



Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Distr. general
13 de mayo de 2026

Original: español
Árabe, español, francés e inglés
únicamente

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Investigación sobre México realizada en virtud del artículo 6 del Protocolo Facultativo de la Convención

Observaciones de México*

[Fecha de recepción: 23 de marzo de 2026]

* El presente documento se publica sin haber sido objeto de revisión editorial oficial.



Introducción

1. El Estado mexicano presenta ante el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (el Comité) sus comentarios a las conclusiones de la investigación realizada en virtud del artículo 6 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (la Convención o CDPD). Lo hace con pleno reconocimiento de la centralidad de los derechos de las personas con discapacidad en la agenda nacional y con el firme compromiso de la implementación integral de la Convención y su Protocolo Facultativo.
2. El Estado mexicano toma en consideración las conclusiones fácticas de la investigación realizada por el Comité, así como las recomendaciones emitidas. Se reconoce que existen desafíos señalados por el Comité en relación con las violaciones de los derechos de las personas con discapacidad consagrados en la Convención, específicamente aquellas relacionadas con el reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, los desafíos señalados para la inclusión en la comunidad y la vida independiente; así como el impacto de la institucionalización en las personas con discapacidad.
3. En el orden jurídico mexicano, la institucionalización no constituye una política pública ordinaria ni una medida automática de atención, sino una medida excepcional de protección, aplicable únicamente ante un riesgo real, actual y grave para la vida o la integridad de las personas, con una duración breve. En tal virtud, es necesario reconocer que la desinstitucionalización constituye un proceso complejo y altamente sensible, que requiere una implementación gradual, responsable y centrada en la persona. La transición hacia modelos de vida independiente e inclusión en la comunidad no puede entenderse únicamente como el cierre de instituciones, sino como la construcción progresiva de sistemas de apoyos suficientes, accesibles y sostenibles que garanticen el ejercicio efectivo de la capacidad jurídica, la autonomía y la dignidad de las personas con discapacidad. El Estado mexicano está comprometido y actualmente toma medidas destinadas a estos objetivos, mediante políticas públicas implementadas por diversas dependencias, en todos los órdenes y niveles de gobierno.
4. La implementación de estrategias, la creación y expansión de dispositivos de atención no asilares, el reconocimiento del consentimiento informado y de la toma de decisiones libre, así como la reconfiguración institucional para consolidar un modelo centrado en la persona, reflejan un proceso de adecuación gradual de las políticas públicas a los estándares establecidos por la Convención.
5. Si bien subsisten desafíos relevantes, estos no deben interpretarse como omisiones deliberadas, sino como parte de un proceso progresivo de transformación estructural que exige planeación estratégica, diagnósticos rigurosos, evaluación continua y ajustes permanentes; bajo esa consideración, se reitera el compromiso de avanzar de manera sostenida hacia la desinstitucionalización, asegurando que cada paso se adopte con la debida diligencia, colocando en el centro a las personas con discapacidad, sus voluntades y preferencias, y garantizando que ninguna transición implique retrocesos en la protección de sus derechos.
6. Por lo anterior, en adición a las acciones reportadas en los informes remitidos en 2023 y 2025 (ver Anexo 1 y Anexo 2), se da cuenta de porqué la naturaleza de las observaciones señaladas en el informe del Comité difícilmente puede considerarse como sistemáticas, en virtud no sólo de las normas contenidas en la legislación mexicana, sino también de la implementación activa de medidas, políticas públicas y prácticas destinadas a cumplir con las obligaciones de la Convención.

I. Persistencia de la institucionalización

7. Se reconoce que en el pasado la institucionalización forzada y prolongada en distintos tipos de establecimientos, incluidos hospitales psiquiátricos, ha generado condiciones de vulnerabilidad que pueden derivar en situaciones de violencia, trato inadecuado o vulneración de derechos. Ante esto, el Estado mexicano coincide con la necesidad de profundizar la transformación del modelo de atención, fortaleciendo estrategias preventivas,

psicosociales y comunitarias que favorezcan la inclusión y la autonomía de las personas con discapacidad.

8. En ese sentido, la institucionalización no debe justificarse por la falta de apoyos ni de servicios en la comunidad. Por el contrario, dicha circunstancia obliga al Estado a acelerar la creación y consolidación de redes comunitarias suficientes, accesibles y articuladas. Asimismo, la institucionalización no puede considerarse una forma de protección a las personas con discapacidad, por lo que deben activarse los procedimientos, apoyos y servicios interinstitucionales existentes para revisar y, en su caso, revocar estas medidas, particularmente cuando se trate de personas en situación de vulnerabilidad o presuntas víctimas.

9. Este proceso debe partir de un diagnóstico individualizado de necesidades que permita elaborar un plan de vida acorde con las características y aspiraciones de cada persona, orientado a su inclusión social y al ejercicio de una vida independiente. Ello implica considerar integralmente aspectos como inclusión laboral, educación, salud, vivienda, apoyos para la vida independiente y participación comunitaria. En consecuencia, resulta indispensable consolidar servicios intersectoriales de desarrollo basado en la comunidad, incorporando mecanismos de apoyo y salvaguardias para la adopción de decisiones, acompañamiento psicosocial con perspectiva de discapacidad y género, respeto a los sistemas normativos de los pueblos indígenas, así como definir con claridad la instancia responsable del seguimiento a los procesos de desinstitucionalización.

10. Como prueba de ello es la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), que ha impulsado un proceso de transformación del modelo de atención en salud mental, orientado a la desinstitucionalización progresiva, la atención comunitaria y el respeto a los derechos humanos con perspectiva de género. Se han fortalecido los mecanismos de supervisión, capacitación del personal y adopción de protocolos de prevención y atención a la violencia, así como de detección y denuncia de posibles actos de abuso, en alineación con los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos de las personas con discapacidad.

11. Se ha promovido que, en caso de ser requerido un internamiento debido a un trastorno mental y del comportamiento, este sea un recurso excepcional, temporal y debidamente justificado, priorizando alternativas comunitarias, el consentimiento informado, el acompañamiento familiar, institucional, y la reintegración social, con el objetivo de erradicar prácticas de institucionalización forzada y prevenir cualquier forma de violencia en los servicios de salud mental.

12. Actualmente, se está transitando de un modelo asilar a uno de base comunitaria fundamentado en la reforma a la Ley General de Salud de 2022. En este contexto se prioriza lo siguiente:

- El servicio de salud especializado ya no se basa en el internamiento prolongado. El internamiento se utiliza únicamente como un recurso terapéutico de último nivel, de carácter breve y con el consentimiento informado de la persona, eliminando la práctica de instituciones de puerta cerrada. Asimismo, la estrategia de atención en hospitales generales busca que la atención en crisis sea transitoria y se realice en entornos de salud no segregados, facilitando el retorno inmediato de la persona a su entorno social. Además, se están descentralizando los recursos de salud, priorizando la atención desde el primer nivel, operando a través de 346 Unidades de Especialidades Médicas, Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones [UNEME-CECOSAMA]; estos centros no son de internamiento, sino nodos de apoyo comunitario que ofrecen atención ambulatoria, permitiendo que la persona reciba atención sin separarse de su entorno.
- Para contrarrestar la necesidad de recursos humanos técnicos, se ha implementado de forma continua y masiva la Guía de intervención mhGAP de la Organización Mundial de la Salud (OMS); esto permite que el personal de salud no especializado de toda la red de salud posea las competencias necesarias para brindar apoyos psicosociales sin necesidad de derivar a la persona a instituciones segregadas.

13. En consecuencia, el Estado mexicano no limita los procesos de desinstitucionalización al ámbito clínico, sino que incorpora apoyos sociales de colaboración del sector salud con el educativo, seguridad y organizaciones de la sociedad civil, mediante estrategias de sensibilización y capacitación en materia de salud mental, como es la cultura de la autonomía, con las directrices de voluntad anticipada para la toma de decisiones de la persona con trastorno mental.

Daños e Impactos de la Institucionalización

14. El Comité hace referencia a que las personas con discapacidad han sufrido tortura y malos tratos en algunas instituciones. Ante ello, se manifiesta que en el marco de los centros de atención a la salud mental a cargo de CONASAMA, existe una firme coordinación con las comisiones a nivel local y se realizan supervisiones a establecimientos de atención para vigilar el cumplimiento y el respeto irrestricto a los derechos humanos. Asimismo, se continúa trabajando para eliminar cualquier trato cruel, inhumano o degradante hacia las personas usuarias.

15. En las unidades reguladas por la CONASAMA no existen cuartos de aislamiento, se cuenta con espacios de observación continua, diseñados exclusivamente para la valoración constante y la salvaguarda de la integridad de la persona y de terceros, evitando el confinamiento punitivo. De igual forma, se implementan estrategias no invasivas de prevención y manejo de crisis, priorizando la desescalada verbal sobre cualquier método de restricción física o farmacológica, y se prioriza el respeto a la autonomía y derechos humanos.

