

Asunto: Acción de Inconstitucionalidad.

Promovente: María del Rosario Piedra Ibarra, Presidenta de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Suprema Corte de Justicia de la Nación.

María del Rosario Piedra Ibarra, Presidenta de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, de conformidad con lo dispuesto en el inciso g) de la fracción II del artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dentro del plazo establecido, promuevo acción de inconstitucionalidad en contra de los artículos 5, fracción X, en su porción normativa "*e involuntario*", 7, fracción V, en su porción normativa "*en el caso de internamiento involuntario*," y "*o se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente*", 49, fracción II, en su porción normativa "*o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás*", y 52 de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, expedida mediante decreto publicado el 12 de octubre de 2021 en el Periódico Oficial de esa entidad federativa.

Señalo como domicilio legal para oír y recibir todo tipo de notificaciones el ubicado en Periférico Sur 3453, Anexo B, séptimo piso, colonia San Jerónimo Lídice, demarcación territorial Magdalena Contreras, C. P. 10200, Ciudad de México.

Designo como delegadas y delegados, en términos del artículo 59, en relación con el 11, segundo párrafo, de la Ley Reglamentaria de las Fracciones I y II del Artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a Luciana Montaña Pomposo, Cecilia Velasco Aguirre, José Cuauhtémoc Gómez Hernández y a Alberto de Jesús Lara Ghenno, con cédulas profesionales números 4602032, 10730015, 2196579 y 08735629, respectivamente, que las y los acreditan como licenciadas y licenciados en Derecho; asimismo, conforme al artículo 4° de la invocada Ley Reglamentaria, autorizo para oír y recibir notificaciones a las licenciadas y los licenciados Kenia Pérez González, Marisol Mirafuentes de la Rosa, José Luis Esquivel Ruiz y Francisco Alan Díaz Cortes; así como a Paola Delgado Courrech y Abraham Sánchez Trejo.

Índice

I. Nombre de la promovente.....	3
II. Órganos legislativo y ejecutivo que emitieron y promulgaron las normas generales impugnadas.....	3
III. Normas generales cuya invalidez se reclama y el medio oficial en que se publicaron.....	3
IV. Preceptos constitucionales y convencionales que se estiman violados:	4
V. Derechos fundamentales que se estiman violados:.....	4
VI. Competencia.....	5
VII. Oportunidad en la promoción.	5
VIII. Legitimación de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos para promover la acción de inconstitucionalidad.....	6
IX. Introducción.....	6
X. Concepto de invalidez.....	7
ÚNICO.....	7
A. Contexto de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental	11
B. Derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad	14
C. Derecho al reconocimiento de la personalidad y capacidad jurídicas de las personas con discapacidad	22
D. Derecho a la protección de la salud y al consentimiento informado de las personas que viven con algún tipo de discapacidad	29
E. Análisis concreto de las normas a la luz del parámetro de control de la regularidad constitucional vigente.....	40
1. Salud mental: los trastornos mentales y de comportamiento como una forma de discapacidad.....	41
2. Internamiento conforme a la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla	45
3. Inconstitucionalidad de las normas impugnadas.....	48
3.1. Inconstitucionalidad del internamiento involuntario	48
3.2. Transgresión al consentimiento informado de cualquier tratamiento médico de las personas con discapacidad.....	55
3.3. Invalidez de las porciones impugnadas de los artículos 49 y 52 de la ley por lenguaje discriminatorio.....	63
XI. Cuestiones relativas a los efectos.....	71
A N E X O S	71

A efecto de dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 61 de la ley que regula este procedimiento manifiesto:

I. Nombre de la promovente.

María del Rosario Piedra Ibarra, en mi calidad de Presidenta de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

II. Órganos legislativo y ejecutivo que emitieron y promulgaron las normas generales impugnadas.

A. Congreso del Estado Libre y Soberano de Puebla.

B. Gobernador del Estado de Puebla.

III. Normas generales cuya invalidez se reclama y el medio oficial en que se publicaron.

Artículos 5, fracción X, en su porción normativa “*e involuntario*”, 7, fracción V, en sus porciones normativas “*en el caso de internamiento involuntario,*” y “*o se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente*”, 49, fracción II, en su porción normativa “*o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás*”, y 52 de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, expedida mediante decreto publicado el 12 de octubre de 2021 en el Periódico Oficial esa entidad federativa, cuyo texto es el siguiente:

“Artículo 5. Son principios de la Ley:

I a IX (...)

X.- Tratamiento voluntario e involuntario en entornos hospitalarios;

XI a XIV (...)

Artículo 7. Son derechos de las personas que padezcan un trastorno mental y del comportamiento:

I a IV (...)

V. Consentimiento informado de la persona o su representante, en relación al tratamiento a recibir. Sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de caso urgente o se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente;

Artículo 49. El ingreso de las personas usuarias a las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica podrá ser voluntario, de emergencia o por orden de autoridad competente y se ajustará a los procedimientos siguientes:

I.- (...)

II. El ingreso de emergencia se presenta en el caso de personas con trastornos mentales y del comportamiento severos que requieran atención urgente o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás requiere la indicación de un médico psiquiatra y la autorización de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso necesario, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad Hospitalaria. En cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento, para que, en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario, y

III. (...)

Artículo 52. Será involuntario el internamiento, cuando por encontrarse la persona impedida para solicitarlo por sí misma, por incapacidad transitoria o permanente, sea solicitado por un familiar, tutor, representante legal o, a falta de los anteriores, otra persona interesada, que en caso de urgencia solicite el servicio y siempre que exista la intervención de un médico calificado, que determine la existencia de un trastorno mental y del comportamiento y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros.

La decisión de internar a una persona deberá ser notificada a su representante, así como a la autoridad judicial.

El internamiento involuntario será revisado por la autoridad judicial a petición de la persona internada o de su representante. La resolución de la autoridad judicial deberá estar fundada en dictamen pericial y, en caso de que se resuelva la terminación del internamiento, deberá establecer un plazo para que se ejecute la misma. En todo caso, durante dicho procedimiento deberá garantizarse la defensa de los intereses de la persona internada."

IV. Preceptos constitucionales y convencionales que se estiman violados:

- 1º, 4 y 14 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 1, 4, 5, 12, 14 y 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- 7 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.
- II y III de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

V. Derechos fundamentales que se estiman violados:

- Derecho a la igualdad y no discriminación.
- Derecho al reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones.

- Derecho a la libertad personal.
- Derecho a la integridad personal.
- Derecho a la salud.
- Derecho al consentimiento informado en atención médica.
- Principio de dignidad humana.

VI. Competencia.

Esa Suprema Corte de Justicia de la Nación es competente para conocer de la presente acción de inconstitucionalidad, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 105, fracción II, inciso g), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 10, fracción I, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación; y 1 de la Ley Reglamentaria de las Fracciones I y II del Artículo 105 de la Constitución Federal, toda vez que se solicita la declaración de inconstitucionalidad de las disposiciones precisadas en el apartado III del presente ocurso.

VII. Oportunidad en la promoción.

El artículo 105, fracción II, segundo párrafo, de la Constitución General de la República, así como el diverso 60¹ de la Ley Reglamentaria de las Fracciones I y II del precepto constitucional indicado, disponen que el plazo para la presentación de la demanda de acción de inconstitucionalidad es de treinta días naturales, contados a partir del día siguiente al de la publicación de la norma impugnada.

En el caso, las normas cuya inconstitucionalidad se demanda se fueron expedidas mediante decreto publicado en el Periódico Oficial del Estado de Puebla el 12 de octubre de 2021, por lo que el plazo para promover el presente medio de control constitucional corre del miércoles 13 del mismo mes y año al jueves 11 de noviembre de la presente anualidad, por lo que al promoverse el día de hoy la acción es oportuna.

¹ “**Artículo 60.** El plazo para ejercitar la acción de inconstitucionalidad será de treinta días naturales contados a partir del día siguiente a la fecha en que la ley o tratado internacional impugnado sean publicados en el correspondiente medio oficial. Si el último día del plazo fuese inhábil, la demanda podrá presentarse el primer día hábil siguiente. (...).”

VIII. Legitimación de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos para promover la acción de inconstitucionalidad.

El artículo 105, fracción II, inciso g)², de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dispone que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos está facultada para plantear la posible inconstitucionalidad de normas generales que vulneren los derechos humanos consagrados en la Constitución y en los tratados internacionales de los cuales México es parte, respecto de legislaciones federales y de las entidades federativas.

Conforme a dicho precepto constitucional, acudo ante ese Alto Tribunal en mi calidad de Presidenta de este Organismo Autónomo, en los términos del artículo 11 de la Ley Reglamentaria de las Fracciones I y II del Artículo 105 de la Constitución Federal, aplicable en materia de acciones de inconstitucionalidad conforme al diverso 59 del mismo ordenamiento legal. La facultad de representación se encuentra prevista en el artículo 15, fracción XI,³ de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

IX. Introducción.

Los problemas que actualmente enfrenta nuestro país requieren para su atención una transformación de sus instituciones públicas. Por ello, la Comisión Nacional de

² “**Artículo 105.** La Suprema Corte de Justicia de la Nación conocerá, en los términos que señale la ley reglamentaria, de los asuntos siguientes: (...)

II. De las acciones de inconstitucionalidad que tengan por objeto plantear la posible contradicción entre una norma de carácter general y esta Constitución.

Las acciones de inconstitucionalidad podrán ejercitarse, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de publicación de la norma, por: (...)

g) La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en contra de leyes de carácter federal o de las entidades federativas, así como de tratados internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que vulneren los derechos humanos consagrados en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte. Asimismo, los organismos de protección de los derechos humanos equivalentes en las entidades federativas, en contra de leyes expedidas por las Legislaturas; (...).”

³ “**Artículo 15.** El Presidente de la Comisión Nacional tendrá las siguientes facultades y obligaciones: (...)

XI. **Promover las acciones de inconstitucionalidad**, en contra de leyes de carácter federal, estatal y del Distrito Federal, así como de tratados internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que vulneren los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte, y (...).”

los Derechos Humanos (CNDH) busca acercarse a quienes más lo necesitan y recuperar así la confianza de las personas.

La tarea de la CNDH es y siempre será velar por la defensa de los derechos humanos de todas las personas. En ese sentido, está comprometida a vigilar que se respeten los tratados internacionales, la Constitución y las leyes emanadas de la misma.

Nuestra Norma Fundamental dotó a esta Institución para promover ante esa Suprema Corte de Justicia de la Nación acciones de inconstitucionalidad como garantía constitucional que sirve para velar por un marco jurídico que proteja los derechos humanos y evitar su vulneración por las leyes emitidas por los Congresos federal y/o locales.

El ejercicio de esta atribución no busca, en ningún caso, confrontar o atacar a las instituciones ni mucho menos debilitar nuestro sistema jurídico sino, por el contrario, su objetivo es consolidar y preservar nuestro Estado de Derecho, defendiendo la Constitución y los derechos humanos por ella reconocidos. De esta manera, la finalidad pretendida es generar un marco normativo que haga efectivo el respeto a los derechos y garantías fundamentales.

Así, la presente acción de inconstitucionalidad se encuadra en un contexto de colaboración institucional, previsto en la Norma Suprema con la finalidad de contribuir a que se cuente con un régimen normativo que sea compatible con el parámetro de regularidad constitucional en materia de derechos humanos.

X. Concepto de invalidez.

ÚNICO. La Ley de Salud Mental del Estado de Puebla tiene el objeto de reconocer el derecho a la salud mental y el establecimiento de mecanismos para su garantía. Para tal efecto, regula las bases y modalidades para proporcionar el acceso a los servicios de salud en esa materia, norma los mecanismos adecuados para la sensibilización, promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y fomento de la salud mental, asimismo, busca garantizar y promover el respeto y protección efectiva de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.

Atento a lo anterior, tal regulación normativa involucra a las personas que viven con alguna alteración de la salud mental, las cuales forman parte del universo de

las discapacidades intelectual, mental y/o psicosocial. Consecuentemente, el ordenamiento debe ser analizado a la luz del modelo social de la discapacidad propuesto por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En ese sentido, el mencionado cuerpo legal prevé en sus artículos 5, fracción X, y 52 la posibilidad de que las personas con esa condición puedan ser internadas de forma involuntaria en centros hospitalarios. El mencionado sistema de internamiento se fundamenta en el modelo médico-rehabilitador y proteccionista, el cual permite sustituir la voluntad de aquellas que viven con alguna discapacidad intelectual, mental o psicosocial respecto de la decisión concerniente a su salud, vulnerando los derechos de reconocimiento de la capacidad jurídica, así como de libertad de las personas que viven con algún tipo de discapacidad.

En esa misma línea, el artículo 7, fracción V, de la Ley referida, permite exceptuar el consentimiento libre e informado en caso de internamiento involuntario y cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender sus necesidades, lo cual transgrede los derechos a la salud, a la dignidad y a la vida privada, así como al derecho a recibir información médica.

Finalmente, los artículos 49, fracción II, y 52, primer párrafo, en las porciones normativas impugnadas, constituyen medidas legislativas que perpetúan estigmas en torno a las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental, toda vez que parten de una premisa basada en la “*peligrosidad*” de dicho sector.

En el presente concepto de invalidez se exponen los argumentos por los cuales se considera que las disposiciones precisadas en el apartado III del presente curso conculcan los derechos de igualdad y no discriminación, reconocimiento de la capacidad jurídica en igualdad de condiciones, de libertad, a la salud y al consentimiento informado de las personas con discapacidad.

Previo a la exposición del parámetro de control de regularidad constitucional que – a juicio de esta Comisión Nacional– resulta aplicable, así como de los argumentos que evidencian la incompatibilidad de las normas impugnadas a la luz de dicho estándar, resulta necesario fijar de forma preliminar el sentido de la presente impugnación.

Para dar inicio al presente preámbulo, se estimar pertinente referir que el pasado 12 de octubre del presente año, se publicó en el Periódico Oficial del Estado de Puebla la Ley de Salud Mental de la entidad, con la finalidad de contar con un ordenamiento exhaustivo para la protección del derecho a la salud mental, conforme a los criterios nacionales e internacionales aplicables.⁴

Del análisis del decreto aludido, se desprende que una de las principales finalidades que persiguió el legislador poblano fue la atención de los problemas a la salud mental que se presentaron en las personas derivado del confinamiento como medida para evitar la propagación del virus SARS CoV-2 (COVID - 19).

En esa línea, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos reconoce la intención del legislador de actualizar los ordenamientos jurídicos locales a las exigencias y necesidades que imperan en la sociedad poblana en un tema tan importante y de necesaria atención como es la salud mental; no obstante, a consideración de esta Institución Autónoma, la ley en comento contiene vicios de inconstitucionalidad ya que persiste en sustentar el modelo médico - rehabilitador de la discapacidad, específicamente al reconocer el internamiento involuntario de las personas que viven con algún trastorno mental y de comportamiento.

Lo anterior, ya que continúa basándose en una visión proteccionista y excluyente de las personas que viven con alguna discapacidad intelectual, mental y/o psicosocial, lo cual es opuesto al modelo social de la discapacidad que impera en nuestro sistema jurídico desde la ratificación y entrada en vigor la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Apuntado lo anterior, y por los diversos temas que serán analizados en el presente medio de control de la constitucionalidad, conviene precisar la forma en que será estructurado el concepto de validez planteado por este Organismos Nacional.

Así, la presente impugnación tendrá como punto de partida el análisis del contexto histórico y situacional de las personas que viven con alguna discapacidad intelectual, mental y/o psicosocial, lo cual develará la continua vulneración de sus derechos humanos.

⁴ Véase los considerandos del decreto del Honorable Congreso del Estado, por el que se expide la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, páginas 2-13, consultable en: http://periodicooficial.puebla.gob.mx/media/k2/attachments/T_6_12102021_C.pdf

Luego, para sostener la invalidez propuesta, en los primeros apartados, se abordará de manera sintética el contenido de los derechos humanos que se estiman vulnerados, para posteriormente analizar su trasgresión por parte de las normas impugnadas.

En este último punto, se explicará que los trastornos mentales y de comportamiento forman parte del universo reconocido como una discapacidad y, en consecuencia, todas las medidas legislativas que afecten la esfera jurídica de las personas que vivan con alguna diversidad intelectual, mental y/o psicosocial (en adelante se les referirá únicamente como personas con discapacidad o PcD) deben ser analizadas a la luz del paradigma que rige a esa materia y de los derechos humanos reconocidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante la Convención).

