sus diversos servicios son reducidos, sobre todo en los dormitorios y el comedor, lo que favorece el hacinamiento y la no división de servicios sanitarios para hombres y mujeres. Asimismo, cabe también señalar el hecho de que la bodega no permanece cerrada aun cuando almacenan medicamentos psiquiátricos y a ésta tienen acceso los pacientes (evidencias 2, 5 y 12). Por todo lo anterior se está violando lo dispuesto en el artículo 2, fracción II, de la Ley General de Salud; artículos 4 y 5 de la Norma Técnica Número 144 de la Secretaría de Salud para la prestación de servicios de atención médica en Hospitales Psiquiátricos; artículo 6 de la Norma Técnica Número 196 de la Secretaría de Salud para la prestación de servicios de psiquiatría en hospitales generales y de especialidad; del principio 13 numeral 1 inciso c; numeral 2 incisos a, b, c, d; 14, numeral 1 incisos a, b, de los Principios para la protección de las personas que padecen enfermedades mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental; del numeral 4 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, aprobada por la Organización de las Naciones Unidas; y numeral 9 de la Declaración de los Derechos de los Impedidos, aprobada por la Organización de las Naciones Unidas.

En el Hospital Psiquiátrico Municipal de Tijuana se carece de programas de enseñanza, capacitación e investigación. Al respecto cabe señalar que en la actualidad se considera que las instituciones sanitarias no sólo deben proporcionar asistencia a los usuarios sino que es menester que generen estudios que beneficien a los trabajadores de la institución y a la población en general, que en buena medida podría subsanarse al integrar a los residentes

de la especialidad (evidencia 3). Por lo expuesto se está infringiendo lo establecido en los artículos 90 fracciones I a la IV; 96; 97 segundo párrafo; y 98 de la Ley General de Salud; de los artículos 82, 83 y 87 de la Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California; del artículo 18 de la Norma Técnica Número 195 de la Secretaría de Salud para la prestación de servicios de salud mental en la atención primaria a la salud; de los artículos 8 y 19 de la Norma Técnica Número 196 de la Secretaría de Salud para la Prestación de servicios de psiquiatría en hospitales generales y de especialidad.

La institución carece de lineamientos normativos específicos tales como el manual de procedimientos y el reglamento interno (evidencia 4). El primer documento tiene la finalidad de determinar el perfil de actividades que debe desarrollar el personal adscrito al Centro; el reglamento indica las prerrogativas y obligaciones de los pacientes durante su estancia. Lo anterior infringe el numeral 7 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, aprobada por la ONU, y los numerales 2, 3 y 5 de la Declaración de los Derechos de los Impedidos, aprobada por la ONU.

El personal que labora en el nosocomio es insuficiente para desarrollar las actividades mínimas necesarias para la rehabilitación en salud mental. El problema se agudiza en el área de psicología, debido a que sólo una especialista, quien utiliza los tests de su propiedad, debido a que la institución carece de dicho material. Por lo que toca al tratamiento de rehabilitación, éste es inexistente en el Hospital, debido a la falta de personal que brinde apoyo psicoterapéutico, pedagógico, de ludoterapia, de fisioterapia y/o de ergoterapia. En relación con lo anterior, cabe señalar que es conveniente que el personal adscrito al Hospital se dedique únicamente a la atención de los enfermos mentales, ya que las actividades de apoyo a la cárcel contigua consumen tiempo y trabajo que deberían estar destinados a los pacientes que, en ocasiones, permanecen solos (evidencias 2, 3, inciso b, 4, 6, 11, 12 y 13). Los recursos financieros del nosocomio son aportados por el municipio de Tijuana; la Secretaría de Salud del Estado de Baja California no apoya ni coordina el funcionamiento de la institución, tal como está establecido en la Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California, en la que se dispone que será la mencionada Dependencia la que regule los servicios médicos en general y, en particular, los relacionados con los nosocomios psiquiátricos del Estado. Parece grave que en los hospitales de la ciudad de Tijuana no se acepte a los pacientes psiquiátricos que cursen con intercurrencias médicas o que antes de un manejo psiquiátrico necesitan de una atención médica general, de especialidad distinta a la psiquiatría, o de estudios de laboratorio o gabinete. Para proporcionar recursos a este nosocomio, se carece de un patronato u otra instancia de apoyo social que aporte material o experiencias que beneficien a los pacientes internados. Sería aconsejable que los grupos de voluntariado

adscritos a las instituciones que ustedes presiden, señores destinatarios de esta Recomendación, apoyaran a este nosocomio. En relación con este punto, resulta grato reconocer la labor que realizan algunos grupos civiles, que aporta ropa, calzado y alimentos a los pacientes. Las necesidades actuales del Hospital requieren mayor vestuario y calzado para los pacientes, ropa de cama suficiente y adecuada, material para aseo, equipo audiovisual -televisión y videocasetera- y objetos diversos -calendario, reloj, libros y otros (evidencias 4, 5, 6, 12 y 13). Por todo lo anteriormente expuesto, se está vulnerando lo establecido por los artículos 1º; 15, fracción III, y 21 de la Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California; los numerales 3 y 9 de la Declaración de los Derechos de los Impedidos, proclamadas por la ONU el 9 de diciembre de 1975; el numeral 4 de la declaración de los Derechos del Retrasado Mental, proclamadas por la ONU, el 20 de diciembre de 1971, y el artículo 7º de la Norma Técnica número 144 para la prestación de servicios de atención médica en Hospitales Psiquiátricos, emitida por la Secretaría de Salud.