16. Asimismo, se trabaja en incorporar las directrices de voluntad anticipada para asegurar que las preferencias de la persona sean el eje central de su tratamiento, y se implementa una cultura de prevención, promoviendo la sensibilización y capacitación del personal de salud en materia derechos humanos y en la atención centrada en la persona. Adicionalmente, se cuenta con mecanismos de supervisión y denuncia de violaciones a los derechos humanos, y con dispositivos anónimos (buzón institucional), o directos (escucha activa) para detectar y responder de manera efectiva ante cualquier sospecha de vulneración de derechos.

17. Asimismo, como parte de los recursos técnicos que se emplean, se resalta la elaboración de manuales y guías operativas que estandarice el uso de estrategias de comunicación no invasivas. Mientras que, en atención de la contención no coercitiva se prioriza el aprendizaje de técnicas de desescalamiento verbal como herramienta principal para el manejo de crisis, previniendo alteraciones conductuales y minimizando el uso de medidas restrictivas, priorizando siempre la integridad y dignidad de la persona.

18. En referencia a la preocupación expresada por el Comité sobre suicidios, se informa que el Estado mexicano cuenta con el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio, así como con el Cuadernillo Básico para la Prevención del Suicidio, instrumentos que fortalecen la orientación, la sensibilización y la detección oportuna en la comunidad. Asimismo, se dispone del espacio de orientación telefónica especializada “La Línea de la Vida”, como mecanismo de escucha, consejería, referencia y vinculación para personas en riesgo y sus redes de apoyo. Estas acciones se complementan con capacitaciones impartidas conforme a la Guía de intervención mhGAP de la OMS para personal de salud de primer contacto, a fin de favorecer una atención accesible, oportuna y comunitaria.

Impacto en grupos de mayor riesgo

19. El marco normativo mexicano cuenta con la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, que contempla un enfoque interseccional para que las personas con discapacidad gocen de todos los derechos sin distinción de origen étnico, nacional, género, edad, o un trastorno de talla, condición social, económica o de salud, religión, opiniones, estado civil, preferencias sexuales, embarazo, identidad política, lengua, situación migratoria o cualquier otro motivo u otra característica propia de la condición humana o que atente contra su dignidad. Asimismo, establece que toda política pública a favor de los derechos de las personas con discapacidad deberá contener el principio de transversalidad:

basadas en un esquema de acción y coordinación de esfuerzos y recursos en las dimensiones vertical, horizontal y de fondo.

20. El Comité señala la existencia de personas que ingresaron siendo niñas o niños y permanecen institucionalizadas en la edad adulta. Esta aseveración no puede interpretarse como una política estatal deliberada, sino como expresión de rezagos históricos en la construcción de alternativas comunitarias y de debilidades en los sistemas de seguimiento que el propio Estado está obligado a corregir, en observancia del principio de progresividad. Por ello, el Estado, en congruencia con la Convención y las observaciones del Comité en materia de vida independiente e inclusión en la comunidad, diseña y opera espacios bajo un enfoque comunitario, no hospitalario ni psiquiátrico, privilegiando la permanencia de las personas con discapacidad en su entorno comunitario y familiar.

21. Asimismo, en estos espacios se impulsa la transición desde modelos auxiliares hacia esquemas de vivienda colectiva con mayor personalización, participación y vinculación con la comunidad. Se procura que el ingreso a estos espacios constituya una medida de última instancia, favoreciendo, en la medida de lo posible, alternativas de apoyo en la comunidad y la reunificación familiar, en consonancia con un enfoque de derechos humanos y de inclusión social.

a) Niñas, Niños y Adolescentes (NNA)

22. El señalamiento relativo a la existencia de estancias prolongadas o indefinidas de NNA con discapacidad en instituciones, así como a la debilidad de los sistemas de información y seguimiento, debe analizarse desde el marco constitucional que reconoce el derecho a la identidad, a la protección especial y a la restitución efectiva de derechos, conforme al principio del interés superior de la niñez.

23. La institucionalización sólo es jurídicamente válida en la medida en que sea temporal, excepcional y orientada a una solución definitiva basada en el derecho a vivir en familia y en comunidad. En tal virtud, la permanencia prolongada en instituciones no constituye un fin legítimo de la intervención estatal, sino un indicador de fallas en los procesos de restitución, reintegración familiar o inclusión comunitaria.

24. En cuanto a lo señalado por el Comité sobre la ausencia de registros completos, actualizados e interoperables que dificulta la supervisión efectiva de las medidas de cuidado alternativo y la evaluación de su duración, causas y resultados, no implica la inexistencia de un deber estatal de control, sino la necesidad de fortalecer los mecanismos administrativos y de coordinación interinstitucional. El seguimiento individualizado de cada niña, niño o adolescente institucionalizado resulta indispensable para evitar que la medida se prolongue por inercia administrativa, sin revisión periódica ni objetivos claros de restitución de derechos. La permanencia indefinida en una institución, sin plan de egreso ni evaluación continua, desnaturaliza la finalidad protectora de la medida y la convierte en una forma de exclusión estructural.

25. El Estado reconoce que el deber estatal no se limita a registrar la presencia de NNA con discapacidad en instituciones, sino a diseñar e implementar planes individualizados de restitución de derechos que contemplen alternativas reales: fortalecimiento familiar, acogimiento familiar, inclusión educativa y provisión de servicios comunitarios. La temporalidad de la institucionalización no es un aspecto meramente administrativo, sino un componente esencial de su legalidad constitucional. A ello se suma, en el caso de las niñas con discapacidad, la convergencia de factores estructurales de discriminación (niñez, género y discapacidad) que incrementan su exposición a violencia, abuso y exclusión tanto en el ámbito familiar como en contextos institucionales y comunitarios. Esta intersección no constituye evidencia de una política estatal de omisión o tolerancia, sino un desafío estructural que impone un deber reforzado de prevención, protección y restitución de derechos.

26. Las violencias contra niñas con discapacidad suelen manifestarse de manera menos visible debido a barreras de comunicación, dependencia de personas cuidadoras y dificultades para denunciar. Por ello, la respuesta estatal no puede ser neutra ni limitarse a mecanismos generales de prevención, sino que debe incorporar ajustes razonables, accesibilidad en los sistemas de denuncia y atención especializada que reconozca las

necesidades específicas derivadas de la discapacidad. El deber estatal no se agota en reaccionar frente a hechos consumados, sino que exige diseñar entornos seguros que reduzcan estructuralmente las oportunidades de abuso, lo cual se vincula directamente con la reducción de la institucionalización prolongada y el fortalecimiento de entornos familiares y comunitarios.

27. En este marco, la política pública nacional reconoce la necesidad de contar con información sistemática, mecanismos de supervisión y estrategias diferenciadas. El Programa Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (PRONAPINNA) 2026-2030, en su línea de acción 3.3.6 *“Supervisar las condiciones en que operan albergues, refugios o cualquier centro de estancia para niñas, niños y adolescentes con discapacidad, mediante mecanismos de registro y control”*, orienta la actuación interinstitucional a supervisar las condiciones en que operan albergues, refugios o centros de estancia para NNA con discapacidad, mediante mecanismos de registro y control que permitan identificar la duración de las estancias, las condiciones de atención y los avances en los procesos de restitución de derechos. Asimismo, la Estrategia 3.3 *“Implementar acciones que garanticen la inclusión y la no discriminación de la niñez y adolescencia con discapacidad para su desarrollo pleno”* establece la implementación de acciones que garanticen la inclusión y la no discriminación de la niñez y adolescencia con discapacidad, con un enfoque diferenciado que atienda los riesgos agravados que enfrentan particularmente las niñas.

28. Estas líneas de acción buscan evitar que la institucionalización se convierta en una situación permanente y asegurar que toda medida esté sujeta a control institucional, revisión periódica y planes individualizados de egreso que contemplen alternativas reales: fortalecimiento familiar, acogimiento familiar, inclusión educativa, provisión de servicios comunitarios y apoyos para la vida independiente. En la medida en que se desarrollan servicios accesibles y redes de apoyo en la comunidad, disminuye la exposición estructural a entornos cerrados donde la dependencia y el aislamiento pueden propiciar abusos.

29. En consecuencia, no puede sostenerse que el Estado mexicano opta por mantener de forma indefinida a NNA con discapacidad en instituciones ni que ignore la situación específica de las niñas con discapacidad. El diseño normativo e institucional reconoce la excepcionalidad y temporalidad del acogimiento residencial, así como la necesidad de un enfoque interseccional frente a riesgos diferenciados. La respuesta estatal no es la aceptación de la permanencia indefinida ni la invisibilización del riesgo, sino el fortalecimiento progresivo de mecanismos de supervisión, inclusión, accesibilidad y restitución efectiva de derechos, conforme al interés superior de la niñez, al principio de no discriminación y al mandato constitucional de protección reforzada.

b) Personas mayores con discapacidad

30. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), junto con los Sistemas Estatales y Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia (SEDIF y SMDIF), son las instancias responsables de la planeación, operación, supervisión y evaluación de los Centros Gerontológicos, las Casas Hogar para Personas Mayores y los Campamentos Recreativos. Estos espacios están orientados a la atención, el cuidado y el desarrollo integral de las personas mayores, incluidas aquellas con discapacidad.