Posteriormente, se explicarán las tipologías del internamiento en el estado de Puebla, particularmente de aquél que no exige su consentimiento, con el pretexto de que se encuentran impedidas para solicitarlo por sí misma por una *incapacidad transitoria o permanente* y que *existe un peligro grave para sí mismo o para los demás*, es inadmisibles en nuestro sistema jurídico por considerar *ipso facto* a esas personas como peligrosas por vivir con alguna discapacidad intelectual, mental y/o psicosocial, propiciando la estigmatización de ese sector de la población y vulnerando su derecho al reconocimiento de la capacidad jurídica en igualdad de condiciones de los demás, a la libertad personal, así como a la salud y al consentimiento informado, reconocidos por la Convención.

Enseguida, se abundará sobre las normas que prevén salvedades injustificadas para la protección y reconocimiento del derecho al consentimiento informado a recibir atención médica, lo que se constituye como una violación a la libertad personal, a la dignidad y la vida privada, así como al derecho al acceso a la información, pues el consentimiento informado es un elemento fundamental en todo tratamiento médico.

Finalmente se desarrollarán los razonamientos por los que este Organismo Nacional estima que al establecer el legislador local que el internamiento de urgencia tendrá lugar cuando una persona con discapacidad que *represente un riesgo inmediato para sí misma o para los demás* fomenta la estigmatización de ese sector de la población por situarlas en un estado de *peligrosidad*, lo cual vulnera el derecho a la dignidad humana, así como a la igualdad y no discriminación

A. Contexto de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental

Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos considera trascendental presentar a ese Máximo Tribunal Constitucional el contexto *grosso modo* de las personas en situación de discapacidad psicosocial, intelectual y mental en territorio mexicano.

Primeramente, se destaca que la discapacidad psicosocial es una de las más olvidadas y debatidas, misma que está considerada como “invisible” debido a que no se puede detectar a simple vista. Ejemplo de ellas son la depresión o la esquizofrenia, las cuales generan discapacidad psicosocial al limitar el desarrollo de actividades cotidianas tales como estudiar, levantarse para ir a trabajar, cuidar a las hijas o hijos, entre otras⁵.

En ese sentido, en México no hay estadísticas sobre la cantidad de personas con discapacidad psicosocial debido a que no está adecuadamente diagnosticada y porque **el estigma social causa, muchas veces, que estas personas sean ocultadas por sus propias familias**⁶.

Al respecto, esta Comisión Nacional advierte que, de acuerdo con los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el Censo de Población y Vivienda 2020⁷, en México el 16.5% (20 838 108)⁸ de la población tiene discapacidad, limitación en la actividad cotidiana o con algún problema o condición mental. Ahora bien, del mencionado porcentaje se desglosan las siguientes cifras:

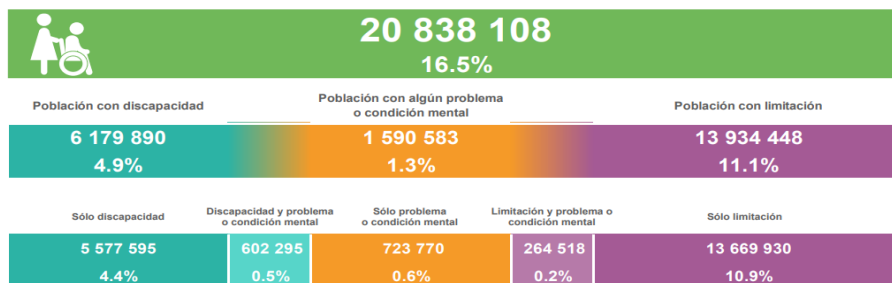
⁵ Arabian Couttolenc Myriam, “Discapacidad psicosocial: “invisible” en México”, Revista de Derechos Humanos “Defensor”, México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, año VIII, Número 11, noviembre de 2010, p. 6

⁶ *Ídem*.

⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Presentación de Resultados del Censo de Población y Vivienda 2020, disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/Censo2020_Principales_resultados_EUM.pdf [Consultado el 09/11/2021].

⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Presentación de Resultados del Censo de Población y Vivienda 2020, *Óp. Cit.*, p. 53.

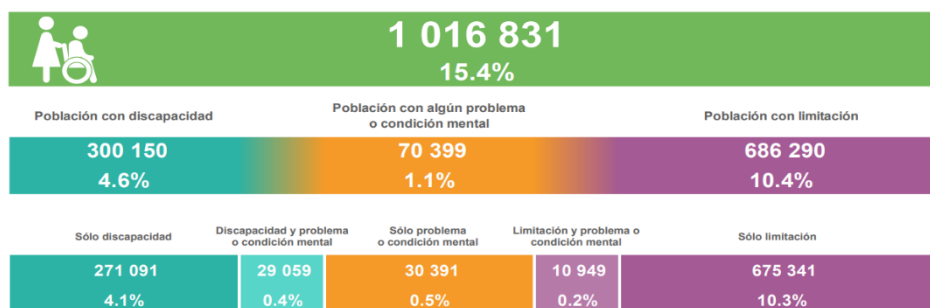
POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, CON LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD COTIDIANA O CON ALGÚN PROBLEMA O CONDICIÓN MENTAL



Fuente: INEGI

Del total de la población con discapacidad según el Censo de Población y Vivienda 2020, el 15% (1 016 831) radica en el estado de Puebla⁹, el cual se desglosa en la siguiente tabla:

POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, CON LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD COTIDIANA O CON ALGÚN PROBLEMA O CONDICIÓN MENTAL



Nota: La suma de los porcentajes puede diferir debido al redondeo.

Fuente: INEGI.

M É X I C O

De los anteriores datos, esta Institución Nacional considera que tales cifras no permiten conocer con exactitud a la población mexicana que presenta alguna discapacidad psicosocial, intelectual o mental, con lo cual se corrobora que, en

⁹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Presentación de Resultados del Censo de Población y Vivienda 2020- Puebla, p. 53, disponible en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020_pres_res_pue.pdf
 [Consultado el 09/11/2021].

efecto, existe un sesgo respecto a este sector de la población, mismo que resulta de los estigmas, estereotipos y prejuicios en torno a dicho colectivo.

Toda vez que, las personas con discapacidad psicosocial, intelectual, mental han enfrentado –históricamente– situaciones de marginación, exclusión y, en consecuencia, de discriminación, mismo que se refleja desde la concepción de “*los locos*” como seres poseídos por fuerzas o poderes sobrenaturales, hasta la asociación de los trastornos mentales como pecados, vicios y crímenes, cuyas conductas han sido consideradas como desviaciones de las normas y comportamientos sociales aceptables, y a quienes la presentan, un peligro tanto para sí mismo como para la sociedad¹⁰.

Desde tal conceptualización, resulta indiscutible que los diferentes contextos históricos y culturales se haya tratado de aislar, de controlar e incluso, de exterminar, a aquellas personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental por una valoración de su comportamiento que se juzga o juzgaba como transgresor de los límites del orden dominante establecido¹¹.

Así, la prevalencia de esos estigmas, estereotipos y prejuicios en torno a las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental permiten que se siga limitando su autonomía, así como rechazarlas e incluso agredirlas no solo por la sociedad sino por instituciones prestas a diagnosticar lo que perciben, a invadir su *psique* con definiciones unívocas, terapias o fármacos¹².

De lo anterior se desprende que las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental se encuentran dentro de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad, debido al rechazo y temor hacia este grupo, a consecuencia de un estigma **histórico ocasionado por una sociedad que hace a un lado e invisibiliza a quienes no cumplen con los “estándares de normalidad” generalmente aceptados, lo que evidencia una sociedad que no acepta la diversidad**¹³.

¹⁰ María Teresa Fernández, “La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, Revista de Derechos Humanos “Dfensor”, México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, año VIII, Número 11, noviembre de 2010, p. 11.

¹¹ María Teresa Fernández, “La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, *Óp. Cit.*, p. 12.

¹² *Ídem*.

¹³ Mercedes Torres Lagarde, “Desarrollo de estándares internacionales en materia de salud mental”, Revista de Derechos Humanos “Dfensor”, México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, año VIII, Número 11, noviembre de 2010, p. 25.

El indicado contexto no solo impide el pleno goce de sus derechos humanos, sino que también las y los hace presa fácil de todo tipo de abusos y violaciones graves y sistemáticas de sus prerrogativas fundamentales.

Por lo tanto, la realidad en la que viven las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental es alarmante; de ahí la importancia de informar, concientizar y sensibilizar a toda la población sobre su situación. La mayoría de las personas en estas circunstancias son internadas en instituciones psiquiátricas en contra de su voluntad y sin que medie un procedimiento judicial, quedando abandonadas por años, y hasta de por vida, en condiciones infrahumanas¹⁴.

Así, esta forma de entender o acercarse a las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental tiene como resultado la perpetuación de la discriminación al prestarle al mencionado grupo social servicios en un ambiente segregado que impide su inclusión e incorporación en la comunidad y que, incluso, representa negarles el derecho a una vida digna y a su integridad personal.

Por las anteriores consideraciones, esta Comisión Nacional considera importante que ese Alto Tribunal Constitucional tome en consideración la realidad y contexto social de marginación y discriminación en que ha vivido las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental, mismo que les ha desconocido su dignidad humana y el ejercicio pleno de sus derechos humanos.

B. Derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad

A efecto de abordar el contenido del derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad, se iniciará con el desarrollo en lo general de los alcances de la mencionada prerrogativa fundamental.

El artículo 1º de la Constitución Federal reconoce que todas las personas gozan de los derechos reconocidos en su propio texto y en el de los tratados internacionales de los que México es parte.

Asimismo, establece la prohibición de discriminar en razón del origen étnico o nacional, el género, la edad, **las discapacidades**, la condición social, **las condiciones de salud**, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o por

¹⁴ *Ídem*.

cualquier otro motivo que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Esta prohibición de discriminación es extensiva a todas las autoridades del Estado, en sus respectivos ámbitos de competencia.

De esta manera, el principio de igualdad y no discriminación permea todo el ordenamiento jurídico. Todo tratamiento que resulte discriminatorio respecto del ejercicio de cualquiera de los derechos reconocidos en la Constitución es *per se* incompatible con la misma.¹⁵

De forma particular, en el ámbito legislativo el creador de la norma tiene el deber de cuidar el contenido de las leyes, de manera que las palabras y oraciones utilizadas no conduzcan a una desigualdad o discriminación. Es decir, el deber de cuidado a cargo del legislador impone velar por el contenido de las normas jurídicas que formula para no incurrir en un trato diferenciado injustificado.¹⁶

Es importante recordar que no toda diferencia en el trato hacia una persona o grupo de personas es discriminatoria. Es decir, son jurídicamente diferentes la distinción y la discriminación. La distinción es razonable y objetiva, mientras que la segunda constituye una diferencia arbitraria que redundaría en el detrimento de los derechos humanos de una persona.¹⁷

Así, resulta contraria al parámetro de regularidad constitucional toda situación que, por considerar superior a un determinado grupo, conduzca a tratarlo con algún privilegio, o que, inversamente, por considerarlo inferior, sea tratado con hostilidad o de cualquier forma se le discrimine del goce de derechos que sí se reconocen a quienes no se consideran incurso en tal situación.¹⁸

¹⁵ Véase la tesis de jurisprudencia P./J. 9/2016 (10a.) del Pleno de esa Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 34, septiembre de 2016, Tomo I, p. 112, de rubro: "**PRINCIPIO DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN. ALGUNOS ELEMENTOS QUE INTEGRAN EL PARÁMETRO GENERAL.**"

¹⁶ Véase la tesis 2a. XII/2017 (10a.) de la Segunda Sala de esa Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 40, marzo de 2017, Tomo II, p. 1389, de rubro: "**DISCRIMINACIÓN. OBLIGACIÓN DEL LEGISLADOR DE NO USAR PALABRAS QUE GENEREN ESE EFECTO.**"

¹⁷ Véase la tesis de jurisprudencia P./J. 9/2016 (10a.), nota 17 *supra*.

¹⁸ *Ídem*.

Ese Alto Tribunal ha sostenido reiteradamente que el derecho fundamental a la igualdad reconocido en la Constitución Federal no implica establecer una igualdad unívoca ante las diferentes situaciones que surgen en la realidad, sino que se refiere a una igualdad de trato ante la ley. Esto es, que el emisor de la norma puede prever situaciones fácticas que requieren un trato diferente. Sin embargo, éste debe sustentarse en criterios razonables y objetivos que lo justifiquen, sin dejarlo al capricho o voluntad del legislador.¹⁹

El desarrollo jurisprudencial de ese Tribunal Constitucional ha dilucidado que no solo se otorga a las personas la garantía de que serán iguales ante la ley, sino también en la ley misma, es decir, en relación con el contenido de ésta, por lo que en algunas ocasiones hacer distinciones estará vedado, mientras que en otras estará permitido o incluso constitucionalmente exigido. Por lo anterior, en los casos en que la ley distingue entre dos o varios hechos, sucesos, personas o colectivos, debe analizarse si dicha distinción descansa en una base objetiva y razonable o si, por el contrario, constituye una discriminación constitucionalmente vedada.²⁰

Asimismo, ese Tribunal Pleno ha sostenido que las razones de exclusión no sólo surgen por las desigualdades de hecho, sino también por **complejas prácticas sociales, económicas e, incluso, prejuicios y sistemas de creencias que desplazan a grupos de ámbitos en los que de un modo u otro están insertos.**²¹

Si bien el principio de igualdad no implica que todas las personas deban encontrarse en todo momento y en cualquier circunstancia en absoluta igualdad, lo cierto es que el mismo hace referencia a la situación en la cual todos aquellos individuos ubicados en escenarios de hecho similares reciban siempre el mismo trato; por tanto, toda diferencia en el tratamiento a las personas que se encuentren en las mismas circunstancias y no exista justificación razonable para tal distinción, será discriminatoria.

¹⁹ Tesis aislada 1a. CXXXVIII/2005, de la Primera Sala de esa Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXII, noviembre de 2005, p. 40, del rubro: **“IGUALDAD. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE ESTE PRINCIPIO.”**

²⁰ Tesis de jurisprudencia 1a./J. 55/2006, de la Primera Sala de esa Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXIV, septiembre de 2006, p. 75, de rubro: **“IGUALDAD. CRITERIOS PARA DETERMINAR SI EL LEGISLADOR RESPETA ESE PRINCIPIO CONSTITUCIONAL.”**

²¹ Amparo directo en revisión 466/2011, resuelto en sesión de 23 de febrero de 2015, por el Tribunal Pleno, por mayoría de siete votos, bajo la Ponencia del Ministro Jorge Mario Pardo Rebolledo. Secretario: Hugo Alberto Macías Beraud.

Como esa Suprema Corte de Justicia de la Nación ha sostenido, el derecho humano a la igualdad jurídica ha sido tradicionalmente interpretado y configurado en el ordenamiento jurídico mexicano a partir de dos principios:

- **Igualdad ante la Ley:** obliga, por un lado, a que las normas jurídicas sean aplicadas de modo uniforme a todas las personas que se encuentren en una misma situación y, a su vez, a que los órganos materialmente jurisdiccionales no puedan modificar arbitrariamente sus decisiones en casos que compartan la misma *Litis* salvo cuando consideren que debe apartarse de sus precedentes, momento en el que deberán ofrecer una fundamentación y motivación razonable y suficiente.
- **Igualdad en la Ley:** opera frente a la autoridad materialmente legislativa y tiene como objetivo el control del contenido de la norma jurídica a fin de evitar diferenciaciones legislativas sin justificación constitucional o violatorias del principio de proporcionalidad en sentido amplio.²²

Adicionalmente, ese Tribunal Constitucional ha sustentado que la igualdad es un principio adjetivo que se predica siempre de algo y que, por tanto, se define y actualiza progresivamente a través del tiempo y a la luz de una multiplicidad de factores sociales, culturales, económicos, políticos, entre otros.²³

En el ámbito internacional, el artículo 24 de la Convención Americana prohíbe la discriminación de derecho, no sólo en cuanto a los derechos contenidos en dicho tratado, sino en lo que respecta a todas las leyes que apruebe el Estado y a su aplicación; es decir, si un Estado establece en su derecho interno disposiciones que resulten discriminatorias, incumple con la obligación establecida en el artículo 1.1 y el derecho sustantivo en cuestión. Si, por el contrario, la discriminación se refiere a una protección desigual de la ley interna o su aplicación, el hecho debe analizarse a la luz del artículo 24 de la Convención Americana en relación con las categorías protegidas por el citado artículo.²⁴

²² Tesis de jurisprudencia 1a./J. 124/2017 (10a.) de la Primera Sala de esa Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en el Semanario Judicial de la Federación, Libro 49, diciembre de 2017, Tomo I, p. 156, del rubro: “**DERECHO HUMANO A LA IGUALDAD JURÍDICA. SU ÁMBITO MATERIAL DE VALIDEZ A PARTIR DE LA REFORMA CONSTITUCIONAL PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 10 DE JUNIO DE 2011.**”

²³ *Ídem.*

²⁴ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Duque vs Colombia, Sentencia de Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, 26 de febrero de 2016, párrafo 91.