Algunos enfermos mentales están también aquejados de diversas discapacidades; actualmente no se les brinda el material necesario que esas limitaciones requieren (evidencia 6), por lo que se violan los artículos 1º; 2º, fracción I; 3º, fracción V; 5º; 14, fracción VI; 15, fracción III; 21; 28, fracción VII; 33; 34, fracción III; 67 y 69 fracción I, de la Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California, y 4º; 10, párrafo cuarto; 16 y 18 de la Norma Técnica número 144 para la prestación de servicios de atención médica en Hospitales Psiquiátricos, emitida por la Secretaría de Salud.

En virtud de que es de suma importancia el soporte terapéutico que la familia debe brindar a los pacientes psiquiátricos, es plausible la labor de localización que cuando se requiere, el personal del nosocomio realiza en su búsqueda; sin embargo, es necesario que estas labores sean apoyadas con los recursos que permitan incrementar el número de contactos (evidencias 7 y 15). Por otra parte, se encontró que pese a que está registrado que algunos de los pacientes tienen familia, en sus expedientes no está la carta de responsiva familiar (evidencias 5 y 14). Por todo lo anterior se transgreden los artículos 68, fracción II, de la Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California; 4º, párrafo quinto, 8º y 16 de la Norma Técnica número 144 para la prestación de servicios de atención médica en Hospitales Psiquiátricos, emitida por la Secretaría de Salud.

Para el control de los pacientes agitados, con auto o heteroagresividad o con francos intentos de suicidio, es menester contar con áreas de aislamiento y observación adecuadas e implementos -en buen estado- para realizar la sujeción física; sin embargo, el Hospital carece de las áreas y del equipo mencionado (evidencias 5 y 12), por lo que se violan los artículos 4º y 5º de la

Norma Técnica número 144 para la prestación de servicios de atención médica en Hospitales Psiquiátricos, emitida por la Secretaría de Salud.

La institución no cuenta con planes para enfrentar situaciones de contingencia (evidencia 9), por lo que se transgreden el artículo 15, fracción III, de la Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California.

Al servicio de consulta externa asiste un mínimo de pacientes citados debido a que abandonan el tratamiento, porque no reciben apoyo de sus familiares o de los albergues en donde se alojan; por la estructura del Hospital, se dispone de un reducido espacio físico; carece de una coordinación adecuada con los albergues a los cuales se traslada a la mayoría de los pacientes (evidencia 10), por lo que se violan los artículos 2º, fracción I; 8º, fracción IV; 33 y 68, fracción I, de la Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California, y el principio 14, numeral 1, inciso a de los Principios para la Protección de las Personas que Padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Salud Mental, aprobados por la ONU.

Es de vital importancia que se estudie la factibilidad de que el Estado de Baja California implante una red de atención a los problemas de salud mental, que considere actividades preventivas y curativas, así como espacios destinados a internamiento de corta, media y larga estancia. Es aconsejable disponer de otro espacio para tal fin y, en su defecto estudiar la posibilidad de aprovechar las obras abandonadas que inicialmente estaban destinadas para el centro penitenciario de Tecate y que actualmente no se ocupan. Es de suma importancia considerar que un hospital psiquiátrico moderno se construye con lineamientos especiales: áreas de internamiento amplias, talleres, áreas verdes y sitios para la práctica de actividades deportivas, recreativas y pedagógicas. Asimismo, que haya una sección específica para los servicios de hospitalización parcial (apoyo nulo en el nosocomio actual). Esta modalidad de hospitalización incluye casas de medio camino, servicios de hospital de día, de fin de semana o de noche. Inclusive, que se prevea la instalación de escuelas de capacitación para algunos oficios y talleres protegidos. Todo lo anterior se hace con la finalidad de favorecer la reinserción social de los enfermos y disminuir las recaídas. Los dos pilares fundamentales del tratamiento psiquiátrico son el soporte psicofarmacológico y la psicoterapia. Esta última no se puede proporcionar, entre otros casos, cuando el sujeto enfermo habla una lengua diferente al del especialista. Esta dificultad para la comunicación se observó con el paciente de Laos y se ha presentado con los extranjeros no hispanos. Por razones eminentemente humanitarias, es recomendable que a los extranjeros se les canalice a la brevedad posible hacia sus países de origen, con el fin de que obtengan el apoyo psicoterapéutico que requieren (evidencias 12 y 15). Todo lo anterior viola los artículos 2º, fracción I; 3º,

fracción V; 5º; 15, fracción III; 28, fracción VII, 33; 34, fracción III; 67; 68 y 69 de la Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California, y los principios 9, numeral 1; 13 y 14, numerales 1 y 2 de los Principios para la Protección de las Personas que Padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental.