31. Estos Campamentos brindan servicios de carácter diurno, comunitario y recreativo que promueven el envejecimiento activo, la integración social y la participación en actividades físicas, culturales y de convivencia. Por su parte, los Centros Gerontológicos y las Casas Hogar operan como espacios de acogimiento residencial dirigidos a personas mayores que carecen de redes de apoyo suficientes, bajo criterios de excepcionalidad, temporalidad y plena protección de derechos.

32. Asimismo, en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar se impulsa de manera progresiva la transición de modelos asistenciales tradicionales hacia esquemas de vivienda colectiva con mayor grado de personalización, participación activa y vinculación con la comunidad. Bajo este enfoque, el ingreso a dichos espacios se concibe como una medida de última instancia, favoreciendo prioritariamente alternativas de apoyo en la comunidad y, cuando sea posible, la reunificación familiar.

33. Por otra parte, se han establecido lineamientos internos para prevenir y atender situaciones de violencia, maltrato, negligencia o abuso hacia personas mayores con discapacidad en Centros Gerontológicos, Casas Hogar y Campamentos Recreativos, que incluyen detección temprana, registro, canalización y seguimiento ante las instancias competentes de protección de derechos humanos y de procuración de justicia.

34. En estos servicios se prohíben prácticas de encierro punitivo, contenciones físicas o farmacológicas con multas disciplinarias, o cualquier forma de trato cruel, inhumano o degradante, promoviendo en su lugar intervenciones basadas en apoyos, ajustes razonables, participación informada y respeto a la autonomía de las personas mayores usuarias.

35. Además, se fomenta la participación activa de las personas mayores con discapacidad en la definición de actividades, reglas de convivencia y mejoras en los Centros Gerontológicos, Casas Hogar y Campamentos Recreativos, mediante mecanismos de opinión, comités de usuarios y encuestas de satisfacción.

36. Asimismo, se realizan acciones graduales de adecuación de la infraestructura y de los servicios (accesibilidad física, comunicación accesible, apoyos para la movilidad, actividades adaptadas), con el fin de eliminar barreras y acercar los servicios recreativos, culturales y de cuidado a un modelo de apoyo para la vida en la comunidad, conforme a las recomendaciones internacionales en materia de desinstitucionalización.

37. En consecuencia, no puede sostenerse que en el Estado mexicano se implementa una práctica sistemática en la que las personas mayores que se encuentran institucionalizadas sufran de abandono, reciban trato medicalizado y en condiciones degradantes. El Estado tiene como objetivo asegurar su integridad y dignidad, ampliar la protección de sus derechos en condiciones de igualdad y no discriminación; así como fortalecer su autonomía.

Salud mental y adicciones

38. El Comité señala que una de las fuentes sostiene que el presupuesto público en el ámbito de la salud, tanto en el nivel federal como estatal, se continúa invirtiendo en hospitales psiquiátricos en ausencia de partidas presupuestales para financiar servicios de salud mental en la comunidad.

39. El Gobierno de México ha invertido recursos para la construcción y puesta en operación de unidades ambulatorias públicas para la atención de la salud mental y las adicciones. En la actualidad, y reconociendo la importancia de la atención a la salud mental comunitaria, operan 346 Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones, y 45 Centros Integrales de Salud Mental dependientes del de los Servicios Estatales de Salud y de los Servicios Públicos de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar, así como 110 Centros de Integración Juvenil financiados con presupuesto federal, que implementan acciones preventivas, de detección oportuna y atención a la salud mental y adicciones en el primer nivel, favoreciendo que la recuperación psicosocial se de en ámbitos ambulatorios y comunitarios. Asimismo, en 2025, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público asignó presupuesto federal¹ para implementar programas en materia de salud mental y adicciones. De este presupuesto, el 35% se asignó a la atención de la salud mental en el segundo nivel y el 65% a actividades de atención comunitaria, investigación y capacitación.

40. Adicionalmente, la autoridad federal anualmente ministra recursos económicos a las entidades federativas para fortalecer sus acciones de promoción y prevención de la salud mental, enmarcado en la ejecución del Programa Presupuestal E025 (ahora E032): atención a la salud mental y prevención de las adicciones, a través del Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales (CRESCA).

41. Se resalta que las entidades federativas reciben apoyo para la consolidación del modelo comunitario con la asignación de plazas federales que llevan a cabo acciones de prevención y atención en los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones. Como ejemplo, la Ciudad de México implementó la estrategia “Ciudad con Salud Emocional: Vida

¹ \$3,334,215,041 asignados de acuerdo con el Presupuesto de Egresos de la Federación 2025. Disponible en https://www.pef.hacienda.gob.mx/es/PEF2025/analiticos_presupuestarios.

Plena, Corazón Contento” para transformar el modelo de atención en salud mental, garantizando acceso gratuito, equitativo e inclusivo. Además, en la Ciudad de México y el Estado de México, áreas rectoras como el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones (IAPA) y el Instituto Mexiquense contra las Adicciones (IMCA), evolucionaron al Instituto para la Atención en Salud Mental y Adicciones (IASAMA) y al Instituto Mexiquense de Salud Mental y Adicciones (IMSAMA), respectivamente, para consolidar un modelo integral y comunitario, alineado con los derechos humanos y la desinstitucionalización. Del mismo modo, en las demás entidades federativas se ha logrado la integración de las representaciones estatales para el abordaje de estrategias.

42. Por otro lado, simultáneo a la Reforma de la Ley General de Salud en materia de salud mental y adicciones, de 2021 a 2024, se capacitó a más de 61 mil profesionales de la salud en el Programa de Intervención para los Trastornos Mentales, Neurológicos y por Consumo de Sustancias (mhGAP), con el propósito de ampliar la capacidad instalada para la atención de la salud mental en el primero y segundo nivel.

Internamiento de niñas, niños y adolescentes con discapacidad psicosocial o con necesidades de atención en salud mental

43. El señalamiento relativo al internamiento de NNA con discapacidad psicosocial o con necesidades de atención en salud mental debe analizarse desde el marco constitucional que reconoce el derecho a la salud, al desarrollo y a la libertad personal, así como el principio del interés superior de la niñez y considerando las obligaciones internacionales del Estado derivadas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El internamiento en hospitales psiquiátricos o unidades cerradas no constituye una respuesta ordinaria frente a problemas de salud mental, sino una medida excepcional que sólo puede justificarse cuando existe un riesgo real e inmediato para la vida o la integridad de la propia persona o de terceros, y siempre que se haya verificado la inexistencia de alternativas menos restrictivas en la comunidad.

44. La salud mental de NNA con discapacidad no puede ser abordada desde un enfoque de control o confinamiento, sino desde un modelo de atención integral, comunitario y centrado en derechos. La discapacidad psicosocial no anula la condición de sujeto de derechos ni habilita al Estado para sustituir automáticamente la voluntad o aislar a la persona menor de edad de su entorno familiar y social. En consonancia con el derecho de las personas con discapacidad a vivir y desarrollarse en la comunidad, el Estado tiene la obligación de desarrollar servicios de atención ambulatoria, acompañamiento psicosocial, apoyo a las familias y mecanismos de intervención temprana que eviten que las crisis se traduzcan en internamientos prolongados o reiterados.

45. En este contexto, la política pública nacional reconoce la necesidad de fortalecer la salud mental desde las primeras etapas de la vida. El *PRONAPINNA 2026-2030*, en la *línea de acción 1.1.8 “Favorecer el máximo potencial de desarrollo y bienestar de niñas y niños en la primera infancia, a través del impulso de la crianza positiva y de la salud mental tanto de las infancias como de sus personas cuidadoras”*, orienta la actuación estatal a prevenir afectaciones psicosociales mediante intervenciones tempranas, acompañamiento a las familias y promoción de entornos de cuidado saludables, reduciendo así la probabilidad de que situaciones de estrés, abandono o falta de apoyos deriven en crisis que requieran medidas de internamiento. Este enfoque preventivo y comunitario se alinea con la obligación estatal de promover el desarrollo integral de NNA con discapacidad y de garantizar apoyos adecuados en su entorno familiar y comunitario.

46. La adopción de medidas de internamiento sin evaluación individualizada, sin consideración de la voluntad en la medida de lo posible y sin revisión periódica carece de sustento jurídico. Toda intervención en materia de salud mental debe sustentarse en una evaluación clínica individualizada realizada por personal especializado y basada en criterios médicos objetivos. La actuación legítima del Estado exige que toda intervención en salud mental esté fundada en criterios clínicos objetivos, acompañada de garantías procedimentales y orientada a la restitución del derecho a la vida en comunidad. Entre dichas garantías se encuentran la revisión periódica de la necesidad de la medida, la participación de la familia o personas cuidadoras y la definición de planes de egreso que permitan la reintegración progresiva al entorno comunitario. La hospitalización psiquiátrica sin planes de egreso, sin

acompañamiento familiar o sin alternativas comunitarias efectivas desnaturaliza su finalidad terapéutica y la convierte en una forma de exclusión social.