En esa tesitura, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en la Opinión Consultiva 18/03, sostuvo que el principio de igualdad ante la ley y no discriminación pertenece al *ius cogens*, puesto que sobre él descansa todo el andamiaje jurídico del orden público nacional e internacional y es un principio fundamental que permea todo ordenamiento jurídico.

Hoy día no se admite ningún acto jurídico que entre en conflicto con dicho principio fundamental, en tanto no se admiten tratos discriminatorios en perjuicio de ninguna persona por motivos de género, raza, color, idioma, religión o convicción, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, nacionalidad, edad, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento o cualquier otra condición.²⁵

Así, el Tribunal regional consideró que la noción de igualdad se desprende directamente de la unidad de naturaleza del género humano y es inseparable de la dignidad esencial de la persona, frente a la cual es incompatible toda situación que, por considerar superior a un determinado grupo, conduzca a tratarlo con privilegio; o que, a la inversa, por considerarlo inferior, lo trate con hostilidad o de cualquier forma lo discrimine del goce de derechos que sí se reconocen a quienes no se consideran incursos en tal situación.

Una vez sentadas las bases en lo general del derecho humano a la igualdad y no discriminación, es menester hacer referencia a la trascendencia del mismo respecto a las personas en situación de discapacidad.

El artículo 5 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad²⁶ reconoce el derecho a la igualdad y no discriminación, los cuales **están**

²⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Opinión Consultiva 18/03 “Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados”, párr. 101.

²⁶ **Artículo 5. Igualdad y no discriminación**

1. Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.
2. Los Estados Partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo.
3. A fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación, los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables.
4. No se considerarán discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas específicas que sean necesarias para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad.”

intrínsecamente conectados con la dignidad humana, misma que es la piedra angular de todos los derechos humanos.

Al respecto, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha sostenido en la Observación General Número 6²⁷ que la igualdad y la no discriminación constituyen el núcleo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y son evocados sistemáticamente en su articulado, con el uso reiterado de la expresión “*en igualdad de condiciones con las demás*”, que vincula todos los derechos sustantivos de la referida Convención con el principio de no discriminación.

Asimismo, el mencionado Comité sostiene que la igualdad de oportunidades, como principio general de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad –en virtud de su propio artículo 3– constituye un paso importante en la transición de un modelo de igualdad formal a uno de igualdad sustantiva²⁸.

Por tanto, la igualdad inclusiva es un nuevo modelo que se desarrolla en la integridad de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el cual abarca una igualdad sustantiva, ampliando el contenido de ésta en las siguientes dimensiones:

- a) una dimensión redistributiva justa para afrontar las desventajas socioeconómicas;
- b) **una dimensión de reconocimiento para combatir el estigma, los estereotipos, los prejuicios y la violencia, y para reconocer la dignidad de los seres humanos y su interseccionalidad;**
- c) una dimensión participativa para reafirmar el carácter social de las personas como miembros de grupos sociales y el reconocimiento pleno de la humanidad mediante la inclusión en la sociedad; y
- d) una dimensión de ajustes para dar cabida a la diferencia como aspecto de la dignidad humana.²⁹

²⁷ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General Número 6 “*Sobre la igualdad y no discriminación*”, CRPD/C/GC/6, del 26 de abril de 2018, párr. 7.

²⁸ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General Número 6 “*Sobre la igualdad y no discriminación*”, *Óp. Cit.*, párr. 10.

²⁹ *Cfr.* Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General Número 6 “*Sobre la igualdad y no discriminación*”, *Óp. Cit.*, párr. 11.

De lo anterior se desprende que la Convención sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad incorpora un modelo de discapacidad basado en los derechos humanos, el cual tiene como eje toral el reconocimiento y protección a la dignidad humana de las personas en situación de discapacidad a efecto de reconocer la diversidad funcional.

Además, se enfatiza la interpretación del artículo 5.1 de la indicada Convención realizada por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en la cual se sostiene que la expresión “*igualdad ante la ley*” implica el derecho de las personas a la igualdad de trato por la ley y en la aplicación de la misma, mientras que la expresión “*igualdad en virtud de la ley*” significa que no deben existir leyes que permitan denegar, restringir o limitar específicamente los derechos de las personas en situación de discapacidad y deben incorporarse las consideraciones relativas a la discapacidad en todas las leyes y políticas³⁰.

Por su parte la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad en su preámbulo, puntualiza que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas; y que estos derechos, incluido el de no verse sometidos a discriminación fundamentada en la discapacidad, dimanar de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano.

Asimismo, en términos de artículo 2 de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, ésta tiene por objeto a prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.

De tal manera que, en términos de los mencionados instrumentos internacionales, se desprende que los Estados partes tienen la obligación de adoptar medidas positivas **para revertir o cambiar situaciones discriminatorias existentes en sus sociedades**, en perjuicio de determinado grupo de personas³¹.

³⁰ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General Número 6 “*Sobre la igualdad y no discriminación*”, *Óp. Cit.*, párr. 14.

³¹ *Cfr.* Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados. Opinión Consultiva OC-18/03 de 17 de septiembre de 2003. Serie A No. 18, párr. 104, y Caso de los Empleados de la Fábrica de Fuegos de Santo Antônio de Jesus Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 15 de julio de 2020. Serie C No. 407, párr. 186.

Es decir, es obligación de los Estados partes debe propender por la inclusión de las personas con discapacidad por medio de la igualdad de condiciones, oportunidades y participación en todas las esferas de la sociedad³².

En esa tesitura, para el goce efectivo de los derechos de igualdad y la no discriminación, se exige la adopción de medidas de aplicación, tales como:

- a) Medidas para crear conciencia entre toda la población sobre los derechos que asisten a las personas con discapacidad en virtud de la Convención sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad, el significado de la discriminación y vías judiciales de recurso existentes;
- b) Medidas para garantizar que los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad sean exigibles ante los tribunales nacionales y den acceso a la justicia a todas las personas que han sido objeto de discriminación;
- c) Protección contra las represalias, como un trato adverso o consecuencias negativas tras una denuncia o en un proceso para hacer cumplir las disposiciones en materia de igualdad;
- d) Derecho a entablar un proceso ante los tribunales y presentar reclamaciones a través de asociaciones, organizaciones u otras entidades jurídicas que tengan un interés legítimo en hacer valer el derecho a la igualdad;
- e) Normas específicas relacionadas con los indicios y las pruebas a fin de **garantizar que las actitudes estereotipadas sobre la capacidad de las personas con discapacidad no impidan que las víctimas de discriminación obtengan reparación;**
- f) Sanciones efectivas, proporcionadas y disuasorias en caso de vulneración del derecho a la igualdad y a medios de reparación adecuados;
- g) Prestación de asistencia jurídica suficiente y accesible para garantizar el acceso a la justicia a los demandantes en litigios por discriminación³³.

De lo anterior puede asegurarse válidamente que en términos de los indicados instrumentos internacionales, existen diversas obligaciones a cargo de los Estados, entre ellas, las de adoptar medidas concretas para lograr la igualdad inclusiva, en reconocimiento de la diversidad funcional.

³² Cfr. Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Furlan y Familiares Vs. Argentina, sentencia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas del 31 de agosto de 2012, párr. 134.

³³ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General Número 6 “Sobre la igualdad y no discriminación”, *Óp. Cit.*, párr. 31.

C. Derecho al reconocimiento de la personalidad y capacidad jurídicas de las personas con discapacidad

En el presente apartado se expondrá de manera general, el derecho al reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad de conformidad con el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

A manera de preámbulo, es necesario iniciar subrayando que la concepción jurídica sobre la discapacidad ha ido modificándose en el devenir de los años: en principio existía el modelo de "prescindencia" en el que las causas de la discapacidad se relacionaban con motivos religiosos, el cual fue sustituido por un esquema denominado "rehabilitador", "individual" o "médico", en el cual el fin era normalizar a la persona a partir de la desaparición u ocultamiento de la deficiencia que tenía, mismo que fue superado por el denominado modelo "social", el cual propugna que la causa que genera una discapacidad es el contexto en que se desenvuelve la persona.³⁴

Por tanto, este nuevo enfoque considera que las limitaciones a las que se ven sometidas las personas con discapacidad son producidas por las deficiencias de la sociedad de prestar servicios apropiados, que aseguren que las necesidades de las personas con discapacidad sean tomadas en consideración.

Dicho modelo social fue incorporado en nuestro país al haberse firmado y ratificado por México la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, misma que contiene y desarrolla los principios de tal modelo, los cuales gozan de fuerza normativa en nuestro ordenamiento jurídico.

A la luz de dicho modelo, la discapacidad debe ser considerada como una desventaja causada por las barreras que la organización social genera, al no atender de manera adecuada las necesidades de las personas con diversidades funcionales, por lo que puede concluirse que las discapacidades no son enfermedades.

³⁴ *Cfr.* Tesis aislada 1a. VI/2013 (10a.) de la Primera Sala de esa Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Materia Constitucional, Libro XVI, enero de 2013, Tomo 1, pág. 634, del rubro: "**DISCAPACIDAD. SU ANÁLISIS JURÍDICO A LA LUZ DEL MODELO SOCIAL CONSAGRADO EN LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.**"

Tal postura es congruente con la promoción, protección y aseguramiento del goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos fundamentales de las personas con discapacidad, lo que ha provocado la creación de ajustes razonables, los cuales son medidas paliativas que introducen elementos diferenciadores, es decir, propician la implementación de medidas de naturaleza positiva -que involucran un actuar y no sólo una abstención de discriminar- que atenúan las desigualdades.

Ahora bien, la Primera Sala de ese Tribunal Constitucional ha sostenido que de la interpretación sistemática y funcional de los artículos 1o. de la Constitución Federal y 1 y 12 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, se deriva el igual reconocimiento de las personas con discapacidad ante la ley y la obligación del Estado para adoptar las medidas pertinentes para que puedan ejercer plenamente su capacidad jurídica.³⁵

El artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.

No obstante, para el ejercicio de su capacidad jurídica, la Convención prevé la existencia de un sistema de apoyo en la toma de decisiones basado en un enfoque de derechos humanos, **propio del modelo social, la toma de decisiones asistidas se traduce en que la persona con discapacidad no debe ser privada de su capacidad de ejercicio por otra persona que sustituya su voluntad, sino que simplemente es asistida para adoptar decisiones en diversos ámbitos**, como cualquier otra persona, pues este modelo contempla en todo momento la voluntad y preferencias de la persona con discapacidad, sin restringir su facultad de adoptar decisiones legales por sí mismas pero, en determinados casos, se le puede asistir para adoptar sus propias decisiones legales dotándole para ello de los apoyos y las salvaguardias necesarias, para que de esta manera se respeten los derechos, voluntad y preferencias de la persona con discapacidad.

³⁵ Cfr. Tesis 1a. CXIV/2015 (10a.), de la Primera Sala de esa Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en la Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Materia Constitucional, Libro 16, marzo de 2015, Tomo II, pág. 1102, del rubro: "**PERSONAS CON DISCAPACIDAD. EL MODELO SOCIAL DE ASISTENCIA EN LA TOMA DE DECISIONES ENTRAÑA EL PLENO RESPETO A SUS DERECHOS, VOLUNTAD Y PREFERENCIAS.**"

De ese modo, atendiendo al modelo social de discapacidad, previsto en la referida Convención, los presupuestos o fundamentos en los cuales se sustenta tal materia son los siguientes:

- a) **Dignidad de la persona**, referida al pleno respeto de los individuos por el solo hecho de serlo, sin que una diversidad funcional implique una disminución de tal reconocimiento.
- b) **Accesibilidad universal**, consistente en la posibilidad de que las personas con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones, en todos los ámbitos y servicios de su entorno social.
- c) **Transversalidad**, relativa a la concepción de la discapacidad como un aspecto en íntima relación con todas las facetas del contexto en que se desenvuelve.
- d) **Diseño para todos**, referido a que las políticas se conciban de tal manera que puedan ser utilizadas por el mayor número posible de usuarios.
- e) **Respeto a la diversidad**, consistente en que las medidas a implementarse reconozcan las diferencias funcionales como fundamento de una sociedad plural.
- f) **Eficacia horizontal**, relativa a que la exigencia de respeto a las personas con discapacidad se dirija tanto a las autoridades, así como a los particulares.

De lo anterior, se advierte que **el modelo social señala que la premisa que genera la discapacidad es el contexto en que se desenvuelve la persona**, por lo que las medidas que propone se encuentran dirigidas a aminorar tales barreras. Así, las limitaciones son producidas por las deficiencias de la sociedad de prestar servicios apropiados que aseguren que las necesidades de las personas con discapacidad son tomadas en consideración.

Dicho esquema se encuentra relacionado con el pleno reconocimiento de derechos fundamentales, tales como el respeto a la dignidad con independencia de cualquier diversidad funcional, la igualdad y la libertad personal –aspecto que incluye la toma de decisiones-, teniendo como objeto la inclusión social basada en la vida independiente, la no discriminación y la accesibilidad universal –en actividades económicas, políticas, sociales y culturales-.

En suma, a la luz del modelo social, la discapacidad debe ser considerada como una desventaja causada por las barreras que la organización social genera al no atender de manera adecuada las necesidades de las personas con diversidades funcionales. En tal virtud, la deficiencia individual es la que genera una diversidad funcional, misma que al ponerse en contacto con una barrera social produce una discapacidad.

Como lo ha sostenido la Primera Sala de ese Alto Tribunal, este cambio de paradigma implica modificar la manera de concebir a la discapacidad, tanto por parte de las autoridades, así como por la sociedad en general, lo cual se traduce en un nuevo enfoque en las relaciones jurídicas, políticas y sociales.³⁶

Por tanto, las discapacidades ahora tienen como punto toral la existencia de factores sociales que vuelven adversas las diversidades funcionales que posee una persona, y que limitan el acceso potencial a los mismos fines del resto de las personas. Eso implica que la dificultad para participar de manera plena en la sociedad tiene como nota distintiva la existencia de una inadecuada construcción del entorno social, mismo que impide la consecución de los propios planes de vida en igualdad de oportunidades.³⁷

De esta manera, el concepto de discapacidad que asume la Convención en la materia no es un concepto rígido, sino que en ella se adopta un enfoque dinámico acorde con el concepto de discapacidad: no tiene su origen en las limitaciones o diversidades funcionales de las personas, sino en las limitantes que la propia sociedad produce, esto es, se debe a las barreras que se imponen a las personas con discapacidad para el desarrollo de sus vidas.

Con base en las consideraciones anteriores, resulta válido afirmar que en el modelo social y de derechos el punto de partida es la dignidad de la persona con discapacidad, lo cual conlleva el deber de tratarla como a cualquier otra persona. Desde esa premisa, lo que debe hacer todo ordenamiento jurídico es reconocer siempre y en todo momento que toda persona es sujeto de derecho y tiene personalidad jurídica.

El reconocimiento de la capacidad jurídica es una de las notas fundamentales, aspecto que implica que una persona es titular de derechos y obligaciones y sujeto

³⁶ Sentencia dictada en el amparo en revisión 159/2013, resueltos por la Primera Sala el 16 de octubre de 2013, bajo la Ponencia del Ministro Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, p. 28.

³⁷ *Ídem*.

de relaciones jurídicas. Por tanto, **la persona con discapacidad es –y no puede no ser de otro modo– un sujeto de derecho.** A partir de estas ideas se reconoce a las personas con discapacidad como personas jurídicas y se les garantiza la capacidad amplia y plena de ejercicio de los derechos en todos los casos, con apoyos y salvaguardas cuando sea necesario.