En la totalidad de los expedientes clínicos de los pacientes debe haber historia clínica que incluya, entre otros apartados, el diagnóstico elaborado de acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente, aprobada por la Organización Mundial de la Salud, en virtud de que estos criterios son los únicos aprobados en México para tal efecto. En los expedientes revisados se comprobó que las notas de evolución incluyen la información mínima necesaria y que éstas han sido emitidas con la periodicidad adecuada; que los tratamientos farmacológicos están indicados con claridad, y que existen los mecanismos idóneos para el control y ministración de los psicofármacos (evidencias 8 y 14). Por lo anterior se infringen los artículos 12, 13, y 14 de la Norma Técnica número 144 para la prestación de servicios de atención médica para Hospitales Psiquiátricos emitida por la Secretaría de Salud, y 7º, 13, 14 y 17 de la Norma Técnica número 196 para la prestación de servicios de salud mental en la atención primaria a la salud, emitida por la ONU.

Asimismo, es menester que se integre un equipo de tratamiento interdisciplinario, ya que por el momento, en la mayoría de los expedientes revisados, faltan aportaciones del área de psicología (evidencias 8 y 14). Lo anterior viola los artículos 7º, 9º, 12 y 14 de la Norma Técnica número 144 para la prestación de servicios de atención médica para Hospitales Psiquiátricos, emitida por la Secretaría de Salud, y 13 de la Norma Técnica número 195 para la prestación de servicios de salud mental en la atención primaria en la salud, emitida por la Secretaría de Salud.

Por lo anteriormente expuesto, la Comisión Nacional de Derechos Humanos se permite formular a ustedes, respetuosamente, las siguientes:

IV. RECOMENDACIONES

Al Gobernador del Estado de Baja California:

PRIMERA. Que gire sus instrucciones a quien corresponda, a fin de que se estudie la posibilidad de construir, con carácter prioritario, un hospital psiquiátrico en la ciudad de Tijuana; en su defecto, que se concluyan y adecuen las obras iniciadas para un centro penitenciario en el Municipio de Tecate, y que se encuentran abandonadas. Asimismo, que el actual Hospital

Psiquiátrico Municipal de Tijuana sea modificado para brindar el servicio de consulta externa.

SEGUNDA. Que el nuevo nosocomio incluya áreas para internamiento de corta, mediana y larga estancia, así como hospitalización parcial, y que se cumpla con los lineamientos para proporcionar tratamiento óptimo a los usuarios.

TERCERA. Que en la Entidad Federativa se cuente con instalaciones especiales para albergar a enfermos mentales menores de edad y ancianos.

CUARTA. Que se promuevan las actividades de enseñanza, investigación y capacitación en los hospitales psiquiátricos de la Entidad Federativa; asimismo, que médicos en formación de la especialidad de psiquiatría realicen ahí sus prácticas.

QUINTA. Que se expidan manuales de organización y procedimientos y el reglamento interno del Hospital Psiquiátrico Municipal de Tijuana y que éstos se den a conocer al personal y a los usuarios, según corresponda.

SEXTA. Que se brinde la atención a los pacientes enfermos mentales que concomitantemente presenten alguna discapacidad o enfermedad distrito federalística y que en la medida de lo posible, se les provea de lentes y de aparatos ortopédicos y/o audiológicos.

SEPTIMA. Que el personal del Hospital sea suficiente para proporcionar el tratamiento que debe incluir, además del apoyo farmacológico, soporte psicoterapéutico, de ludoterapia, de ergoterapia y educacional, y que este personal sólo se dedique a las labores intrainstitucionales. Además, que los criterios de externación de los pacientes consideren eminentemente aspectos psicopatológicos y no de tiempo de internamiento previamente determinado, y que se mejore el seguimiento en los casos canalizados a albergues, para evitar las recaídas.

Al Presidente Municipal de Tijuana:

OCTAVA. Que se supervise el funcionamiento del Hospital y se proporcione los recursos materiales, financieros y humanos que le correspondan.

NOVENA. Que se vigile que los expedientes clínicos de los pacientes se integren con el historial clínico, la carta de responsiva familiar -cuando proceda- y que los diagnósticos sean elaborados de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, vigente.

DECIMA. Que se dote al nosocomio de suficiente vestuario, calzado y enseres de aseo personal para los pacientes que sean internados.

DECIMO PRIMERA. Que a la brevedad posible se traslade a los pacientes extranjeros a sus respectivos países de origen, y que se canalice a los pacientes connacionales a los lugares de donde procedan, cuando se contacte a sus familiares.

DECIMO SEGUNDA. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución General de la República, tiene el carácter de pública.

De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, solicito a ustedes que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, se nos haga llegar dentro del término de 15 días hábiles siguientes a esta notificación. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, solicito a ustedes que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de 15 días hábiles posteriores a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la Recomendación.

Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, solicito a ustedes que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de quince días hábiles posteriores a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la Recomendación.

La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente Recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de Derechos Humanos quedará en libertad para hacer pública precisamente esta circunstancia.

MUY ATENTAMENTE
EL PRESIDENTE DE LA COMISION