47. En consecuencia, no puede sostenerse que el Estado mexicano haya adoptado una política dirigida a internar sistemáticamente a NNA con discapacidad como mecanismo de control o segregación. El diseño normativo e institucional privilegia la atención en salud mental con enfoque comunitario y preventivo, y el internamiento opera únicamente como recurso excepcional frente a situaciones de urgencia. La orientación de la política pública se dirige al fortalecimiento progresivo de servicios de salud mental accesibles, territoriales y centrados en la familia y la comunidad, la respuesta estatal no es la normalización del encierro, sino el fortalecimiento progresivo de servicios de salud mental accesibles, territoriales y centrados en la familia y la comunidad, conforme al interés superior de la niñez, al principio de no discriminación y al derecho de las personas con discapacidad a vivir y participar en la comunidad en igualdad de condiciones con las demás personas.

II. Situación de niñas, niños y adolescentes

48. El Comité señala que el Estado mexicano no implementa medidas para identificar y combatir la discriminación múltiple e interseccional hacia niñas y niños con discapacidad, que enfrentan un mayor riesgo de ser institucionalizados y a ser separados de sus familias. Señala además que el internamiento temporal y prolongado de niñas y niños con discapacidad impacta en su desarrollo cognitivo, social y emocional, exponiéndolos a situaciones de riesgo.

49. La existencia de estancias prolongadas no refleja una política estatal de internamiento, sino rezagos estructurales heredados de modelos asistenciales previos que el propio Estado ha reconocido y se encuentra obligado a revertir. Desde la perspectiva del principio de progresividad, la obligación estatal consiste en demostrar la adopción de medidas deliberadas, concretas y orientadas a reducir de manera sostenida el uso del acogimiento residencial como respuesta primaria. La transición de un modelo centrado en la institucionalización hacia un modelo basado en la inclusión social constituye un proceso estructural que exige ajustes normativos, fortalecimiento institucional y expansión de servicios comunitarios, incluyendo servicios de apoyo a las familias y mecanismos de cuidado alternativo en entornos familiares, lo cual ya se encuentra en curso.

50. En el caso mexicano, estos rezagos se manifiestan principalmente en la infraestructura existente, en prácticas administrativas heredadas y en la insuficiente cobertura histórica de servicios comunitarios especializados para niñas y niños con discapacidad. No obstante, la política pública actual reconoce explícitamente estas limitaciones y ha iniciado un proceso de transformación institucional orientado a sustituir gradualmente el modelo asistencial por un sistema de protección basado en la inclusión social, el fortalecimiento familiar y los apoyos comunitarios. En este contexto, la política pública nacional vigente refuerza que la institucionalización no es ni puede ser la respuesta estructural del Estado frente a la discapacidad o la pobreza. El PRONAPINNA 2026-2030, en la *línea de acción 3.3.6 "Supervisar las condiciones en que operan albergues, refugios o cualquier centro de estancia para niñas, niños y adolescentes con discapacidad, mediante mecanismos de registro y control"*, establece una obligación concreta de vigilancia institucional y regulación estricta del acogimiento residencial. Esta línea de acción fortalece los mecanismos de supervisión, registro y control de dichos espacios, con el objeto de detectar vulneraciones de derechos y garantizar que dichos espacios operen exclusivamente como medidas excepcionales y temporales.

51. Asimismo, los programas de asistencia social, los servicios de rehabilitación, la Estrategia Nacional de Educación Inclusiva y las acciones del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia no constituyen respuestas aisladas, es decir, son componentes de una estrategia estatal orientada a transformar las condiciones estructurales que históricamente han derivado en la separación familiar de NNA con discapacidad Su finalidad no es legitimar el internamiento, sino reducir progresivamente la dependencia del acogimiento residencial mediante el fortalecimiento de servicios comunitarios, la inclusión

educativa, el apoyo a las familias y la ampliación de mecanismos de atención especializada sin ruptura de vínculos familiares y sociales.

52. De igual forma, desde la perspectiva de la igualdad y la no discriminación, el Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación (PRONAIND) establece la prioridad de contrarrestar y eliminar las prácticas discriminatorias que afectan a personas pertenecientes a grupos históricamente discriminados, incluyendo a NNA con discapacidad. Este enfoque se materializa mediante medidas de nivelación, inclusión y acciones afirmativas que buscan garantizar la igualdad real de oportunidades y el acceso efectivo a servicios en condiciones de dignidad y respeto.

53. En este marco, la implementación de ajustes razonables para la atención diferenciada de personas con discapacidad, la captación de quejas sobre posibles actos discriminatorios y la capacitación y sensibilización de personas servidoras públicas constituyen mecanismos concretos para identificar y eliminar barreras estructurales. Estas acciones no solo fortalecen la protección de derechos, sino que también contribuyen indirectamente a prevenir situaciones de exclusión o dependencia institucional que pueden derivar en la institucionalización prolongada de NNA es con discapacidad.

54. Así, el PRONAIND complementa las políticas públicas orientadas a la restitución de derechos y la inclusión, asegurando que la atención sea accesible, respetuosa y ajustada a las necesidades específicas de cada persona, en línea con el principio de no discriminación y con los compromisos del Estado para garantizar igualdad de oportunidades y trato digno.

55. En consecuencia, no puede sostenerse que el Estado mexicano haya adoptado una política de institucionalización discriminatoria hacia NNA con discapacidad. Lo que existe es un marco normativo que prohíbe la separación por motivos de condición personal, una política pública que reconoce la excepcionalidad del acogimiento residencial y una estrategia nacional que busca transformar sus causas estructurales mediante supervisión, regulación y fortalecimiento de alternativas familiares y comunitarias.

56. Asimismo, la política pública nacional incorpora medidas orientadas a fortalecer alternativas familiares y comunitarias de cuidado, así como a expandir servicios de apoyo que permitan a NNA con discapacidad permanecer en su entorno familiar en condiciones adecuadas de protección y desarrollo. Desde esta perspectiva, la respuesta estatal no es la normalización del internamiento, sino su limitación jurídica estricta y su reducción progresiva, acompañada del fortalecimiento de servicios comunitarios y apoyos familiares, conforme al interés superior de la niñez, al principio de no discriminación y al derecho de NNA con discapacidad a vivir y desarrollarse en la comunidad en igualdad de condiciones con los demás.

Derecho a vivir en familia

57. El señalamiento relativo a la separación de NNA con discapacidad de sus familias por motivos asociados a la discapacidad, la pobreza o el abandono debe analizarse desde el marco constitucional y legal que rige la actuación del Estado mexicano, así como a la luz de los estándares internacionales de derechos humanos aplicables a NNA con discapacidad. El derecho a vivir en familia constituye un principio rector del sistema de protección integral y no admite interpretaciones que permitan la separación automática o generalizada por razones de condición personal o socioeconómica. La discapacidad o la pobreza no son, por sí mismas, causas jurídicamente válidas para la ruptura del vínculo familiar; por el contrario, dichas condiciones activan obligaciones reforzadas del Estado orientadas a proporcionar apoyos sociales, comunitarios y de protección que permitan la permanencia de NNA en su entorno familiar y comunitario.

58. La separación familiar sólo puede ser constitucionalmente legítima cuando existe un riesgo real, actual y comprobable para la vida, la integridad o el desarrollo de la niña, niño o adolescente, y siempre que se haya verificado que no existen alternativas familiares o comunitarias viables. Esta valoración debe realizarse mediante una evaluación individualizada, basada en evidencia y sujeta a supervisión de las autoridades competentes. En este sentido, la medida de cuidado alternativo tiene naturaleza subsidiaria y excepcional,

y debe estar precedida por acciones de fortalecimiento familiar, asistencia social, apoyo psicosocial y provisión de servicios especializados. Asimismo, debe privilegiarse, siempre que sea posible, el cuidado en entornos familiares o comunitarios que preserven los vínculos afectivos y sociales de la niña, niño o adolescente.

59. La separación que no esté orientada a la protección efectiva de derechos, o que se base en estereotipos sobre la discapacidad o la pobreza, carece de sustento jurídico y constituye una desviación del modelo de protección integral. Desde esta perspectiva, el sistema jurídico mexicano no legitima la separación familiar por razones de discapacidad o condición socioeconómica, sino que establece obligaciones estatales dirigidas a prevenirla mediante apoyos oportunos, servicios especializados y mecanismos de fortalecimiento familiar.

60. En el caso de NNA con discapacidad, el deber estatal se intensifica, pues concurren dos factores de protección constitucional reforzada. La separación familiar basada en la percepción de incapacidad para ejercer la crianza o el cuidado, sin una evaluación objetiva de apoyos disponibles, reproduce un modelo asistencial que el orden jurídico mexicano ha venido superando progresivamente mediante la adopción de un enfoque de derechos humanos y de inclusión social. El estándar vigente exige que el Estado explore, promueva y garantice redes de apoyo familiares, familias extensas, familias de acogida y servicios comunitarios antes de recurrir al acogimiento residencial, evitando que la discapacidad sea utilizada como criterio implícito de separación, por lo que, la determinación de cualquier medida de cuidado debe sustentarse en evaluaciones individualizadas que consideren las capacidades familiares y los apoyos disponibles, y no en presunciones asociadas a la discapacidad.