Como ha sostenido la Primera Sala de esa Suprema Corte de Justicia,³⁸ la Convención es considerada como el paradigma normativo del modelo social y de derechos, así como una respuesta de carácter integral, universal, jurídicamente vinculante y aplicable, ya que se abandona la consideración de la persona con discapacidad como objeto de políticas asistenciales o programas de beneficencia y se reconoce su personalidad y capacidad jurídicas, su condición de sujeto de derechos, rasgos que se confirman con la declaración del párrafo primero del artículo 1 de dicha Convención.³⁹

En esa virtud, se parte de la premisa que la discapacidad es una cuestión de derechos humanos ajena a actitudes paternalistas del pasado, transitándose hacia la configuración de la discapacidad como cuestión de derechos humanos, cuyo modelo se plasma con nitidez en la Convención.⁴⁰

Sobre este punto es importante resaltar que el concepto de discapacidad que asume la Convención no es un concepto rígido, sino que en ella se adopta un enfoque dinámico que permite adaptaciones. Así, la discapacidad resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras. En otras palabras, no tiene su origen en las limitaciones o diversidades funcionales de las personas, sino en las limitantes que la propia sociedad produce, esto es, se debe a las barreras que se imponen a las personas con discapacidad para el desarrollo de sus vidas.⁴¹

³⁸ *Cfr.* la sentencia del amparo directo en revisión 2805/2014, resuelto por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, el 14 de enero de 2015, bajo la ponencia del Ministro Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena.

³⁹ **Artículo 1 de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad.**

Propósito

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

⁴⁰ Tesis 1a. VI/2013 (10a.), *Op. Cit.*

⁴¹ *Ídem.*

En este sentido, la discapacidad no es sólo la deficiencia de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal, sino que resulta de la interacción de la deficiencia con las barreras que impone el entorno y que impiden la inclusión plena y efectiva de la persona con discapacidad en igualdad de condiciones que las demás personas⁴².

A la luz del modelo social y de derechos, la discapacidad debe ser considerada como una desventaja causada por las barreras que la organización social genera, al no atender de manera adecuada las necesidades de las personas con diversidades funcionales. Por tanto, acorde con dicho modelo, las discapacidades no deben ser entendidas como una enfermedad, pues esta afirmación comporta grandes implicaciones en el modo de concebir y regular temas atinentes a la discapacidad y, a su vez, tiene consecuencias profundas en el ámbito jurídico.⁴³

Por ello, es importante tener claro que el sistema jurídico tradicionalmente ha asumido un concepto de normalidad y bajo esa lente ha determinado el alcance y los límites de los derechos de las personas con discapacidad, dejando de lado que hay muchas maneras de ser persona con derechos y obligaciones.

Bajo esta lógica, el replanteamiento de la discapacidad y sus consecuencias jurídicas –desde el modelo social y de derechos humanos–, no puede dar lugar a las mismas respuestas jurídicas ancladas en el binomio conceptual normal-anormal, sino que es preciso una interpretación en clave de derechos humanos que asuma el respeto la diversidad como condición inherente a la dignidad humana. Por ello, en coherencia con el modelo social y de derechos, el juzgador debe tener presente la finalidad de la Convención y optar siempre por aquella solución jurídica que la haga operativa.⁴⁴

Cabe aclarar que una condición de discapacidad no implica de suyo una incapacidad, ni estos conceptos son sinónimos. Sin embargo, lo anterior no pugna con que se realicen ajustes razonables cuando se vea involucrada una persona con discapacidad, toda vez que lo que se pretende es que tenga las mismas condiciones

⁴² Cfr. la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, artículo 2, fracción XXI, en donde se integran los conceptos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y de la Convención Interamericana para Eliminar todas las Formas de Discriminación contra la Persona con Discapacidad.

⁴³ Cfr. Sentencia de los Amparos en Revisión 410/2012 y 159/2013, resueltos por la Primera Sala el 21 de noviembre de 2012 y el 16 de octubre de 2013, ambos bajo la Ponencia del Ministro Arturo Zaldívar Lelo de Larrea.

⁴⁴ Cfr. Tesis 1a. VI/2013 (10a.), *Op. Cit.*

-igualdad que el resto de las demás personas – para hacer valer sus derechos sin que la condición de discapacidad sea una limitante para ello.

Ese Alto Tribunal ha hecho énfasis “en la distinción entre capacidad jurídica y capacidad mental”. La capacidad jurídica consiste tanto en la capacidad de ser titular de derechos y obligaciones –capacidad de goce– como en la capacidad de ejercer esos derechos y obligaciones –capacidad de ejercicio–. La capacidad jurídica y la toma de decisiones son conceptos que se encuentran estrechamente vinculados y constituyen derechos fundamentales que permiten que una persona pueda participar en la vida jurídica.⁴⁵

En contraste, la capacidad mental “se refiere a la aptitud de una persona para adoptar decisiones que, naturalmente, varía de una persona a otra y puede ser diferente para una persona determinada en función de muchos factores, como pueden ser ambientales y sociales.” El hecho que una persona tenga una discapacidad o una deficiencia “no debe ser nunca motivo para negarle la capacidad jurídica ni derecho alguno”.⁴⁶

Además, resaltó que el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha recomendado que **los Estados deben examinar su legislación para asegurarse de que el derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad no está limitado de modo distinto al de las demás personas, pues históricamente, a las personas con discapacidad se les ha negado en muchas esferas de una manera discriminatoria su derecho a la capacidad jurídica, en virtud de regímenes basados en la sustitución en la adopción de decisiones como la legislación sobre la salud mental y la tutela.** Esas prácticas deben ser abolidas, a fin de que las personas con discapacidad recobren la plena capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás.⁴⁷

Igualmente, el Tribunal Constitucional de nuestro país ha hecho patente que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad “reconoce de manera expresa e indudable el derecho a la capacidad jurídica de todas las personas con discapacidad, sin excepción alguna: no hace diferencia entre discapacidades”. En suma, “el derecho a la capacidad jurídica no es una cuestión de inteligencia en

⁴⁵ Cfr. Sentencia del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación al resolver la acción de inconstitucionalidad 90/2018, correspondiente al día treinta de enero de dos mil veinte.

⁴⁶ *Ibidem.*

⁴⁷ *Ibidem.*

las decisiones que se adoptan, ni debe estar ligada a las condiciones mentales.” Se basa simplemente en el reconocimiento de la voluntad de todo ser humano como elemento central del sistema de derechos.⁴⁸

En síntesis, la capacidad jurídica es un derecho fundamental de todas las personas, que implica su posibilidad de ser titular de derechos y la de actuar en derecho; concede a la persona la protección plena de sus derechos por el ordenamiento. En suma, la capacidad jurídica garantiza que todo ser humano sea respetado como una persona titular de personalidad jurídica.

D. Derecho a la protección de la salud y al consentimiento informado de las personas que viven con algún tipo de discapacidad

En el presente apartado, primeramente, se plasmará de manera general el contenido del derecho a la salud, para posteriormente exponer la importancia del consentimiento informado frente a cualquier tratamiento médico, con especial énfasis respecto de las personas que viven con alguna discapacidad.

En ese orden, el derecho a la salud, en general, se encuentra reconocido a nivel nacional en el cuarto párrafo del artículo 4^o⁴⁹ de la Norma Fundamental; mientras que, en el ámbito internacional, en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos

⁴⁸ *Ibidem.*

⁴⁹ “**Artículo 4.** (...)

(...)

(...)

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, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

(...)”

Económicos, Sociales y Culturales⁵⁰, así como de una interpretación del artículo 26⁵¹ de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; y finalmente, en particular, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad lo reconoce en su artículo 25.⁵²

⁵⁰ “ **Artículo 12.**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Parte en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para:
 - a) La reducción de mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”

⁵¹ “ **Artículo 26.** Desarrollo Progresivo.

Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se deriven de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.”

⁵² “ **Artículo 25.** Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales; d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.”

Ahora bien, a juicio de esta Institución Nacional, para el adecuado análisis del derecho a la salud, es pertinente iniciar por la definición del término “salud”. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) lo define como **un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.**⁵³

No obstante, la salud se encuentra estrechamente relacionada con otras necesidades básicas e intrínsecas de las personas, así como de cuestiones externas sin las cuales no se puede lograr “el estado completo de bienestar”.

En esa línea, la Corte Interamericana de Derechos Humanos precisó que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos, **y que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.**⁵⁴

Así, la salud tiene que ser entendida no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también a un estado general de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral.⁵⁵

Por tal motivo, para lograr ese bienestar pleno e integral, es innegable que los Estados tienen la obligación de llevar a cabo medidas administrativas, legislativas y políticas que permitan garantizar, atendiendo al máximo de sus recursos, que los gobernados tengan acceso a tratamientos médicos en instituciones públicas y privadas que cumplan con los parámetros establecidos por las autoridades competentes y en todo momento respeten sus derechos humanos.

Entonces, para su efectivo respeto y goce, es imperativo tomar en cuenta que se conforma por dos grandes vertientes: la primera es que engloba un cúmulo de prerrogativas en favor de las personas y, la segunda, es que, como se ha mencionado, establece obligaciones para el Estado con la finalidad de alcanzar el grado máximo de su efectividad.

⁵³ Organización Mundial de la Salud, visible en el siguiente enlace:

<https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

⁵⁴ Cfr Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el Caso Hernández vs Argentina, de 22 de noviembre de 2019, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas.

⁵⁵ Cfr Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el Caso Poblete y otros vs Chile, de 8 de marzo de 2018, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 118.

En ese sentido, la Primera Sala de esa Suprema Corte de Justicia de la Nación determinó que la protección a este derecho tiene dos puntos de vista:

- la individual o personal y
- la pública o social.

Respecto de la primera, manifestó que se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva otro derecho fundamental, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica.

De tal suerte que, el derecho a la salud está vinculado con otros derecho y libertades fundamentales, como:

- **Un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud;**
- **Decidir libremente ser o no sometido a tratamiento médico (consentimiento informado).**
- **Controlar su salud y su cuerpo, sin injerencias.**
- Prevención y tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas;
- Salud materna, infantil y reproductiva;
- **Acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos;**
- Acceso a la educación y la información relacionadas con la salud, entre otros.⁵⁶

Ahora bien, en relación con la segunda vertiente, la Sala mencionada aclaró que consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como en establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud.⁵⁷

En relación con este último punto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General Número 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, titulada *“El derecho al disfrute del más*

⁵⁶Folleto informativo No. 31, “El derecho a la salud”, Organización Mundial de la Salud, visible en el siguiente enlace: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>, página 4.

⁵⁷ Tesis de jurisprudencia 1ª/J. 8/2019 de la Primera Sala de esa Suprema Corte de Justicia de la Nación, Décima Época, publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, febrero de 2019, Tomo I, página 486, de rubro: *“DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL”*.

alto nivel posible de salud"⁵⁸ determinó los elementos esenciales e interrelacionados con el derecho a la salud sobre los cuales los Estados deben tomar las medidas correspondientes, a saber:

1. **Disponibilidad:** Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
2. **Accesibilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - a. **No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.**
 - b. **Accesibilidad física:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. **Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.**
 - c. **Accesibilidad económica:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de

⁵⁸ Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, visible en el siguiente enlace: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>, párrafo 12.

atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

d. **Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.** Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

i. **Aceptabilidad:** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

ii. **Calidad:** Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Con todo lo anterior, el derecho a la salud tiene como finalidad garantizar a todas las personas el más alto nivel de vida digna y adecuada, de manera autónoma e independiente, no obstante, su eficacia implica necesariamente un esfuerzo hasta el máximo de sus posibilidades por parte de los Estados para llevar a cabo acciones encaminadas a brindar atención y tratamiento médico a todas las personas en igualdad de circunstancias.

Ahora bien, respecto de las personas con discapacidad, la definición del término “salud”, así como el reconocimiento de ese derecho se tiene analizar desde la perspectiva de los derechos humanos de ese sector de la población, acotados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En efecto, se reitera que el escrutinio del contenido y alcance del derecho a la salud en este asunto tiene que estudiarse tomando como punto de partida el modelo social de la discapacidad, fomentando la autonomía de las personas y precisando que la discapacidad radica en las barreras impuestas por el entorno social que les impiden incluirse y desarrollarse la igualdad de circunstancias.

Para este Organismo Nacional, es indisponible que todas las autoridades del país dejen de apoyarse del modelo médico-rehabilitador en temas relacionados la salud de las personas que viven con alguna discapacidad, pues como se mencionó en el apartado anterior, este tiene como base la sustitución de la voluntad *so* pretexto de que ese sector, derivada la situación particular, no cuentan con capacidad para decidir ni expresar su voluntad.

Ahora bien, el derecho a la salud enfocado a dicho sector se encuentra reconocido en el artículo 25 de la Convención que establece la obligación de los Estados parte de reconocer que las personas con discapacidad tienen **derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad**. Particularmente, precisa las siguientes obligaciones:

- a) Proporcionar a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionar los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad, específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

- d) Exigir a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas **sobre la base de un consentimiento libre e informado**, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
- e) Prohibir la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;
- f) Impedir que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

De lo anterior se desprende que el sistema de salud que implementen los Estados, en principio, no pueden realizar tratamientos distintos sin justificación ni establecer requisitos u omitirlos de manera arbitraria entre las personas que viven con alguna discapacidad y aquellas que no. En todo caso, los tratamientos y la atención médica tienen que realizarse sobre la base del principio de igualdad.

No obstante, además de las obligaciones generales para garantizar el derecho a la salud, los Estados tienen el deber de eliminar las barreras que impiden el acceso a la asistencia sanitaria de las personas con discapacidad en igualdad de circunstancias de las demás, así como de reconocer su autonomía y voluntad frente a cualquier tratamiento médico.

Al respecto, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en su Observación General Número 1, determinó que **el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud incluye el derecho a la atención de la salud sobre la base del consentimiento libre e informado.**⁵⁹

⁵⁹ Observación General número 1 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, párr. 41.

En ese sentido y como se precisó, **el consentimiento informado, es un elemento fundamental del derecho a la salud**, por lo que la exigencia de este es una obligación de carácter inmediato.⁶⁰

Ello es así pues dicho derecho consiste en la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. Se trata de un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de la salud y el paciente y que se consolida en un documento.

A través del consentimiento informado, el personal de la salud le informa en calidad y en cantidad suficiente al paciente competente sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva, así como las posibles alternativas.

En síntesis, el consentimiento informado reviste las notas características siguientes:

- Se debe asegurar que se proporciona la información clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva sobre lo relativo al proceso de atención, diagnóstico o terapéutico; de los riesgos, beneficios (físicos o emocionales) y de la duración del mismo, así como de otras alternativas, si las hubiera.
- La información debe darse en forma oral y personal, con un lenguaje no técnico, y acorde a la capacidad del individuo. El personal de salud debe asegurarse que el paciente y los familiares han comprendido la información proporcionada y deben propiciar que éstos realicen preguntas para dar las respuestas correspondientes en forma comprensible. Se debe considerar el nivel de educación y los antecedentes socio-culturales de los participantes y tratar de utilizar un lenguaje apropiado.

Este aspecto es importante ya que se deberán considerar las diversas formas culturales. Es importante mencionar que en cualquier momento del proceso el paciente podrá retirar libremente su consentimiento.

- **Es voluntario, el paciente tiene la libertad de elección para aceptar o denegar sin coerción, sin influencia indebida, incentivo o intimidación de otorgar o no el consentimiento a los médicos, acerca de los procedimientos**

⁶⁰ Cfr Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el Caso Guachalá Chimbo y otros vs Ecuador, de 26 de marzo de 2021, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 110.

diagnósticos o terapéuticos propuestos, después de haber sido informado.

Debe considerarse un lapso razonable para que el paciente, familia o representante legal tome la decisión.

- Es importante privilegiar la autonomía de los pacientes, generando las condiciones necesarias para que ejerzan su derecho a decidir. En el caso de pacientes con incapacidad jurídica para consentir, se debe contar con su asentimiento.

Sobre este tema fundamental, la Corte Interamericana en el caso I. V. vs Bolivia determinó que **el consentimiento informado del paciente es una condición *sine qua non* para la práctica médica, el cual se basa en el respeto a su autonomía y su libertad para tomar sus propias decisiones de acuerdo con su plan de existencia.**⁶¹ En este punto es importante resaltar que el consentimiento informado necesariamente implica el reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas, por lo que cobra relevancia lo expuesto en el apartado anterior en relación con el artículo 12 de la Convención.