61. La política pública nacional se orienta a sustituir la lógica de separación por una lógica de preservación y restitución del entorno familiar. Los programas de asistencia social, rehabilitación, inclusión educativa y atención en salud buscan precisamente reducir los factores que históricamente han derivado en la ruptura del núcleo familiar. Estas acciones no constituyen mecanismos paralelos al sistema de protección, sino instrumentos destinados a impedir que la vulnerabilidad social se traduzca en pérdida del derecho a la convivencia familiar. La intervención estatal legítima no consiste en retirar a la niña o niño del hogar, sino componentes integrales de una estrategia estatal destinada a prevenir la separación familiar mediante apoyos sociales, educativos y comunitarios.

62. En este contexto, la política pública nacional refuerza que la separación familiar no puede constituir una respuesta estructural del Estado frente a la discapacidad o la pobreza. El *PRONAPINNA 2026-2030*, en la Estrategia 2.5 “*Asegurar el acceso a modalidades de cuidados alternativos seguros, protectores y adecuados considerando el interés superior de niñas, niños y adolescentes, para garantizarles el pleno ejercicio del derecho a vivir en familia*”, orienta la actuación institucional a que toda medida de cuidado alternativo se diseñe como un mecanismo de protección transitorio y no como una solución permanente. Esta estrategia obliga a priorizar la preservación y restitución de los vínculos familiares, el fortalecimiento de las familias de origen, extensa o ampliada, así como el desarrollo de modalidades de acogimiento familiar, de modo que el acogimiento residencial opere únicamente como recurso de última ratio y por el menor tiempo posible, particularmente en el caso de NNA con discapacidad.

63. La existencia de separaciones prolongadas o definitivas no puede interpretarse como resultado de una política deliberada orientada a la separación familiar, sino como manifestación de rezagos estructurales en el desarrollo histórico de alternativas familiares y comunitarias, que el propio sistema reconoce como prioritarias. Desde la perspectiva del principio de progresividad, el Estado adopta medidas orientadas a reducir de manera sostenida el uso del acogimiento residencial y a incrementar las opciones de cuidado en familia, mediante el fortalecimiento de redes familiares, familias de acogida y servicios comunitarios de apoyo, especialmente para NNA con discapacidad.

64. En este marco, la actuación estatal se encuentra jurídicamente orientada a garantizar que toda separación sea excepcional, temporal y sujeta a revisión periódica, así como a promover procesos de reintegración familiar cuando cesen las causas que motivaron la medida. Estas medidas deben sustentarse en evaluaciones individualizadas y en planes de intervención que prioricen la restitución del entorno familiar cuando ello resulte compatible

con el interés superior de la niña, niño o adolescente. La separación no constituye un fin en sí misma, sino un medio transitorio para restituir derechos en contextos de riesgo, y pierde su legitimidad cuando se prolonga sin objetivos claros de reintegración o sin estrategias de acompañamiento familiar.

65. En consecuencia, no puede sostenerse que exista una política estatal dirigida a separar sistemáticamente a NNA con discapacidad de sus familias por razón de su condición o de la pobreza. El diseño jurídico e institucional privilegia la vida familiar y comunitaria, y la separación opera únicamente como medida subsidiaria frente a situaciones graves de vulneración de derechos. La política pública vigente orienta sus esfuerzos a prevenir la separación mediante el fortalecimiento familiar, la ampliación de servicios de apoyo comunitario y la promoción de modalidades de cuidado alternativo en entornos familiares. La respuesta estatal no es la normalización de la ruptura familiar, sino el fortalecimiento progresivo de mecanismos de apoyo que permitan evitarla y revertirla, conforme al interés superior de la niñez y al principio de no discriminación.

Violencia, abuso y malos tratos en contextos institucionales

66. El señalamiento relativo a la exposición de NNA con discapacidad a situaciones de violencia, abuso y malos tratos en instituciones debe analizarse a la luz del marco constitucional que garantiza su derecho a la integridad personal y a una vida libre de violencias, así como de las obligaciones internacionales del Estado en materia de protección contra toda forma de violencia hacia NNA con discapacidad. Aún como medida excepcional de protección, la institucionalización está sujeta a medidas de vigilancia, prevención, supervisión y control, debido a los riesgos inherentes que pueden generarse en entornos de cuidado cerrados y a las relaciones de dependencia que pueden existir entre las personas cuidadoras y las NNA.

67. La violencia en contextos institucionales no es jurídicamente tolerada ni inherente al cuidado alternativo. Todo maltrato activa responsabilidades administrativas, civiles y penales. El marco jurídico mexicano establece la obligación de prevenir, investigar y sancionar cualquier forma de violencia contra NNA, incluidas aquellas que puedan ocurrir en contextos de cuidado institucional. La existencia de casos documentados no evidencia una política de permisividad, sino fallas operativas o conductas individuales que no sólo se previenen, sino que se atienden, investigan y sancionan, fortaleciendo los mecanismos de supervisión y rendición de cuentas.

68. En el caso de NNA con discapacidad, el Estado reconoce que el riesgo se agrava por la dependencia, las barreras de comunicación y las dificultades para denunciar. Ello impone un deber reforzado de prevención estructural: crear entornos seguros, contar con personal capacitado y establecer procedimientos accesibles para la detección temprana de abusos. Asimismo, se requiere que los mecanismos de denuncia y protección sean accesibles y adaptados a las necesidades de comunicación y comprensión de NNA con discapacidad. Combatir la violencia no se limita a sancionar, sino que exige transformar el modelo de atención para evitar dinámicas de control o aislamiento.

69. La política pública nacional se orienta a sustituir la tolerancia pasiva frente a la violencia por un modelo de prevención activa y protección integral. Los programas de asistencia social, los mecanismos de supervisión de centros de cuidado alternativo, las acciones de capacitación al personal y los protocolos de actuación frente a situaciones de riesgo buscan reducir la probabilidad de que ocurran vulneraciones en contextos institucionales. Estas acciones no operan de manera aislada, sino como parte de un sistema de supervisión, regulación y control que busca prevenir abusos, detectar oportunamente situaciones de riesgo y garantizar la protección efectiva de los derechos de NNA.

70. En este marco, el *PRONAPINNA 2026–2030* establece como una agenda prioritaria la erradicación de todas las formas de violencia contra NNA, incluyendo aquellas que ocurren en espacios de cuidado alternativo e institucional. El Programa orienta a las autoridades a fortalecer los mecanismos de prevención, detección y atención de la violencia en todos los entornos donde se encuentren NNA, así como a establecer sistemas de supervisión, registro y control de los centros de estancia. Estas acciones buscan asegurar que el acogimiento

residencial no se convierta en un espacio de riesgo, sino en un entorno temporal de protección sujeto a estándares estrictos de derechos humanos, supervisión institucional permanente y mecanismos de rendición de cuentas.

71. Por lo tanto, la existencia de hechos de violencia no puede ser utilizada para afirmar la ineficacia estructural del sistema ni que ello signifique una práctica sistemática del Estado, sino que contribuye a reforzar su capacidad de respuesta. Desde el principio de progresividad, el deber estatal consiste en reducir de manera sostenida la incidencia de abusos, mejorar los mecanismos de denuncia y reforzar la supervisión institucional. Asimismo, la protección contra la violencia se vincula con la reducción progresiva de la institucionalización y el fortalecimiento de alternativas familiares y comunitarias, que disminuyen la exposición estructural a entornos cerrados y favorecen modelos de cuidado centrados en la vida en comunidad.

72. En consecuencia, tampoco puede sostenerse que el Estado mexicano tolere o legitime la violencia contra NNA con discapacidad en instituciones. El diseño jurídico prohíbe de manera absoluta cualquier forma de maltrato o violencia contra NNA, y la política pública reconoce los riesgos específicos de los entornos institucionales y orienta la actuación estatal a prevenirlos, detectarlos y sancionarlos. La respuesta estatal no es la normalización de la violencia, sino el fortalecimiento progresivo de los mecanismos de supervisión, protección y restitución de derechos, conforme al interés superior de la niñez, al principio de no discriminación y al derecho de NNA con discapacidad a vivir y desarrollarse en entornos seguros, familiares y comunitarios.

Apoyos comunitarios para la vida en familia

73. El señalamiento relativo a la ausencia o insuficiencia de apoyos comunitarios para que NNA con discapacidad puedan permanecer con sus familias debe analizarse desde el marco constitucional que reconoce el derecho a vivir en familia y el deber estatal de garantizar condiciones materiales para su ejercicio. La falta de servicios en la comunidad no constituye una justificación legítima para la separación familiar, sino un indicador de rezagos en el desarrollo de políticas públicas que el propio Estado reconoce que se encuentra obligado a corregir. La permanencia en el entorno familiar no depende únicamente de la voluntad de la familia, sino de la existencia de redes de apoyo que permitan atender las necesidades específicas derivadas de la discapacidad.

74. El modelo jurídico vigente impone al Estado la obligación de sustituir progresivamente la respuesta institucional por un sistema de apoyos comunitarios que haga innecesaria la separación. Ello incluye servicios de salud, rehabilitación, educación inclusiva, atención psicosocial y apoyos económicos, así como programas de orientación y acompañamiento familiar. La ausencia de alguno de estos elementos no puede traducirse automáticamente en institucionalización, sino que activa el deber estatal de intervenir para fortalecer a la familia y a la comunidad como espacios primarios de protección.

75. En el caso de NNA con discapacidad, el Estado reconoce que la carencia de apoyos produce un efecto discriminatorio indirecto al convertir la discapacidad en un factor de exclusión residencial. El deber estatal no se limita a ofrecer atención en centros especializados, sino a integrar los servicios en el entorno cotidiano, evitando la ruptura de vínculos familiares y el aislamiento social.

76. La política pública nacional reconoce que la insuficiencia de apoyos comunitarios ha sido un factor histórico de separación e institucionalización. En este sentido, el PRONAPINNA 2026-2030, particularmente en su *Estrategia 3.3 “Implementar acciones que garanticen la inclusión y la no discriminación de la niñez y adolescencia con discapacidad para su desarrollo pleno”*, orienta la acción interinstitucional al fortalecimiento de servicios comunitarios de salud, rehabilitación, educación inclusiva y acompañamiento psicosocial, incluidos aquellos en el ámbito comunitario, a fin de que las familias cuenten con apoyos reales para ejercer el cuidado. Esto implica que la respuesta estatal debe centrarse en articular servicios en la comunidad, no en trasladar a la niña o niño a una institución.

77. Las deficiencias en cobertura o calidad no constituyen una política de abandono, sino reflejan desigualdades territoriales y rezagos históricos que deben superarse conforme al principio de progresividad, ampliando gradualmente la disponibilidad y accesibilidad de apoyos, especialmente en contextos rurales e indígenas. En definitiva, el fortalecimiento de los apoyos comunitarios es condición indispensable para reducir sostenidamente la institucionalización. Sin alternativas reales en la comunidad, la separación seguirá operando como respuesta de facto frente a la discapacidad o la pobreza. Por ello, la construcción de un sistema robusto de apoyos comunitarios es esencial para garantizar el derecho a vivir en familia y evitar la institucionalización como práctica estructural.

78. En consecuencia, no puede sostenerse que el Estado mexicano haya optado por la institucionalización como sustituto de los apoyos comunitarios. El diseño normativo e institucional privilegia la permanencia en familia y orienta la acción pública a construir alternativas en el entorno comunitario. La respuesta estatal no es la renuncia a la provisión de servicios, sino su expansión progresiva para garantizar que la discapacidad no sea una causa de separación familiar, conforme al interés superior de la niñez y al principio de no discriminación.

Educación inclusiva

79. El señalamiento relativo a la exclusión educativa de NNA con discapacidad, particularmente de aquellos que se encuentran en contextos institucionales, debe analizarse desde el marco constitucional que reconoce la educación como un derecho humano y como un medio indispensable para el desarrollo integral y la inclusión social. La falta de acceso efectivo a la educación regular no puede entenderse como una consecuencia inevitable de la discapacidad, sino como el resultado de barreras estructurales que el Estado se encuentra obligado a remover.

80. La política educativa nacional se orienta a sustituir modelos segregados por esquemas de educación inclusiva, mediante la eliminación de barreras físicas, pedagógicas y de comunicación en los centros escolares. La respuesta estatal no se limita a ofrecer servicios educativos especiales aislados, sino a integrar a NNA con discapacidad en el sistema educativo regular con los apoyos necesarios. Este enfoque implica la adecuación de infraestructura, la capacitación docente y la provisión de recursos especializados, con el objetivo de que la discapacidad no se traduzca en desescolarización ni en exclusión social.

81. En este contexto, el PRONAPINNA 2026-2030, en la Estrategia 3.3 *“Implementar acciones que garanticen la inclusión y la no discriminación de la niñez y adolescencia con discapacidad para su desarrollo pleno”*, establece de manera específica la línea de acción 3.3.4 *“Combatir el rezago educativo, mediante la priorización de niñas, niños y adolescentes con cualquier tipo de discapacidad en el ámbito educativo”*, cuya ejecución corresponde a las dependencias integrantes de la Comisión Intersecretarial del Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (CISNNA). Esta línea de acción concreta la obligación estatal de transformar los entornos escolares para hacerlos accesibles, inclusivos y funcionales para estudiantes con discapacidad, incluidos aquellos que se encuentran en modalidades de cuidado alternativo.

82. La existencia de rezagos en la cobertura o calidad de la educación inclusiva no puede ser interpretada como una política estatal de exclusión deliberada, sino como expresión de desigualdades territoriales y de desafíos estructurales que el propio sistema reconoce y se encuentra obligado a atender. Desde la perspectiva del principio de progresividad, el Estado debe demostrar que adopta medidas orientadas a ampliar de manera sostenida la accesibilidad educativa, reducir la deserción y garantizar apoyos razonables, de modo que la discapacidad no sea un obstáculo para el ejercicio del derecho a la educación, conforme al interés superior de la niñez y al principio de no discriminación.

Niñez y adolescencia indígena

83. El señalamiento relativo a la situación de NNA indígenas, así como de aquellos que habitan en zonas rurales y presentan discapacidad, debe analizarse a la luz del marco

constitucional que reconoce el derecho a la igualdad sustantiva, a la no discriminación y al respeto de la diversidad cultural. El Estado es consciente de que la pertenencia a un pueblo indígena o la residencia en una zona rural no constituye un factor que incremente el riesgo de institucionalización o de exclusión de servicios básicos. Por el contrario, estas condiciones imponen al Estado un deber reforzado de adoptar medidas diferenciadas que garanticen el acceso efectivo a los derechos, considerando las barreras geográficas, lingüísticas, culturales y socioeconómicas que enfrentan estas poblaciones.

84. La mayor exposición de esta niñez y adolescencia a la separación familiar o a la institucionalización no obedece a una política estatal dirigida a ese fin, sino a desigualdades territoriales históricas en la provisión de servicios de salud, rehabilitación, educación y apoyo psicosocial. La ausencia o insuficiencia de dichos servicios en comunidades rurales e indígenas genera un efecto estructural de exclusión que el Estado está obligado a revertir mediante políticas públicas focalizadas. En este sentido, la respuesta adecuada no es trasladar a la niña o al niño a una institución distante de su entorno cultural y familiar, sino acercar los servicios a su comunidad y fortalecer las capacidades locales de atención y cuidado.

85. En congruencia con lo anterior, la política pública nacional reconoce la necesidad de un enfoque diferenciado. El PRONAPINNA 2026-2030, en su Estrategia 3.4 *“Implementar acciones que garanticen la inclusión y la no discriminación de la niñez y adolescencia indígena y afroamericana para su desarrollo pleno”*, orienta la actuación interinstitucional a eliminar las barreras estructurales que enfrentan NNA indígenas y afroamericanos, incluidas aquellas vinculadas con la discapacidad. Esta estrategia impulsa la articulación de servicios de salud, rehabilitación, educación inclusiva y protección social con enfoque territorial, intercultural y lingüísticamente pertinente, así como la participación comunitaria en los procesos de atención y restitución de derechos.

86. Asimismo, el respeto al derecho a vivir en familia y en comunidad adquiere una dimensión particular tratándose de NNA indígenas, cuyo desarrollo integral se encuentra estrechamente vinculado a su identidad cultural, su lengua y sus formas propias de organización social. La institucionalización fuera de su comunidad de origen no sólo afecta su derecho a la convivencia familiar, sino también su derecho a la identidad cultural. Por ello, la política pública busca prevenir la separación y, cuando ésta resulte estrictamente necesaria por razones de protección inmediata, a garantizar que las medidas sean temporales, cercanas a su entorno y aplicadas con perspectiva intercultural.

87. En consecuencia, no puede sostenerse que exista una política estatal dirigida a institucionalizar de manera desproporcionada a NNA indígenas o rurales con discapacidad. El diseño normativo e institucional reconoce su situación de vulnerabilidad específica y orienta la acción pública a eliminar las barreras territoriales, culturales y sociales que obstaculizan el ejercicio de sus derechos. La respuesta del Estado no consiste en sustituir el entorno familiar y comunitario, sino en fortalecer progresivamente servicios accesibles, culturalmente pertinentes y territorialmente cercanos, conforme al interés superior de la niñez y al principio de no discriminación.

88. En atención a la información proporcionada por el Comité referente a la ausencia de sistemas de apoyo para la vida en la comunidad que afecta a niñas y niños pertenecientes a pueblos indígenas con discapacidad, se informa que el objetivo general del Programa de Apoyo a la Educación Indígena es contribuir al acceso, permanencia y conclusión del grado académico y del nivel educativo de NNA y jóvenes pertenecientes a pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas, inscritos en escuelas públicas y comunitarias de todos los tipos y niveles educativos.

89. En este marco, dentro de los criterios para la construcción y adecuación de las Casas de la Niñez Indígena se incorpora de manera expresa el principio de accesibilidad, a fin de asegurar que las personas con discapacidad puedan acceder, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, a los servicios y a las instalaciones. Para ello, se garantiza la continuidad de rutas libres de obstáculos al interior de las edificaciones y espacios abiertos, así como la integración de rutas accesibles desde el exterior, de modo que las personas beneficiarias con discapacidad puedan desplazarse libremente y con seguridad en cualquier área de las instalaciones.