Lo anterior, pues como se expuso, el respeto a la capacidad jurídica implica que se reconozca a la persona en cualquier parte como sujeto de derechos y obligaciones en igualdad de condiciones que los demás, ya que la violación de aquel reconocimiento supone desconocer en términos absolutos la posibilidad de ser titular de derechos y deberes.⁶²

Así, la capacidad jurídica adquiere una importancia especial para las personas con discapacidad cuando tienen que tomar decisiones fundamentales en lo que respecta a su salud, por lo que, someter a una persona con discapacidad a un tratamiento de salud sin su consentimiento informado puede constituir una negación a su capacidad jurídica y en consecuencia una transgresión al derecho a la salud, a la libertad personal, a la dignidad y vida privada, así como al acceso a la información.

En esa línea, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha manifestado que los Estados tienen la obligación de exigir a todos los profesionales

⁶¹ Cfr Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el Caso I. V. vs Bolivia, de 30 de noviembre de 2012, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 159.

⁶² Cfr Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el Caso Guachalá Chimbo y otros vs Ecuador, de 26 de marzo de 2021, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 111.

de la salud y la medicina a que obtengan el consentimiento libre e informado de las personas con discapacidad antes de cualquier tratamiento.

En consecuencia, y a la luz del modelo social de la discapacidad en términos de los artículos 12, 14 y 25 de la Convención de la materia, los Estados tienen la obligación de no permitir que el consentimiento sea otorgado por personas que sustituyan a las personas con discapacidad en la adopción de decisiones, en nombre de ellas.

Así, tratándose de personas que viven con algún tipo de discapacidad, el personal médico tiene la obligación de:

1. Examinar la condición actual del paciente y,
2. **Brindar el apoyo necesario para que tome una decisión propia e informada.** Sobre este punto, el personal médico debe de velar por que se efectúe la consulta apropiada directamente con la persona con discapacidad y garantizar, en la medida de sus posibilidades, que los asistentes o personas encargadas de prestar apoyo no sustituyan a las personas con discapacidad en sus decisiones ni ejerzan una influencia indebida sobre de ellas.⁶³

Por su parte, **los Estados deben brindar a las personas con discapacidad la posibilidad de planificar anticipadamente su propio apoyo, especificando quien prestaría dicho apoyo y su funcionamiento. Esta planificación debe ser respetada cuando la persona con discapacidad llegara a encontrarse en la imposibilidad de comunicar sus deseos a los demás.**⁶⁴

Hasta aquí expuesto, es dable afirmar que el derecho a la salud se sustenta como un pilar esencial y fundamental para que las personas puedan vivir con dignidad y contar con tratamientos médicos adecuados, así como profesionales que respeten en todo momento los derechos humanos de todas las personas; no obstante, respecto de las personas que viven con alguna diversidad funcional, se encuentra condicionado a múltiples factores, principalmente a las medidas que tome el Estado

⁶³ Informe del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, A/72/55, Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad, párr. 11

⁶⁴ *Cfr.* Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General N°. 1: Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, U.N. Doc. CRPD/C/GC/1, párrs. 17 y 18, y Versión escrita de la declaración pericial de Christian Courtis (expediente de prueba, folio 8495).

para garantizarlo, de ahí la importancia y necesidad de que se promuevan políticas encaminadas a fomentar: 1) su reconocimiento en igualdad de condiciones entre todas las personas, 2) garantizar hasta el máximo de sus recursos ese derecho y 3) llevar a cabo adecuaciones legislativas que garanticen un sistema de salud integral que este basado en el principio de igualdad.

Finalmente, conviene traer a colación que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sostenido que **la naturaleza y alcance de las obligaciones que derivan de la protección del derecho a la salud incluyen aspectos que tienen una exigibilidad inmediata, así como aspectos que tienen un carácter progresivo.**

Respecto de la primera, ha apuntado que se refiere a que **los Estados deben adoptar medidas eficaces a fin de garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones reconocidas para el derecho a la salud, garantizar la igualdad de derechos entre todas las personas;** mientras que, en relación con las segundas, la realización progresiva implica que **los Estados tiene la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad del derecho a la salud, en la medida de sus recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.**⁶⁵

Lo anterior, impone la obligación de *no regresividad* frente a la realización de los derechos alcanzados, como lo es el respeto a la autonomía y toma de decisiones de las personas con discapacidad respecto de los temas relacionados con su salud en términos de los artículos 12, 14 y 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

E. Análisis concreto de las normas a la luz del parámetro de control de la regularidad constitucional vigente

Una vez expuesto el parámetro de control de la regularidad que, a juicio de este Organismo Nacional resulta aplicable, en la presente sección corresponde evidenciar que los artículos 5, fracción X, en su porción normativa "*e involuntario*", 7, fracción V, en su porción normativa "*en el caso de internamiento involuntario*" y "*o se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente*", 49, fracción II, en su porción normativa "*o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás*", y 52 de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla son contrarias a referido

⁶⁵ *Ibidem*, párrafo 106.

parámetro por sustentarse en el modelo médico-rehabilitador cuyos principios son constituirse como un sistema proteccionista y asistencialista en la toma de decisiones de las personas con discapacidad.

Ahora bien, por cuestión de método, el presente apartado se destinará a sustenta la invalidez reclamada conforme a la siguiente estructura: primero, se explicará que la salud mental, los trastornos mentales y de comportamiento como una forma de discapacidad; en segundo lugar, se abundará acerca del sistema de internamiento establecido en la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, y finalmente, se expondrá la incompatibilidad de las normas impugnadas por ser contrarias al modelo social de la discapacidad.

1. Salud mental: los trastornos mentales y de comportamiento como una forma de discapacidad

Como se adelantó al inicio del concepto de invalidez, la salud de las personas implica **un estado completo de bienestar físico, mental y social**, por lo que no consiste únicamente en la ausencia de afecciones o enfermedades.

Esto implica que el estado de bienestar no debe enfocarse únicamente en las enfermedades que aquejan a las personas, sino que implica que aquellas puedan lograr un nivel de vida adecuado conforme a su situación particular, que les permita desarrollarse e integrarse con la sociedad de manera digna.

De ahí que la definición de la “salud” propuesta por la OMS toma en consideración el entorno de las personas y la afectación que este les pudiera generar, independientemente de las enfermedades, padecimientos o discapacidades con las que viven.

Lo anterior, pues existen múltiples factores y experiencias individuales que pueden afectar la salud, especialmente la salud mental, como la interacción social, las estructuras y recursos de la sociedad, así como los valores culturales. En general, la salud mental y lo problemas mentales, al igual que la salud y la enfermedad, están determinados por muchos factores que interactúan en forma social, psicológica y biológica.

En ese sentido, este Organismo Nacional concuerda con lo citado por el legislador respecto de que, derivado del confinamiento como medida para evitar la propagación del virus SARS CoV-2, se generaron cambios y afectaciones en la salud de las personas, principalmente por la ansiedad, depresión, estrés, neurosis, *etc.*, derivado de vivir un cambio tan severo y repentino en las rutinas diarias a las que estamos acostumbrados, por lo que era imperativo contar con un ordenamiento jurídico novedoso que se adecuará a las necesidades para garantizar el derecho a la protección de la salud de las personas que se encontraran en uno de esos supuestos.

No obstante, esta Comisión Autónoma está convencida de que el tratamiento de las afectaciones a la salud mental, derivado de los trastornos mentales y de comportamiento de las personas, tiene que realizarse a la luz de los derechos humanos de las personas con discapacidad, en términos del artículo 1° de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Esto es así debido a que dicho precepto establece que las **PcD incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.**

Para sostener esa afirmación, es importante recordar que el universo de las deficiencias en las personas es sumamente amplio y no existe un consenso unívoco sobre dichas situaciones, sin embargo, conforme al artículo mencionado, pueden agruparse en cuatro apartados⁶⁶:



⁶⁶ Véase Clasificación de Tipo de Discapacidad - Histórica, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, visible en el siguiente enlace: https://www.inegi.org.mx/contenidos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf

Clasificación de las Discapacidades		
Físicas/ motrices	<ul style="list-style-type: none"> En las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza. En las extremidades superiores. En las extremidades inferiores. 	Comprende a las personas que presentan dificultades para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar actividades de la vida cotidiana
Mentales, intelectuales, psicosociales	<p>El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la A.P.A. en su 5ª edición (o DSM-5 2015) propone una clasificación del trastorno del desarrollo intelectual en función de la gravedad medida según el funcionamiento adaptativo, ya que éste es el que determina el nivel de apoyos requerido.</p> <p>Distingue entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Leve Moderado Grave Profundo 	El DSM-5 define la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) dentro de los trastornos del neurodesarrollo, grupo de afecciones cuyo inicio se sitúa en el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual, como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. ⁶⁷
Sensoriales	<p>Para ver:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ablepsia Acorea Afecciones de retina Agnosia visual Ambliopía catarata Ceguera parcial o total Etc. 	Incluyen las descripciones que se refieren a la pérdida total de la visión, a la debilidad visual y a otras limitaciones que no pueden ser superadas con el uso de lentes.
	<p>Para oír</p> <ul style="list-style-type: none"> Colesteatoma Deterioro fuerte, severo, profundo o grave de la audición Pérdida auditiva parcial o total en uno o ambos oídos Etc. 	Comprende las descripciones que se relacionan con la pérdida total de la audición en uno o en ambos oídos, o con la pérdida parcial pero intensa, grave o severa en uno o en ambos oídos.
	<p>Para hablar</p> <ul style="list-style-type: none"> No tiene cuerdas vocales Obmutescencia (pérdida total de la voz) Pérdida permanente de la voz 	Se refiere exclusivamente a la pérdida total del habla.
	De comunicación y comprensión del lenguaje:	Incluye las dificultades que se refieren a la imposibilidad para generar, emitir y comprender

⁶⁷ Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Chile, Marzo 2014, página 8. Visible en: https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf

	<ul style="list-style-type: none"> • Afasia anómica o amnésica • Afasia de broca (afasia expresiva o motora) • Afasia de <i>wernicke</i> (afasia) • Etc. 	mensajes del habla. Comprende las limitaciones importantes, graves o severas del lenguaje, que impiden la producción de mensajes claros y comprensibles.
Múltiples	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación para moverse o caminar, así como para usar sus brazos y manos • Accidente cerebro vascular (ataque cerebral) • Accidente vascular cerebral • Etc. 	El grupo tiene como finalidad identificar a la población que manifiesta en forma conjunta más de una discapacidad, así como a la que presenta alguna discapacidad diferente a las consideradas en los grupos anteriores.

Del cuadro anterior se colige que el universo de las diversidades funcionales no está delimitado aun número cerrado, sino que existe una gran variedad que pone en desventaja a las personas que viven con alguna discapacidad frente a la relación social con las demás personas.

Conviene precisar que, dentro de la clasificación de las discapacidades intelectuales, mentales y/psicosociales se encuentran:

1. Trastornos del neurodesarrollo.
2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos
3. psicóticos.
4. Trastorno bipolar y trastornos relacionados.
5. Trastornos depresivos.
6. Trastornos de ansiedad.
7. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos
8. relacionados.
9. Trauma y otros trastornos relacionados con
10. factores de estrés.
11. Trastornos disociativos.
12. Trastorno por síntomas somáticos y trastornos
13. relacionados.
14. Trastornos de la alimentación.
15. Trastornos del sueño-vigilia.
16. Disfunciones sexuales.
17. Disforia de género.
18. Trastornos del control de impulsos y conductas
19. disruptivas.
20. Trastornos por uso de sustancias y trastornos
21. adictivos.
22. Trastornos neurocognitivos.
23. Trastornos parafilicos.
24. Trastornos de personalidad.

En conclusión a esta parte, es notable que el tratamiento de los trastornos mentales y de comportamiento, específicamente el internamiento involuntario de las personas

que viven con esa condición debe llevarse a cabo conforme al parámetro propuesto por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, pues se encuentran inmersos en la discapacidad intelectual, mental y/o psicosocial.

2. Internamiento conforme a la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla

La Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, en su artículo 49, establece que el ingreso de las personas usuarias a las unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica podrán ser: 1) voluntario, 2) emergencia o 3) por orden de autoridad competente. Igualmente, indica que el procedimiento en cada uno de ellos será el siguiente:

1. **Ingreso voluntario**, el cual requiere de la indicación del médico tratante y de la autorización de la persona usuaria, ambas por escrito, informando a sus familiares o a su representante legal (artículo 49, fracción I).
2. **Ingreso de emergencia**, en caso de personas con trastornos mentales y de comportamiento severos que requieran atención urgente *o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás*; requiere la indicación de un médico psiquiatra y la autorización de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso necesario, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo de la admisión de la Unidad Hospitalaria. En cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento, para que, en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario (artículo 49, fracción II).
3. **Ingreso por orden de autoridad**, se lleva a cabo cuando lo solicita una autoridad judicial, siempre y cuando el usuario lo amerite de acuerdo con el examen médico psiquiátrico (artículo 49, fracción III).

No obstante, a juicio de esta Comisión Nacional, además de esos tipos de internamiento, la ley reconoce otro diverso denominado “internamiento involuntario” en su artículo 52, cuyo procedimiento y aplicación es distinto a los establecidos en el artículo 49 del referido ordenamiento, como se explicará a continuación.

De acuerdo con esa disposición, esa modalidad se da cuando por encontrarse la persona **impedida para solicitarlo por sí misma**, por incapacidad **transitoria o permanente, sea solicitado** por un familiar, tutor, representante legal o, a falta de los anteriores, otra persona interesada, que en caso de urgencia solicite el servicio y siempre que exista la intervención de un médico calificado, que determine la existencia de un trastorno mental y del comportamiento y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros.

En una primera y superficial lectura, pudiera pensarse que el internamiento involuntario se encuentra inmerso en el de emergencia o que estos se refieren al mismo tipo; pero lo cierto es que de acuerdo con los elementos normativos que los regulan, esta Comisión Nacional considera que se trata de sistemas distintos, por lo que su aplicación puede darse de forma independiente y para casos diferentes, de acuerdo con las reglas que cada uno establece.

Se insiste en que, para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, los internamientos de emergencia e involuntario deben ser analizados desde puntos de vista distintos y conforme a los derechos humanos de las personas que viven con algún tipo de discapacidad intelectual, mental y/o psicosocial.

De un adecuado y exhaustivo análisis de los artículos 49, fracción II, y 52 de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, es posible identificar que se trata de supuestos que proceden en distintas hipótesis. Una primera nota distintiva radica en que, por la configuración legal de la norma, puede inferirse que el internamiento de emergencia está enfocado única y exclusivamente para casos **excepcionales**, en los que la salud e integridad de la persona está siendo afectada por alguna situación en particular, por lo que no puede postergarse la atención médica para después, dada la inmediatez de la atención que requiere el caso específico, en cuya hipótesis, la actuación por parte del personal médico podrá llevarse a cabo sin el consentimiento de la persona.

Bajo esa óptica, una vez que la situación que estaba afectando la salud de la persona haya sido controlada, es decir, la emergencia haya sido superada, la persona será informada para que su internamiento pase a la calidad de voluntario y sea ella quien directamente decida si quiere o no continuar internada en el hospital correspondiente.

Lo anterior no acontece con el internamiento involuntario. En principio, se advierte que se trata de una modalidad que implica que la persona que será internada no puede ni podrá decidir respecto de esa situación porque, en términos de ley, **se encuentra impedida para hacerlo en virtud de que tiene una incapacidad transitoria o permanente**, es decir, la norma desconoce la capacidad de decisión de la persona dado que vive con algún tipo de discapacidad, considerándola desde ese momento como incapaz para tomar decisiones.

Además, si bien la propia norma pretender acotar que será procedente en casos de “urgencia”, lo cierto es que también es clara en que esa *urgencia* deriva de la condición con la que vive la persona, de su contexto; esto es, que surge con motivo del trastorno mental y de comportamiento, como una condición de la persona, situando la discapacidad en ella y no en el entorno que la rodea, caso que difiere de lo previsto en el artículo 49, fracción II, de la ley, en el cual como ya se dijo, se advierte que aborda un determinado contexto fáctico extraordinario, situacional, de atención necesaria impostergable.

De forma adicional, para este Organismo Nacional, derivado de la particular configuración del artículo 52 de la ley, se interpreta que la “urgencia” no se refiera a un supuesto fáctico específico en que pueda encontrarse una persona con esa condición, sino a la urgencia en la solicitud del servicio, derivado de la simple existencia de un trastorno mental y de comportamiento que presuponga la presunción de que pueda darse un caso de *peligro grave o inmediato para sí mismo o terceros*, sin que ello signifique que se actualizará necesariamente.