90. Adicionalmente, las Casas Escolares de la Niñez Indígena brindan alimentación, hospedaje y actividades complementarias a la población beneficiaria, atendiendo prioritariamente a quienes provienen de comunidades y localidades que no cuentan con opciones educativas en su lugar de origen. Esta medida afirmativa busca contribuir a la disminución de la deserción escolar y a la conservación y fortalecimiento de la diversidad cultural y lingüística del país.

III. Transición a un modelo de desinstitucionalización

91. El Estado mexicano ha trabajado en un proceso de transición de un modelo hospitalario hacia un modelo comunitario. De conformidad con el art. 25 de la CDPD, que establece que la atención a la salud de las personas con discapacidad tiene que proporcionarse lo más cerca posible de su comunidad, en México se reformó la Ley General de Salud para incorporar un enfoque de atención comunitaria, preventiva e integral en materia de salud mental, orientado a reducir la dependencia de los esquemas institucionales y fortalecer la atención en el entorno comunitario.

92. El Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030 establece una ruta intersectorial que garantice el ejercicio efectivo de los derechos sociales con un enfoque de universalidad y de derechos humanos, orientando la política pública hacia la superación progresiva de los modelos asistenciales tradicionales y el fortalecimiento de servicios comunitarios accesibles. Por su parte, el Programa Sectorial de Salud 2025-2030 busca incorporar visitas domiciliarias preventivas y de seguimiento a la atención, donde profesionales de la salud realicen diagnósticos integrales y de atención directa en la comunidad. Esto reducirá la necesidad de traslado a centros hospitalarios y favorecerá esquemas de atención más cercanos, preventivos y centrados en la comunidad.

93. Se implementan además medidas para reforzar el enfoque de los programas comunitarios, mediante el Modelo de Redes o Coaliciones Comunitarias, con la finalidad de formar un grupo de personas de la comunidad, que decidan participar de manera desinteresada, formal y voluntaria, en beneficio de su propio entorno social, físico y comunitario. Este modelo promueve la participación social y la corresponsabilidad comunitaria en la prevención y atención de problemáticas relacionadas con la salud mental y el bienestar social a partir de un proceso estructurado y una metodología, mediante la cual se organizan con los diferentes sectores que se encuentran a su alrededor.

94. Se fortalece también la Red Hospitalaria y Comunitaria, con la finalidad de acercar los servicios al domicilio de las personas usuarias. Entre las acciones realizadas se ofrece acompañamiento de profesional especializado y capacitado continuamente para brindar atención en salud mental favoreciendo intervenciones tempranas, seguimiento comunitario y apoyo directo a las familias y personas cuidadoras.

95. Por su parte, la Estrategia Integral de Asistencia Social, Alimentación y Desarrollo Comunitario 2025 prioriza a los NNA que se encuentran en situaciones de mayor riesgo de vulnerabilidad que requieren atención de salud mental. Dicha estrategia fortalece las capacidades del personal para la implementación del modelo nacional de cuidados alternativos que respecta a la reunificación, integración y acogimiento familiar y/o adopciones de NNA con el objetivo de garantizar que NNA crezcan y se desarrollen en entornos familiares seguros y protectores.

96. En cuanto a la observación del Comité sobre la institucionalización forzada de personas con discapacidad y la solicitud de reformar la legislación nacional, se puede observar que el Estado mexicano, a partir de la reforma a la Ley General de Salud, realiza acciones tangibles a fin de transicionar hacia modelos alternativos a la institucionalización, con enfoques comunitarios. Estas acciones forman parte de un proceso de transformación del sistema de atención en salud mental y de protección social, orientado a reducir progresivamente la institucionalización y fortalecer alternativas comunitarias y familiares de cuidado y apoyo.

Modelo Nacional de Cuidados Alternativos

97. El Estado ha adoptado el Modelo Nacional de Cuidados Alternativos como instrumento rector que coloca en el centro el derecho a vivir en familia y comunidad. Este Modelo prioriza la prevención de separaciones innecesarias y establece que el acogimiento residencial debe ser siempre excepcional, subsidiario y temporal. Asimismo, reconoce los efectos adversos que la permanencia prolongada en centros de asistencia social puede tener en el desarrollo integral y refuerza la obligación del Estado de fortalecer alternativas familiares y comunitarias de cuidado, promoviendo la corresponsabilidad entre el Estado, las familias y la sociedad para privilegiar entornos de base familiar y garantizar que toda decisión se rija por el interés superior, la participación efectiva y la temporalidad de las medidas.

98. El cuidado alternativo no se reduce al acogimiento residencial, sino que comprende un conjunto de modalidades orientadas a preservar, en la mayor medida posible, la vida en familia y la continuidad de los vínculos afectivos. El señalamiento relativo a la debilidad de las modalidades de cuidado alternativo en entorno familiar, particularmente de las familias de acogida, debe analizarse desde este marco constitucional que reconoce el derecho de NNA a vivir en familia y a recibir protección especial cuando se encuentran privados del cuidado parental. La insuficiencia de estas alternativas no puede justificar la institucionalización como respuesta primaria; por el contrario, evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos familiares de protección.

99. En el caso específico de NNA con discapacidad, concurren dos categorías constitucionales de protección reforzada: la niñez y la discapacidad. Ello impone al Estado la obligación de adoptar medidas diferenciadas que eviten que la discapacidad se traduzca en exclusión residencial. La institucionalización basada en la discapacidad o en la pobreza no responde al interés superior, sino a la ausencia de apoyos familiares y comunitarios suficientes. Por ello, la respuesta estatal no se limita a la operación de centros de cuidado alternativo, sino que se orienta a fortalecer a las familias mediante servicios de rehabilitación, educación inclusiva, atención en salud, apoyos psicosociales y mecanismos de inclusión social que permitan la permanencia en el entorno familiar y comunitario.

100. La falta de desarrollo de esquemas de acogimiento familiar afecta de manera diferenciada a NNA con discapacidad, quienes enfrentan mayores barreras para integrarse a familias sustitutas o de apoyo, debido a prejuicios sociales, ausencia de apoyos técnicos y limitada capacitación de personas cuidadoras. Estas barreras evidencian la necesidad de fortalecer políticas públicas dirigidas a sensibilizar a la sociedad, capacitar a las familias de acogida y desarrollar apoyos especializados que faciliten la inclusión de NNA con discapacidad en entornos familiares. Esta situación no responde a una política estatal de exclusión, sino a rezagos estructurales en la construcción de sistemas de cuidado familiar especializados. El deber estatal no consiste en mantener a esta población en instituciones, sino en generar condiciones para que las familias de acogida cuenten con apoyos materiales, psicosociales y técnicos suficientes para asumir el cuidado en condiciones de dignidad.

101. Por ello, la actuación estatal se orienta a construir un sistema diversificado de opciones familiares —familias extensas, familias de acogida y adopciones— que permita atender las necesidades particulares de NNA con discapacidad sin recurrir al confinamiento institucional prolongado.

102. En este contexto, el PRONAPINNA 2026-2030, en su Estrategia 2.5 “*Asegurar el acceso a modalidades de cuidados alternativos seguros, protectores y adecuados considerando el interés superior de niñas, niños y adolescentes, para garantizarles el pleno ejercicio del derecho a vivir en familia*”, orienta la acción interinstitucional al fortalecimiento de esquemas de cuidado alternativo en entorno familiar y a la reducción del uso del acogimiento residencial. Esta estrategia implica promover y consolidar familias de acogida, desarrollar capacidades institucionales para su acompañamiento y supervisión, y asegurar que toda medida de cuidado alternativo esté diseñada como transitoria y orientada a la restitución del derecho a vivir en familia, particularmente tratándose de NNA con discapacidad.

103. La existencia de un número limitado de familias de acogida o de mecanismos de cuidado familiar no puede interpretarse como una política estatal de abandono, sino como

expresión de un proceso de construcción institucional progresiva del sistema de cuidados alternativos en entorno familiar, que aún se encuentra en desarrollo. Desde la perspectiva del principio de progresividad, el Estado está obligado a demostrar que adopta medidas orientadas a ampliar gradualmente estas modalidades, reducir la dependencia del cuidado residencial y fortalecer los apoyos a quienes ejercen funciones de cuidado familiar.

104. Cabe destacar que en el caso de NNA el internamiento siempre debe ser consentido por los padres o tutores, y en la medida de lo posible ser consentido por el NNA en cuestión. A fin de brindar una atención de calidad y centrada en la persona, se implementan estrategias de comunicación verbal y psicoeducación. Asimismo, se priorizan las medidas alternativas, como la referencia y contrarreferencia, citas de revaloración en admisión continua y de seguimiento telefónico para asegurar el retorno temprano del NNA a su comunidad.

105. En consecuencia, no puede sostenerse que el Estado mexicano haya optado por la institucionalización como sustituto permanente del cuidado familiar. El diseño normativo privilegia la vida en familia y la política pública orienta la acción estatal a expandir y consolidar las modalidades de cuidado alternativo en el entorno familiar. La respuesta estatal no es la resignación frente al internamiento, sino el fortalecimiento progresivo de sistemas de acogimiento familiar que permitan a NNA con discapacidad ejercer efectivamente su derecho a vivir en familia, conforme al interés superior de la niñez y al principio de no discriminación.