A lo anterior debe agregarse que los trastornos mentales y de comportamiento no se presentan en un momento específico, ni tampoco su duración es determinada, sino que depende de cada caso en particular, por lo que el tiempo de posible internamiento involuntario no depende del momento en que termine la *urgencia*, sino de la voluntad de la persona que solicitó esa medida, que acorde con el texto, en el internamiento involuntario, corresponde a terceros y no a la persona que vive con alguna de esas condiciones.

Estrechamente vinculado a este último punto, respecto de este internamiento, también se hace notar que la norma no establece una duración o periodo mínimo de internación, lo cual sí parece desprenderse del internamiento de emergencia.

Asimismo, debe ponerse de relieve que el internamiento involuntario deberá ser revisado por una autoridad judicial a petición de la persona usuaria o de su representante, quien fundará su decisión en un dictamen pericial/médico en el que deberá establecerse la necesidad de que esa medida privativa continúe o finalice.

De todo lo anterior, es posible concluir que la aplicación de los sistemas analizados será para casos distintos y conforme a reglas particulares en cada uno de ellos, por lo que, de la interpretación de las normas que hace esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla establece cuatro tipos de internamiento voluntario (artículo 49, fracción I), de emergencia (artículo 49, fracción II), ordenado por autoridad judicial (artículo 49, fracción III) e involuntario (artículo 52).

Ahora bien, es importante aclarar que por las razones previamente esgrimidas, **el pronunciamiento de este Organismo Nacional únicamente se enfocará en el internamiento de emergencia por establecer como supuesto de procedencia que las personas representen “un peligro para sí mismos o para los demás”;** y el involuntario como sistema integral, por justificar su procedencia sin el consentimiento de la persona usuaria por la *incapacidad transitoria o permanente con la que vive*; pues ambos casos resultan contrarios al modelo social de la discapacidad, así como de los derechos humanos de ese sector de la población, por las razones que se expresarán en los apartados correspondientes.

3. Inconstitucionalidad de las normas impugnadas.

3.1. Inconstitucionalidad del internamiento involuntario

Presentado el andamiaje normativo y el contexto a la luz del cual se considera que debe analizarse la Ley cuya invalidez se reclamada, se continuará con la exposición de las razones por las cuales se considera que las normas demandadas deben ser expulsadas del sistema normativo poblano.

Para tal fin, debe indicarse que los artículos 5, fracción X, y 52 de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, que establecen la procedencia del internamiento involuntario, transgreden los derechos de reconocimiento de la capacidad jurídica, así como la libertad de las personas con discapacidad mental, intelectual y/o psicosocial.

Como se expuso en líneas previas, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad propone que en todo lo relacionado con la vida y desarrollo social de las personas que viven con algún tipo de discapacidad, se les reconozca como personas en igualdad de condiciones que las demás, asegurando que tomen por sí mismas todas las decisiones que afecten su esfera personal y jurídica.

En efecto, a la luz del artículo 5, en relación con el artículo 12 de la Convención, no existe justificación válida para realizar diferencias respecto del reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad frente a las demás.

De ahí que, en todo momento y de manera específica en los temas relacionados con su salud y los tratamientos médicos que sean recomendados, ese sector de la población tiene la capacidad de decidir de manera autónoma e independiente si quiere continuar o no con un tratamiento determinado, como lo son los internamientos en hospitales psiquiátricos, la medicación o cualquier otro aspecto vinculado con su salud.

Además, la observancia de ese derecho incluye el respeto de su derecho a la libertad y a la seguridad personal previsto en el artículo 14 del referido ordenamiento convencional, ya que la negación de su capacidad y su privación en instituciones contra su voluntad, sin su consentimiento o con el consentimiento del sustituto en la adopción de decisiones, se constituye como una privación arbitraria de la libertad.⁶⁸

En ese tenor, el derecho a la libertad y seguridad personales es uno de los derechos más valiosos que pueden ejercer las personas, por lo que, todas las personas con discapacidad y, en especial, las personas con discapacidad, mental, intelectual y/o psicosocial tienen derecho a la libertad en términos del artículo aludido.

No obstante, contrario a esos parámetros, el legislador local expidió la Ley impugnada estableciendo un sistema que posibilita privar de la libertad involuntariamente a las personas con algún trastorno mental y de comportamiento para recibir un tratamiento en algún hospital psiquiátrico del Estado de Puebla, en los siguientes términos:

⁶⁸ Observación General No. 1 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, párrafo 40.

- **Procedencia:** cuando por encontrarse la persona impedida para solicitarlo por sí misma, por incapacidad transitoria o permanente.
- **Pueden solicitarlo:** un familiar, tutor, representante legal u otra persona interesada.
- **Justificación:** estar en caso de urgencia y que exista un médico calificado que determine la existencia de un trastorno mental y del comportamiento y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros.
- **Notificación sobre el internamiento:** a la persona representante y a la autoridad judicial.
- **Revisión del internamiento:** a cargo de una autoridad judicial a petición de la persona interesada o de su representante, su resolución deberá estar fundada en dictamen pericial y en caso de que resuelva la terminación del internamiento, deberá establecer un plazo para que se ajuste la misma. En todo caso, durante dicho procedimiento deberá garantizarse la defensa de los intereses de la persona internada.

Para esta Comisión protectora de los derechos humanos, los artículos impugnados contienen vicios de constitucionalidad respecto de la procedencia, solicitud y justificación del internamiento involuntario, los cuales transgreden los derechos humanos de las personas que viven con un trastorno mental y de comportamiento, en términos de los artículos 12 y 14 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Lo anterior, derivado de que el sistema de internamiento regulado por la disposición impugnada se fundamenta en el modelo médico rehabilitador, proteccionista y asistencialista de la discapacidad, pues **permite que sea una persona distinta quien decida sobre la solicitud y procedencia de la medida y no propiamente la persona que será internada, vulnerando su derecho a decidir de manera independiente respecto de su situación personal, libertad y salud.**

Con relación a la procedencia del internamiento, el artículo 52 de la ley precisa que puede proceder cuando, por encontrarse la persona impedida para solicitarlo por sí misma *por incapacidad transitoria o permanente*, sea solicitado otra persona.

Es decir, *ipso facto* la norma desconoce la capacidad jurídica de las personas con discapacidad que viven con alguna deficiencia transitoria o permanente, **considerándolas como personas incapaces para tomar sus propias decisiones**. Al respecto, la libertad de tomar las propias decisiones, establecida como principio en el artículo 3) de la Convención, incluye la libertad de asumir riesgos y cometer errores en condiciones de igualdad con las demás personas.

De ahí que el legislador poblano tiene la obligación, la cual fue soslayada, de reconocer y respetar en todo momento la capacidad de tomar decisiones de las personas con algún trastorno mental y de comportamiento, pues al no hacerlo, impidió la manifestación de su voluntad respecto de un tema fundamental en su vida, como lo es la salud.

Además, del análisis general de la Ley de Salud del Estado de Puebla no se desprende de ningún otro artículo medida alguna encaminada a salvaguardar la voluntad de las personas que serán sometidas a ese tipo de internamiento, es decir, el legislador poblano, por una parte, incumplió con su obligación de reconocer la capacidad de las personas en esa situación y, por la otra, en todo caso, de proporcionar acceso a un sistema de apoyo proporcional a las necesidades en la toma de decisiones respecto de su persona y salud, incluso en los casos que la persona necesite un apoyo más intenso.

A mayor abundamiento conviene puntualizar que en la actualidad, pese al gran avance y progresividad de los derechos humanos, persiste la estigmatización de las personas que viven con algún tipo de discapacidad, específicamente intelectual, mental y/o psicosocial. Lo anterior, se ocasiona principalmente por el desconocimiento de lo que implica una discapacidad y especialmente, a la igualdad de las personas en general.

En ese sentido, pese a que existen casos severos en los que conocer la voluntad de las personas pudiera parecer imposible, lo cierto es que las autoridades, particularmente médicas, tienen la obligación de llevar a cabo todas las medidas posibles para buscar obtenerla a través de un sistema de apoyo –como se ha expuesto– que pudiera estar integrado de personas cercanas a la persona, profesionistas en la salud, psicólogas o psicólogos, psiquiatras e incluso abogadas o abogados, que a través de un trabajo multidisciplinario pudieran desentrañar su voluntad y, sólo en caso de que esto no diera resultado, a través de las personas más cercanas, procurar que los asuntos y las decisiones se tomen conforme a la

experiencia de vida de la persona, así como a sus intereses en general, **sin que se llegue a una influencia indebida.**

En ese sentido, el legislador local debió de prever que, el personal médico tendría que velar por que se efectúe la consulta apropiada directamente con la persona con discapacidad y garantizar, en la medida de sus posibilidades, que los asistentes o personas encargadas de prestar apoyo no sustituyan a las personas con discapacidad en sus decisiones ni ejerzan una influencia indebida sobre de ellas.

Esto, pues en caso de las influencias indebidas en la voluntad de las personas, el artículo 12.4 de la Convención establece que se deben de crear salvaguardias, las cuales tienen la finalidad de proteger la voluntad y preferencias de las personas con discapacidad, que deberán ser sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial.

Con todo lo expuesto, es evidente que el desconocimiento de la capacidad jurídica de ese sector de la población no tiene una justificación válida derivado del nuevo paradigma de la discapacidad, pues existen medidas encaminadas a conocer su voluntad aún en los casos más severos en los que el apoyo que necesiten las personas sea más intenso. En consecuencia, **no tiene cabida en ningún ordenamiento jurídico de nuestro país la sustitución de la voluntad de esas personas respecto a cualquier tema que les pudiera afectar directamente.**

No obstante, en términos del artículo impugnado, para solicitar el internamiento basta con que: 1) un familiar, 2) la persona tutora, 3) la persona representante o 4) incluso cualquier otra persona interesada, sea quien manifieste la voluntad de someter a internamiento a la persona que vive con alguna discapacidad o trastorno mental y del comportamiento para validar la privación de su libertad lo cual, además, **se constituye como una privación arbitraria prohibida por el artículo 14 de la Convención.**

En esa línea argumentativa, el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad ha sido enfático al señalar que **el artículo 14 no admite excepciones en virtud de las cuales pueda privarse a una persona de su libertad por motivos de deficiencia real o percibida.**⁶⁹

⁶⁹ Informe del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, página 20.

Acorde con lo anterior, a juicio de este Organismo Nacional, deviene inconstitucional el hecho de que el legislador poblano justificó la procedencia de dicho internamiento por *estar en caso de urgencia y que exista un médico calificado que determine la existencia de un trastorno mental y del comportamiento y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros*, pues se desprende que **la privación de la libertad de las personas que vivan o presenten algún trastorno mental y de comportamiento será porque, debido a dicha condición, existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros.**

Es decir, la justificación de la privación de la libertad de las personas con discapacidad intelectual, mental y/o psicosocial identificadas como trastornos mentales y de comportamiento a través del internamiento involuntario previsto en el artículo impugnado, indudablemente reviste de esa condición, es decir, en el hecho de que viven con alguna discapacidad.

Sobre el particular, el Comité puntualizó que existen Estados - como el nuestro y en lo que interesa en el presente curso, el Estado de Puebla- en los que están vigentes leyes relativas a la salud mental, en las que se continúa previendo casos en que puede recluirse a una persona a causa de su deficiencia real o percibida, siempre y cuando existan otras razones para ello, por ejemplo, que represente un peligro para sí misma o para otras personas, **práctica que es incompatible con el artículo 14 de la multirreferida Convención, pues es discriminatoria y equivale a una privación arbitraria.**⁷⁰

Con ello, a juicio de este Organismo Nacional el internamiento involuntario de personas con discapacidad por motivos de atención médica, en términos de los artículos impugnados, contradice la prohibición absoluta de la privación de libertad por motivos de discapacidad, así como desconoce la capacidad jurídica de esas personas, pues no podrán decidir sobre la atención, el tratamiento ni el ingreso en un hospital o una institución.

En este punto es importante puntualizar que no es desconocido para esta Comisión Nacional que existen excepciones donde es posible que el personal médico actúe sin el consentimiento del paciente, no obstante, esas excepciones tienen que ser entendidas y aplicadas de forma restrictiva, es decir única y exclusivamente frente

⁷⁰ *Ibidem.*

a casos en los que se requiera un tratamiento médico o quirúrgico inmediato de urgencia o emergencia.

Al respecto, la Corte Interamericana en la sentencia del caso Guachalá Chimbo y otros vs Ecuador, determinó que la urgencia o emergencia se refiere a la inminencia de un riesgo y, por ende, a una situación en que la intervención es necesaria ya que no puede ser pospuesta, excluyendo aquellos casos en los que se puede esperar para obtener el consentimiento.

Conforme a lo anterior, la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla en su artículo 49, fracción II, establece justamente el internamiento de emergencia, respecto del cual este Organismo Nacional únicamente se pronunciará respecto del lenguaje discriminatorio y estigmatizante que utilizó el legislador, mas no de la inconstitucionalidad de esa medida médica.

Lo anterior, dado que el internamiento de las personas con discapacidad intelectual, mental y/o psicosocial presentada como un trastorno mental y de comportamiento no está vedado en términos absolutos, pero su aplicación se restringe únicamente en casos de atención urgente, en los que la intervención médica sea necesaria para salvaguardar la salud de esas personas y no pueda esperarse o prologar el tiempo de dicha intervención y menos aún, justificando que derivado de una discapacidad, la persona implica un riesgo para sí misma o para los demás.

Así, la reclusión involuntaria de las personas con discapacidad basada en el riesgo o el peligro, la supuesta necesidad de atención o tratamiento u otras razones vinculadas a la deficiencia o a un diagnóstico médico, como la gravedad de la deficiencia, se reitera, atenta contra el derecho a la libertad y equivale a una privación arbitraria.

Por tanto, es innegable que todas las personas, incluidas aquellas con discapacidad, en atención a su propio interés de preservar su vida, salud e integridad, no deben hacerse daño, por lo que resulta innecesario, estigmatizante y discriminatorio establecer como justificación de la privación de las personas con discapacidad el hecho de que, derivado de su condición, representan un peligro, pues de ser así, se le aplica un criterio distinto al resto de las personas. Esto derivado, de que se les considera como personas peligrosas por su discapacidad antes que considerarlas como personas en igualdad de condiciones que las demás.

En conclusión, esa Comisión Nacional de los Derechos Humanos considera que el internamiento involuntario reconocido en los artículos 5, fracción X, en la porción normativa indicada, y 52 de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla permite privar de la libertad de manera arbitraria a las personas que viven con algún trastorno mental y de comportamiento y que, derivado de esa situación se niega su capacidad jurídica para manifestar su aceptación o la negativa a dicho tratamiento tomando como base su *incapacidad transitoria o permanente*, además de considerar que derivado de lo anterior, estigmatiza a ese sector de la población al considerar que implica una *situación de riesgo para sí mismo o para los demás*.

Como corolario, es importante precisar que el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en las Observaciones finales sobre el informe inicial de México, exhortó a nuestro Estado a que:

- a) **Elimine las medidas de seguridad que implican forzosamente tratamiento médico-psiquiátrico en internamiento y promueva alternativas que sean respetuosas de los artículos 14 y 19 de la Convención;**
- b) **Derogue la legislación que permita la detención basada en la discapacidad y asegure que todos los servicios de salud mental se suministren con base en el consentimiento libre e informado de la persona concernida.**

Por todas esas consideraciones y en armonía a los compromisos adquiridos por nuestro país, el sistema de internamiento involuntario debe ser superado y expulsado de los ordenamientos jurídicos locales, e incluso generales de nuestro país por basarse en el sistema médico rehabilitador, asistencialista y proteccionista de las personas con discapacidad intelectual, mental y/o psicosocial.

Por las implicaciones de las normas impugnadas, es claro que el sistema relativo al internamiento voluntario resulta contrario al modelo social de la discapacidad, al reconocimiento de la capacidad jurídica, así como a la libertad de las personas que viven con alguna discapacidad, consagrados en la Convención sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad, por lo que lo procedente será que ese Máximo Tribunal Constitucional declare la invalidez de las normas reclamadas.

3.2. Transgresión al consentimiento informado de cualquier tratamiento médico de las personas con discapacidad.

En el presente subapartado se evidenciará que el artículo 7, fracción V, en sus porciones normativas *“en el caso de internamiento involuntario”* y *“o se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente”*, de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, vulnera el derecho al consentimiento informado de las personas con discapacidad y en consecuencia, su derecho a la salud previsto en el párrafo cuarto del artículo 4° de la Constitución General, así como en el 25 de la Convención de la materia.

Como se expuso en el apartado correspondiente al consentimiento informado, este se constituye como un elemento fundamental del derecho a la salud, pues implica la obligación del personal de la salud de informar en calidad y en cantidad suficiente al paciente competente, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva, así como las posibles alternativas.

De este modo, el derecho en mención implica que todos los tratamientos médicos deben ser informados y consentidos por los pacientes conforme a la explicación dada por el médico tratante, respetando la voluntad de los pacientes en todo momento respecto de si quieren o no continuar con dicho tratamiento.

Por lo anterior, se puede decir que el consentimiento informado se encuentra compuesto por dos derechos fundamentales:

- **Derecho a la información:** la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado.

- **Libertad de elección:** después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. **Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.**

Ahora bien, en relación con los tratamientos de las personas con discapacidad, este derecho tiene que ser analizado e interpretado conforme lo disponen los artículos 5 (igualdad y no discriminación), 12 (reconocimiento de la capacidad jurídica) y 25 (derecho a la salud) de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Derivado de lo anterior, se tiene que entender que el consentimiento informado en cualquier tratamiento médico recomendado a las personas con discapacidad tiene que ser:

- **Respetado y garantizado en igualdad de condiciones que las demás personas.** Esto implica que no es permisible realizar distinciones injustificadas entre la forma en que se brinda la información por parte del médico al paciente, así como en la elaboración material del mismo por razones de discapacidad de la persona y su aceptación.

Por lo que, las únicas distinciones viables respecto de las personas con discapacidad son aquéllas que podrían considerarse como un ajuste razonable, con la finalidad de que la persona conozca por sí misma el tratamiento, duración, intensidad y demás datos relacionados con el mismo, que le garanticen conocer fehacientemente cada particularidad y, sobre esa base, exprese su voluntad o no respecto del tratamiento que se le ha propuesto.

- **Respetar la voluntad de la persona a quien se le recomienda algún tratamiento.** Derivado de la importancia e impacto que genera un tratamiento médico en la salud de las personas con discapacidad, se tiene que velar en todo momento que la persona decida por sí misma y no a través de terceras personas respecto de si desea continuar, suspender o terminar con un tratamiento determinado.

En este sentido, el reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad es fundamental e indispensable para que ese sector de la población decida de manera autónoma e independiente respecto de las cuestiones relacionadas a su salud.

- **Acceso al derecho a la protección de la salud sobre la base de un consentimiento libre e informado.** El artículo 25, inciso d), de la Convención

establece la exigencia, por parte de los Estados, a los profesionales de la salud de prestar atención de la misma calidad a las personas con discapacidad que a las demás.

Además, precisa que **toda prestación de la salud tiene que realizarse sobre la base del consentimiento libre e informado**, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de ese sector de la población a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud.

Ahora bien, el artículo 7, fracción V, que se somete a examen constitucional ante esa Suprema Corte de Justicia de la Nación, establece el derecho al consentimiento informado de las personas con discapacidad representada como un trastorno mental y de comportamiento.

Sin embargo, a juicio de este Organismo Nacional, el numeral en comento contiene vicios de constitucionalidad al establecer que dicho consentimiento se podrá exceptuar cuando se trate de internamiento involuntario o bien, se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente.

Para una mayor claridad, el referido artículo se transcribe a continuación:

Artículo 7. Son derechos de las personas que padezcan un trastorno mental y del comportamiento:

- I. Recibir atención de calidad y continuidad en materia de salud mental;
- II. Ser tratado con respeto a su dignidad, cultura, valores y sin discriminación;
- III. Recibir un tratamiento conforme a los principios médicos científicamente aceptados;
- IV. Contar con un representante que cuide en todo momento sus intereses;
- V. **Consentimiento informado de la persona o su representante, en relación al tratamiento a recibir. Sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de caso urgente o se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente;**
- VI. A que le sean impuestas únicamente las restricciones necesarias para garantizar su protección y la de terceros. En todo momento, se deberá procurar que el internamiento sea lo menos restrictivo posible y que el tratamiento a recibir sea lo menos agresivo posible;
- VII. A que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico y revisado periódicamente;
- VIII. A no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona;
- IX. A ser tratado y atendido en su comunidad o lo más cerca posible al lugar en donde habiten sus familiares o amigos, y
- X. A la confidencialidad de la información sobre su persona.

En efecto, la fracción V del artículo en análisis establece, en principio, que el consentimiento informado será un derecho de las personas usuarias de las instituciones médicas de salud mental en el Estado de Puebla. Sin embargo, también señala tres supuestos en los que se exceptuará el derecho de las personas con algún trastorno mental y de comportamiento:

- **Tratándose de internamiento involuntario.**
- Respecto del internamiento urgente.
- **Se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente.**

Conviene reiterar que, en relación con el supuesto de excepción de ese derecho por tratarse de un caso urgente, se retoman las consideraciones ya manifestadas por esta Institución Nacional, en la que se explicó que, en efecto, existen casos excepcionales en los que, derivado de la urgencia o emergencia médica, el personal de la salud puede actuar sin el consentimiento de la persona.

Sin embargo, los supuestos en los que conforme a la ley combatida se exceptuará el consentimiento informado, a saber, tratándose de internamiento involuntario o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente, se aleja y sobrepasa el único caso de excepción a la regla general de aquiescencia del paciente.

Respecto de la excepción permitida por el artículo impugnado, cuando se trate de internamiento involuntario, este Organismo Nacional argumentó sólidamente que ese tratamiento es inconstitucional e inconveniente por transgredir diversos derechos de las personas con discapacidad. Uno de esos derechos es, precisamente, el derecho al consentimiento informado.

Efectivamente, de la interpretación de los artículos 7, fracción V –respecto de la excepción del consentimiento informado tratándose de internamiento involuntario– y 52 de la Ley impugnada, se desprende que su justificación estriba en entender que la persona sometida a ese tratamiento *no cuenta con capacidad para decidir* sobre su situación, derivado de una *incapacidad con la que vive*.

Por lo que, el legislador poblano consideró pertinente establecer que, con base en esa premisa, el consentimiento informado de las personas con algún trastorno mental y de comportamiento que sean internadas involuntariamente podría ser

omitido, lo cual se constituye como una transgresión flagrante a los derechos humanos de esas personas.

Específicamente porque, como se manifestó previamente, desconoce la capacidad de tomar decisiones de esas personas de forma independiente por vivir con alguna discapacidad. Así, y toda vez que el legislador no estableció ninguna medida encaminada a conocer la voluntad de las personas, ni a que pudieran decidir por sí mismas, es evidente el incumplimiento de su obligación para conocer su voluntad respecto de si quieren o no ser sometidas, continuar, suspender o terminar un tratamiento médico.

Se reitera que incluso en situaciones de crisis, las autoridades médicas tienen la obligación de prestar apoyo a las personas con discapacidad, proporcionándole información exacta y accesible sobre las opciones de servicios disponibles y ofreciéndole alternativas no médicas.⁷¹

Al respecto, la Corte Interamericana en la sentencia del caso Guachalá Chimbo y otros vs Ecuador determinó que **sólo en caso de ausencia medidas de planeación anticipada, y que después de realizar un esfuerzo considerable por obtener el consentimiento no sea posible determinar la voluntad y las preferencias de una persona, es permisible la determinación de la mejor interpretación posible de la voluntad y las preferencias.** Además, precisó que este último recurso implica determinar lo que la persona había deseado, tomando como base las preferencias, los valores, las actitudes, los argumentos y los hechos anteriores, incluidas las formas de comunicación verbales o no verbales de la persona concernida.⁷²

Contrario a las directrices apuntadas, el legislador local estableció en el artículo 7, fracción V, de manera general y sin considerar algún tipo de medida o apoyo para conocer la voluntad de las personas que serán sometidas a internamiento involuntario, respecto de cuestiones relacionadas con su salud, con lo cual no solo transgredió el derecho al consentimiento informado, sino también al derecho a la

⁷¹ Cfr. Informe del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, A/72/55, Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad, párr. 22. Ver también, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General No. 1: Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, U.N. Doc. CRPD/C/GC/1, párr. 42.

⁷² Cfr. párrafo 134.

libertad personal, a la dignidad y a la vida privada, así como al acceso a la información.

Finalmente, en relación con la porción normativa *“o se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente”* del mismo artículo, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos considera que, además de los vicios de constitucionalidad precisados las líneas previas en cuando a la obligación del personal de la salud de informar claramente los alcances, duración y demás datos relevantes de los tratamientos médicos a todas las personas en igualdad de circunstancias, la norma resulta demasiado amplia, permitiendo la discrecionalidad al personal médico, para que, conforme a su arbitrio estimen que el tratamiento recomendado es el adecuado, sin antes consultarlo con el paciente o sus familiares.

Lo anterior, pues, aunque existan pruebas clínicas o científicas sobre que determinado tratamiento pudiera ser el adecuado para las necesidades de cada persona, esa circunstancia no exime al personal médico de su obligación de informar a los pacientes de manera clara, precisa y suficiente respecto de la duración, intensidad, riesgos, beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, en caso de que las hubiera.

Esto pues las personas tienen el derecho de decidir, de manera independiente, conforme a sus intereses personales en el desarrollo de su vida y su salud, sobre si quieren o no someterse a determinado tratamiento médico, pues existe un gran número de variables que intervienen en esa decisión, como diferentes tratamientos médicos que, a juicio de las personas, solo será aquel que consideren sea el más adecuado o al que quieren y estén dispuestas a llevar a cabo.

En efecto, para este Organismo Nacional, la omisión de garantizar el derecho al consentimiento informado sobre la base de que se ha comprobado que el tratamiento decidido por el personal médico es el adecuado, deviene inconstitucional por negar y desconocer la voluntad de las personas que serán sujetas a un tratamiento, pues no tendrán oportunidad de manifestar si quieren o no que se les aplique ese tratamiento.

Por todas esas consideraciones, esta Comisión Autónoma llega a la convicción de que el artículo 7, fracción V, en sus porciones normativas *“en el caso de internamiento involuntario”* y *“o se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente”*, de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla vulnera el

derecho al consentimiento informado de las personas que acudan a cualquier institución de salud mental en esa entidad, así como su derecho a la salud, a la libertad personal, a la dignidad y vida privada y al derecho al acceso a la información.

Como corolario a lo anterior, llama la atención de esta Institución Autónoma que el sistema de salud mental a nivel nacional continúa basándose en el modelo médico rehabilitador de la discapacidad, pues la Ley General de Salud en su Capítulo VII denominado “Salud Mental”⁷³ –enfocada a la discapacidad mental en las personas– pues será a través de un tratamiento médico como se podrán rehabilitar e insertarse en la sociedad, además de que reconoce figuras asistencialistas y paternalistas sobre las personas que viven con alguna discapacidad mental, intelectual y/o psicosocial representada como un trastorno mental y de comportamiento.

De manera particular, preocupa a este Organismo que la referida Ley General establezca en sus artículos 74 Bis, fracción III⁷⁴, así como 75⁷⁵, segundo párrafo, la

⁷³ Artículos 72 a 77 de la Ley General de Salud Mental.

⁷⁴ “**Artículo 74 Bis.** - La persona con trastornos mentales y del comportamiento tendrá los siguientes derechos:

I. Derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental y acorde con sus antecedentes culturales, lo que incluye el trato sin discriminación y con respeto a la dignidad de la persona, en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud;

II. Derecho a contar con un representante que cuide en todo momento sus intereses. Para esto, la autoridad judicial deberá cuidar que no exista conflicto de intereses por parte del representante;

III. Derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación al tratamiento a recibir. Esto sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente;

IV. Derecho a que le sean impuestas únicamente las restricciones necesarias para garantizar su protección y la de terceros. En todo caso, se deberá procurar que el internamiento sea lo menos restrictivo posible y a que el tratamiento a recibir sea lo menos alterador posible;

V. Derecho a que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente y modificado llegado el caso;

VI. Derecho a no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona;

VII. Derecho a ser tratado y atendido en su comunidad o lo más cerca posible al lugar en donde habitan sus familiares o amigos, y

VIII. Derecho a la confidencialidad de la información psiquiátrica sobre su persona.

⁷⁵ “**Artículo 75.-** El internamiento de personas con trastornos mentales y del comportamiento, como último recurso terapéutico, se ajustará a principios éticos, sociales, de respeto a los derechos humanos y a los requisitos que determine la Secretaría de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Será involuntario el internamiento, cuando por encontrarse la persona impedida para solicitarlo por sí misma, por incapacidad transitoria o permanente, sea solicitado por un familiar, tutor, representante legal o, a falta de los anteriores, otra persona interesada, que en caso de urgencia solicite el servicio y siempre que exista la intervención de un médico calificado, que determine la

misma regulación respecto de las normas impugnadas en el presente medio de control constitucional, en torno al consentimiento informado y al internamiento involuntario, respectivamente.

Derivado de lo anterior, reproduce el modelo normativo contenido en el Ley General de Salud respecto del tratamiento de cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad intelectual, mental y/o psicosocial, los cual también se estima incompatible con el parámetro de regularidad constitucional, por lo que es imperativo y necesario que todas las autoridades de los tres niveles de gobierno dejen de utilizar el modelo médico-rehabilitador de la discapacidad y comenzar a regular todas las cuestiones con ese sector de la población partiendo de los parámetros establecidos por la Convención sobre los Derechos de la personas con Discapacidad, a la luz del modelo social de la discapacidad.

3.3. Invalidez de las porciones impugnadas de los artículos 49 y 52 de la ley por lenguaje discriminatorio

En el presente apartado se desarrollaron los argumentos que sostienen la invalidez de las porciones normativas *“o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás”*, de la fracción II del artículo 49, e *“y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros”*, del párrafo primero del artículo 52, ambos de la Ley de Salud Mental poblana, para lo cual se desarrollaran los alcances de cada una de éstas.

En esa lógica, se iniciará el análisis de la porción cuestionada de la fracción II del artículo 49 de la Ley de Salud Mental local, para lo cual se estima pertinente traer el texto íntegro de la referida disposición, el cual a la letra es el siguiente:

existencia de un trastorno mental y del comportamiento y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros.

La decisión de internar a una persona deberá ser notificada a su representante, así como a la autoridad judicial.

El internamiento involuntario será revisado por la autoridad judicial a petición de la persona internada o de su representante. La resolución de la autoridad judicial deberá estar fundada en dictamen pericial y, en caso de que se resuelva la terminación del internamiento, deberá establecer un plazo para que se ejecute la misma. En todo caso, durante dicho procedimiento deberá garantizarse la defensa de los intereses de la persona internada.

Las autoridades sanitarias deberán coordinarse con los organismos públicos de protección a los derechos humanos para que los establecimientos dedicados a la atención y tratamiento de las personas con trastornos mentales y del comportamiento sean supervisados continuamente, a fin de garantizar el respeto a los derechos de las personas internadas.”

“ARTÍCULO 49. El ingreso de las personas usuarias a las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica podrá ser voluntario, de emergencia o por orden de autoridad competente y se ajustará a los procedimientos siguientes:

I. El ingreso voluntario requiere de la indicación del médico tratante y de la autorización de la persona usuaria, ambas por escrito, informando a sus familiares o a su representante legal;

*II. **El ingreso de emergencia** se presenta en el caso de personas con trastornos mentales y del comportamiento severos que requieran atención **urgente o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás**, requiere la indicación de un médico psiquiatra y la autorización de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso necesario, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad Hospitalaria. En cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento, para que, en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario, y*

III. El ingreso por orden de autoridad se lleva a cabo cuando lo solicita una Autoridad Judicial siempre y cuando el usuario lo amerite de acuerdo con el examen médico psiquiátrico.”

De lo anterior se desprende que el diverso 49 del ordenamiento cuestionado prevé que el ingreso de las personas usuarias a las unidades que brinden servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica podrá ser voluntario, de emergencia o por orden de autoridad competente.

De los mencionados internamientos o ingresos, sobresale el **de emergencia**, el cual tendrá lugar cuando se requiera atención *“urgente o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás”*, el cual requerirá de la indicación de un médico psiquiatra y la autorización de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito.

Asimismo, prevé que, en caso necesario, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad Hospitalaria, puntualizando que, en cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento, para que, en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario.

Ahora bien, a juicio de esta Comisión Nacional, la porción normativa *“urgente o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás”* del precepto en estudio constituye una discriminación indirecta, pues refuerza los estereotipos y estigmas en torno a las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental que han predominado históricamente.

Para arribar a la anterior premisa, este Organismo Autónomo estima imprescindible resaltar que la fracción II del artículo cuestionado expresamente determina que el

ingreso de emergencia se presenta en el caso de personas con trastornos mentales y del comportamiento severos que requieran atención *“urgente o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás”*.

Es decir, el **ingreso de emergencia**, en términos de la fracción II del artículo 49 de la Ley de Salud Mental, es procedente cuando las personas con trastornos mentales y del comportamiento severos requieran atención:

- a) Urgente, o
- b) Represente un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás.

En ese sentido, esta Institución Autónoma considera indispensable destacar los alcances del vocablo *“urgente”*, el cual evoca que *urge*⁷⁶. Por su parte la voz *urge* alude, entre otras, a pedir o exigir algo con urgencia o apremio⁷⁷. Empero, las mencionadas connotaciones se estiman insuficientes para analizar el caso en concreto.

Por ello, este Ombudsperson retoma la conceptualización de **urgencia o emergencia** realizada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en la cual precisó que se **refiere a la inminencia de un riesgo y, por ende, a una situación en que la intervención es necesaria ya que no puede ser pospuesta, excluyendo aquellos casos en los que se puede esperar para obtener el consentimiento**⁷⁸.

Asimismo, el Tribunal interamericano supranacional sostuvo que existen excepciones en las cuales el personal de salud actúe sin la exigencia del consentimiento, **en los casos** en los que éste no pueda ser brindado por la persona y **que sea necesario un tratamiento médico o quirúrgico inmediato, de urgencia o de emergencia, ante un grave riesgo contra la vida o la salud del paciente**⁷⁹.

En esa coyuntura, esta Comisión Nacional estima que solamente bastaba que se estableciera –en el texto de la fracción II del artículo 49 de la Ley de Salud Mental poblana– que **el ingreso de emergencia tendrá lugar cuando** las personas con trastornos mentales y del comportamiento severos **requieran atención urgente**,

⁷⁶ Real Academia Española, disponible en <https://dle.rae.es/urgente> [consultado 08/11/2021].

⁷⁷ Real Academia Española, disponible en <https://dle.rae.es/urgir> [consultado 08/11/2021].

⁷⁸ Cfr. Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Guachalá Chimbo y otros Vs. Ecuador, sentencia, fondo, reparaciones y costas del 26 de marzo de 2021, párr. 132.

⁷⁹ Cfr. Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso I.V. Vs. Bolivia, sentencia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas del 30 de noviembre de 2016, párr. 177.

pues en términos de la anterior conceptualización, se trata de una circunstancia que representa un inminente riesgo contra la vida, la salud o integridad de la persona de que se trate.

Por lo tanto, la porción normativa *“urgente o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás,”* de la fracción II del precepto controvertido constituye una medida legislativa que **perpetúa estigmas en torno a las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental, toda vez que parte de una premisa basada en la “peligrosidad” de dicho sector.**

Ahora, por lo tocante a la porción normativa *“y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros”* del párrafo primero del artículo 52 de la Ley de Salud de Mental estatal, este Ombudsperson considera que también adolece del mismo vicio que la porción normativa de la fracción II del artículo 49 de ese ordenamiento ya estudiada.

Para sustentar la indicada premisa, resulta trascendental referir *a grosso modo* el contenido del mencionado artículo 52 del ordenamiento multirreferido, el cual admite **el internamiento involuntario** cuando por *encontrarse la persona impedida* para solicitarlo por sí misma, por incapacidad transitoria o permanente, sea solicitado por un familiar, tutor, representante legal o, a falta de los anteriores, otra persona interesada, que en caso de urgencia solicite el servicio y siempre que exista la intervención de un médico calificado, que determine la existencia de un trastorno mental y del comportamiento y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros.

Por lo anterior, esta Comisión Nacional advierte, primeramente, que la expresión *“y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros”* constituye igualmente un lenguaje discriminatorio, pues perpetúa estereotipos y estigmas basados en estimaciones de *“peligrosidad”* en torno de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental, cuestión que queda especialmente evidenciada en esta modalidad de internamiento.

Asimismo, este Organismo Autónomo aprecia que el artículo 52 de la Ley de Salud Mental poblana, en su totalidad, se encuentra permeado de estereotipos, estigmas y prejuicios que excluyen, segregan, aíslan y desconocen la dignidad humana de las personas con discapacidades psicosocial, intelectual y mental, pues permite que se

silencie y confine a esta población con el ánimo de invisibilizarla y evitar que “*molesten o importunen*” al resto de la sociedad.

La apuntada circunstancia, a consideración de esta Institución Nacional, constituye un tratamiento violatorio de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental, ya que es una forma de perpetuar la discriminación y la segregación de dicho sector, impidiendo que sus integrantes tengan una vida digna, autónoma e independiente dentro de la sociedad.

Al respecto, se resalta que los estigmas surgen del tipo de socialización cultural de las discapacidades psicosocial, intelectual y mental, las cuales tienen asociados creencias, sentimientos y significados que suelen ser relacionados al rechazo y al no reconocimiento.

En ese sentido, el estigma es una marca que se le imprime a una persona que permite identificarla con ciertos rasgos que son asociados culturalmente a la marca, asimismo los estereotipos constituyen una pre-concepción de atributos, conductas o características poseídas o papeles que son o deberían ser ejecutados por las personas en situación de discapacidad psicosocial, intelectual y mental, basados en prácticas socialmente persistentes.

Esta respuesta es cultural, y agrupa a los sujetos estigmatizados y estereotipados en una categoría social que suele ser valorada como inferior, con significantes asociados a la incapacidad o la inferioridad.

Además, en el caso de las discapacidades psicosocial, intelectual y mental se tienen concepciones relativas a violencia, sensación de peligro, incapacidad para tomar decisiones, desesperanza entre otros, misma que se proyectan en las porciones normativas impugnadas, pues bastaba que el legislador poblano estableciera que el ingreso de emergencia tendría lugar cuando se requiriera asistencia urgente.

Por lo tanto, las expresiones que se refieren a un grupo social determinado— personas con discapacidades psicosocial, intelectual y mental en el caso en concreto— relativas a rasgos por los cuales han sido ofendidos a título colectivo por

el resto de la comunidad, constituye un **lenguaje** que descalifica al mismo, que adquiere la **calificativa de discriminatorio**⁸⁰.

Así, el **lenguaje discriminatorio se caracteriza por destacar categorías de las señaladas en el artículo 1º constitucional para clasificar a determinadas personas**, tales como el origen étnico o nacional, el género, **las discapacidades**, la condición social, la religión y las preferencias sexuales, **ello mediante elecciones lingüísticas que denotan un rechazo social**⁸¹.

La relación entre lenguaje y la identidad de las personas conlleva una mezcla compleja de factores individuales, sociales y políticos **que permite que las mismas se consideren miembros de una colectividad o se sientan excluidas de ésta, por ende, el uso del lenguaje puede permitir la eliminación de prácticas de exclusión y estigmatización**⁸².

En ese sentido, es indiscutible que el lenguaje influye en la percepción que las personas tienen de la realidad, provocando que los prejuicios sociales, mismos que sirven de base para las prácticas de exclusión, se arraiguen en la sociedad mediante expresiones que predisponen **la marginación de ciertos individuos**⁸³.

En consecuencia, las porciones normativas en combate de la Ley de Salud Mental poblana constituyen disposiciones con lenguaje discriminatorio, pues refuerza los estereotipos y estigmas en torno a las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental que han predominado históricamente y que continúan arraigadas en las instituciones políticas, sociales, culturales y jurídicas.

Así, las disposiciones normativas impugnadas contravienen la obligación a cargo del legislador poblano –derivada del artículo 1º de la Norma Fundamental– relativa a que al ejercer su facultad legislativa no solamente use términos o fórmulas que aparenten neutralidad, **sino que deben llevar a cabo un ejercicio reflexivo, consciente, informado y prudente que tenga como resultado la redacción de un texto normativo que, sin lugar a dudas o a interpretaciones, sea incluyente en su**

⁸⁰ Cfr. Sentencia del amparo directo en revisión 2806/2012, dictada por la Primera Sala de esa Suprema Corte de Justicia de la Nación, en sesión ordinaria del 6 de marzo de 2013, bajo la ponencia del Ministro Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, p. 39.

⁸¹ Cfr. Sentencia del amparo directo en revisión 2806/2012, *Óp. Cit.*, pp. 39 y 40.

⁸² Cfr. Sentencia del amparo directo en revisión 2806/2012, *Óp. Cit.*, pp. 40.

⁸³ *Ídem*.

manifestación y proscriba cualquiera asomo de discriminación en su lectura y aplicación⁸⁴.

En ese tenor, el deber de cuidado en la terminología empleada tiene un doble efecto en el sistema jurídico: por una parte, **al velar por la utilización de las palabras más apropiadas en la creación de una norma, se materializa y reconoce el principio de igualdad y no discriminación;** por otra, se genera seguridad jurídica a los gobernados, ya que el margen de interpretación de una norma determinada (por parte de la autoridad a quien corresponde su aplicación) se reduce mediante el uso de la terminología adecuada, con lo cual se evitan intelecciones que conduzcan a discriminar a ciertos sujetos⁸⁵.

Por lo tanto, es innegable que las porciones normativas tildadas de inconstitucionales contienen un lenguaje discriminatorio, que contempla en sí mismas estereotipos y estigmas en torno de las personas con discapacidades psicosocial, intelectual y mental, destacando una de las categorías sospechosas contenidas en el último párrafo del artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, **mediante elecciones lingüísticas que denotan un rechazo social hacia ese sector de la población⁸⁶.**

Ello, ya que los preceptos en combate presuponen que las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental representan un riesgo o peligro, no solo para ellas sino para la sociedad, con base a un señalamiento estigmatizante –transmitido de generación en generación– que impone **temor a este colectivo con necesidades específicas y que tiene como efecto su segregación de la vida social.**

Consecuentemente, las disposiciones normativas generan un efecto discriminatorio en perjuicio de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental, pues parten de una concepción estructural e histórica sobre el “*peligro o riesgo*” que

⁸⁴ Cfr. Sentencia del amparo en revisión 710/2016, dictada por la Segunda Sala de esa Suprema Corte de Justicia de la Nación, en sesión ordinaria del 30 de noviembre de 2016, bajo la ponencia del Ministro Javier Laynez Potisek, párr. 28.

⁸⁵ Cfr. Sentencia del amparo en revisión 710/2016, *Óp. Cit.*, párr. 29.

⁸⁶ Sirve de sustento la Tesis 1ª.CXLVII/2013, de la Primera Sala de esa Suprema Corte de Justicia de la Nación, Décima Época, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, mayo de 2013, p. 549, del rubro “**LIBERTAD DE EXPRESIÓN. EL LENGUAJE DISCRIMINATORIO SE CARACTERIZA POR DESTACAR CATEGORÍAS DE LAS SEÑALADAS EN EL ARTÍCULO 1o. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, MEDIANTE ELECCIONES LINGÜÍSTICAS QUE DENOTAN UN RECHAZO SOCIAL.**”

representan y que tradicionalmente se les ha acuñado en un orden dominante que deniega la diversidad funcional. Para colegir tal circunstancia, resulta conveniente tener en cuenta, como se ha venido esbozando, los factores contextuales o estructurales⁸⁷ en los que están inmersos.

Es decir, el hecho de que el legislador poblano emplee la expresión “*un riesgo inmediato para sí misma o para los demás*” o “*que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros*”, visibiliza la discriminación histórica que han padecido las personas con discapacidad psicosocial, mental e intelectual, ante la falta de información y las barreras sociales que niegan la diversidad funcional.

En ese contexto, los preceptos normativos en combate contribuyen a edificar un significado de exclusión o degradación basada en estigmas, estereotipos y prejuicios relativos a la peligrosidad que representan las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental, los cuales constituyen tratos humillantes, así como de exclusión y segregación.

En consecuencia, se impone a las personas en situación de discapacidad psicosocial, intelectual y mental, atribuciones que trastocan su dignidad humana y desconocen su autonomía humana, así como su capacidad para tomar decisiones.

Asimismo, el legislador poblano paso por alto la obligación convencional que tienen los Estados partes de la Convención sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad, relativa a adoptar medidas específicas que no perpetúen el aislamiento, la segregación, los estereotipos, la estigmatización ni otros tipos de discriminación contra las personas en situación de discapacidad⁸⁸.

En términos de lo hasta aquí expuesto, ese Máximo Tribunal Constitucional debe proceder a declarar la invalidez de los artículos 49, fracción II, en su porción normativa “*o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás*”, y 52, primer párrafo, en la porción normativa “*y que debido a dicho trastorno existe un peligro*

⁸⁷ Véase la Tesis 1ª. CXXI/2018, de la Primera Sala de esa Suprema Corte de Justicia de la Nación, Décima Época, publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, septiembre de 2018, p. 841, del rubro “**DISCRIMINACIÓN INDIRECTA O NO EXPLÍCITA. SU DETERMINACIÓN REQUIERE EL ANÁLISIS DE FACTORES CONTEXTUALES Y ESTRUCTURALES**”.

⁸⁸ Cfr. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General Número 6 “*Sobre la igualdad y no discriminación*”, Óp. Cit., párr. 29.

grave o inmediato para sí mismo o para terceros”, de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla al constituirse como normas permeadas de lenguaje discriminatorio.

XI. Cuestiones relativas a los efectos.

Se hace especial hincapié en que los argumentos vertidos por esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos sustentan la inconstitucionalidad de las disposiciones impugnadas en el presente medio de control constitucional, publicadas en el Periódico Oficial del Estado de Puebla el 12 de octubre de 2021, por lo que se solicita atentamente que, de ser tildadas de inconstitucionales, se extiendan los efectos a todas aquellas normas que estén relacionadas, conforme a lo dispuesto por los artículos 41, fracción IV, y 45, segundo párrafo, de la Ley Reglamentaria de las Fracciones I y II del artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

A N E X O S

1. Copia certificada del Acuerdo del Senado de la República por el que se designa a María del Rosario Piedra Ibarra como Presidenta de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (Anexo uno).

Si bien es un hecho notorio que la suscrita tiene el carácter de Presidenta de esta Comisión Nacional, dado que es un dato de dominio público conocido por todos en la sociedad mexicana respecto del cual no hay duda ni discusión alguna, de conformidad con el artículo 88 del Código Federal de Procedimientos Civiles, de aplicación supletoria en términos del artículo 1° de la Ley Reglamentaria de la Materia, lo cual exime de la necesidad de acreditar tal situación, se exhibe dicho documento en copia certificada.

Con fundamento en el artículo 280, primer párrafo, del Código Federal de Procedimientos Civiles, de aplicación supletoria a la materia en términos del artículo 1° de la Ley Reglamentaria de las Fracciones I y II del Artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, solicito que en el acuerdo de admisión se ordene la devolución de dicha documental, y que, en sustitución de la misma, se deje en autos copia cotejada por el secretario que corresponda, toda vez que el

documento antes descrito es de utilidad para los fines que persigue este Organismo Constitucional.

2. Copia simple del Periódico Oficial del Estado de Puebla del 12 de octubre de 2021, que contiene el Decreto por el que se expidió la Ley de Salud Mental del Estado de dicha entidad. (Anexo dos).

3. Disco compacto que contiene la versión electrónica del presente escrito (Anexo tres).

Por lo antes expuesto y fundado, a ustedes, Ministras y Ministros integrantes del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, atentamente pido:

PRIMERO. Tener por presentada la acción de inconstitucionalidad que promuevo como Presidenta de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

SEGUNDO. Admitir a trámite la presente demanda de acción de inconstitucionalidad en sus términos.

TERCERO. Tener por designados como delegados y autorizados a los profesionistas indicados al inicio de este escrito, así como por señalado domicilio para oír y recibir notificaciones y documentos. Asimismo, se solicita acordar que los autorizados a que se hace referencia, puedan tomar registro fotográfico u obtener copias simples de las actuaciones que se generen en el trámite de la presente acción de inconstitucionalidad.

CUARTO. Admitir los anexos ofrecidos en el capítulo correspondiente.

QUINTO. En el momento procesal oportuno, declarar fundado el concepto de invalidez y la inconstitucionalidad e inconveniencia de las normas impugnadas.

SEXO. En su caso, se solicita a ese Alto Tribunal, que al dictar sentencia corrija los errores que advierta en la cita de los preceptos invocados, así como del concepto de invalidez planteado en la demanda.

Ciudad de México, a 11 de noviembre de 2021

**MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN NACIONAL
DE LOS DERECHOS HUMANOS**

LMP



CNDH
M É X I C O