106. Ejemplo de ello, son los programas de apoyo dirigidos a personas cuidadoras es el implementado por el Gobierno de la Ciudad de México, principalmente enfocado en mujeres, mediante apoyos económicos bimestrales, capacitación, talleres y acompañamiento en gestiones asociadas al cuidado y autocuidado. Estas acciones contribuyen a garantizar el derecho al cuidado de las personas en situación de dependencia y a reducir la pobreza de ingresos y de tiempo, evitando que la falta de apoyos familiares derive en procesos de institucionalización.

IV. Autonomía y vida independiente

107. En concordancia con los principios establecidos en la CDPD (artículo 19) así como con las observaciones realizadas por el Comité, el Estado mexicano implementa medidas para fortalecer la autonomía e independencia en todos los ámbitos de la vida pública; así como asegurar que los cuidados comunitarios sustituyan a la institucionalización de las personas con discapacidad.

108. A nivel constitucional se cuenta con la Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad, diseñada para ampliar las oportunidades de las personas con discapacidad permanente, toda vez que los derechohabientes pueden utilizarla para lo que decidan. De esta manera, contribuye a crear los medios necesarios para que las personas con discapacidad puedan tener una vida independiente. El objetivo es mejorar su ingreso monetario, con un enfoque interseccional que contribuye a lograr la vigencia efectiva de los derechos de NNA, jóvenes, personas indígenas y afromexicanas que viven con discapacidad.

109. Además, este respaldo económico les permite gestionar su día a día y reducir la dependencia de sus familias permitiéndoles tener mayor control sobre sus vidas pues, de esta manera, se reconoce que la vida independiente para las personas con discapacidad no solo se trata de la ausencia de restricciones físicas, sino también de abordar las barreras socioeconómicas y de marginación que a menudo acompañan a esta población. De igual manera puede prevenir la dependencia de instituciones de asistencia social desde un enfoque social y comunitario y evitar buscar soluciones mediante la institucionalización de dichas personas, particularmente aquella derivada de la pobreza.

110. En el ámbito de la seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) diseña e implementa programas de salud con enfoque de prevención y fomento del autocuidado, vinculados con prestaciones médicas, por lo que a fin de abonar al cumplimiento de las recomendaciones del Comité se reforzarán los programas de “Atención Social a la Salud” (PASS) enfocados en salud mental comunitaria y redes de apoyo social

dentro de los Centros de Seguridad Social, para prevenir el aislamiento que conduce a la institucionalización.

111. El IMSS tiene además la facultad de normar y validar programas de Cultura Física y Deporte para derechohabientes y no derechohabientes. Actualmente, se cuenta con la capacidad instalada (Centros de Seguridad Social y Unidades Deportivas) para desempeñarse como espacios de inclusión comunitaria, así como para realizar prácticas deportivas y culturales. De este modo, se refuerza el derecho de inclusión y participación social.

112. Como ejemplo de implementación en los gobiernos locales, el Gobierno de la Ciudad de México emprendió la construcción del Sistema Público de Cuidados más amplio del país, al sentar las bases para transitar de la institucionalización hacia sistemas de apoyos para la vida independiente y en comunidad.

113. Entre los objetivos estratégicos se encuentran la redistribución social del trabajo de cuidados, la liberación de tiempo de las mujeres cuidadoras y la provisión de cuidados de calidad para personas en situación de dependencia, incluidas las personas con discapacidad. Este enfoque busca evitar que la falta de apoyos derive en prácticas de sustitución de la voluntad, internamiento forzado o institucionalización.

114. En agosto de 2025, se presentó la Iniciativa de Ley del Sistema Público de Cuidados de la Ciudad de México, así como propuestas de reforma a la Constitución Política de la Ciudad de México que contemplan la provisión de servicios gratuitos, incluidos centros de rehabilitación y atención especializada para personas con discapacidad. La planeación territorial de estos servicios responde a un modelo de atención comunitario, descentralizado y no aislado, orientado a garantizar apoyos cercanos al entorno de vida de las personas. En marzo de 2026, el Congreso de la Ciudad de México aprobó iniciar las etapas informativa, deliberativa y consultiva del proyecto, con participación ciudadana y atención prioritaria a niñas, niños, personas mayores, con discapacidad y cuidadores.

115. Desde 2020, el Instituto de las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México (INDISCAPACIDAD) ha desarrollado el Modelo de Atención Integral en Unidades Básicas de Rehabilitación y el Centro de Atención para Personas con Discapacidad, orientados a favorecer la autonomía, la vida independiente y la calidad de vida. A ello se suma el proceso de inclusión laboral para personas con discapacidad y sus familias, que ha permitido fortalecer habilidades y competencias para el acceso al empleo o al autoempleo.

Inclusión laboral de personas con discapacidad

116. En cuanto al señalamiento del Comité sobre el porcentaje de las personas con discapacidad que trabaja en el sector informal de la economía, se informa que la fuente estadística disponible que proporciona información de la condición de actividad de la población de 12 años y más, con alguna discapacidad, es el Censo de Población y Vivienda². Así, según cifras del Censo 2020, el total de la población de 12 años y más es de 100.5 millones, de los cuales 62.3 millones se ubican como Población Económicamente Activa (PEA), compuesta por 61.1 millones de ocupados y 1.2 desocupados.

117. En cuanto a la población con alguna discapacidad, limitación o con algún problema o condición mental, el total registrado por el Censo es de 19.3 millones de personas, que representan el 19.2% del total de la población de 12 años y más. Por sexo, 10.4 millones son mujeres (54.0%) y 8.9 millones (46.0%) son hombres.

118. De toda la población de 12 años y más con alguna discapacidad, el 51.5% (9.9 millones) forman parte de la PEA, la cual se compone de 9.8 millones de ocupados y 184 mil desocupados. Por sexo, la PEA el 57.6% son hombres y el 42.4 %mujeres. En cuanto a los ocupados la proporción de hombres y mujeres es de 57.3% (5.6 millones) y 42.7% (4.2 millones) respectivamente. En el caso de los desocupados, la proporción es 74.5% (137 mil) hombres y 25.5% (47 mil) mujeres.

² Censo de Población y Vivienda 2020. INEGI.
<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#tabulados>.

119. Otra fuente de información que incluye la discapacidad es la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, ENADID 2023 que proporciona información estadística relacionada con el nivel y comportamiento de los componentes de la dinámica demográfica, como fecundidad, mortalidad y migración (interna e internacional). En materia de discapacidad, capta principalmente información sobre las siguientes actividades: subir o bajar usando sus piernas, recordar o concentrarse, bañarse, vestirse o comer, hablar o comunicarse, y realizar sus actividades diarias debido a problemas emocionales o mentales. Sin embargo, no aborda la condición de actividad³.

120. El Comité señaló que las personas con discapacidad carecen de oportunidades para acceder al mercado laboral. En tal respecto, se destaca que el Estado mexicano cuenta con la estrategia *Abriendo Espacios* a cargo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), que tiene el propósito de asesorar a Personas Buscadoras de Empleo. Con esta estrategia se han atendido 80,757 personas con discapacidad, de las cuales 15,545 se han insertado a un empleo formal, en el periodo de diciembre de 2019 a diciembre de 2025.

121. Esta estrategia incluye entre sus objetivos el brindar asesoramiento y apoyo a instancias empleadoras a fin de que adopten prácticas de contratación equitativa e incluyente para las personas en situación de vulnerabilidad, entre las que se encuentran las personas con discapacidad; así como en la elaboración de las descripciones de puestos de trabajo que pueden ser adaptados para ser cubiertos con estas personas.

122. La estrategia opera a través de la identificación de perfiles integrales y orientación ocupacional, mediante la aplicación de instrumentos de evaluación especializados, entre los que destaca el Sistema de Muestras de Trabajo Valpar, cuyos resultados permiten orientar a las personas hacia su mejor opción ocupacional, y realizar actividades que faciliten su empleabilidad. Para ampliar estas posibilidades de atención, el Servicio Nacional de Empleo (SNE) participa en la Red Nacional de Vinculación Laboral, que es una estrategia de la STPS con la cual se realizan sinergia de planes, programas y acciones de instituciones y organizaciones públicas, privadas y sociales; generando acciones conjuntas para promover la inclusión laboral.

123. Además, a través del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro, que opera la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, se apoya económicamente a jóvenes de entre 18 a 29 años que se encuentran fuera del sistema educativo o del mercado laboral. Estos apoyos son otorgados durante 12 meses en los que los jóvenes son capacitados en centros de trabajo, y al mismo tiempo reciben cobertura de seguridad social a través del Instituto Mexicano del Seguro Social. Desde 2019 que opera el Programa, 17,701 jóvenes con algún tipo de discapacidad han sido beneficiados con una beca económica mensual, la cual ha aumentado anualmente al pasar de 3,600 pesos en 2019 a 9,582 pesos en 2026.

124. Al tomar en consideración que el Estado mexicano diseña e implementa acciones destinadas a la autonomía y vida independiente de las personas con discapacidad, no se puede aseverar que el Estado no materializa acciones para permitir que las personas con discapacidad participen en la vida pública. Dichas acciones requieren de un esfuerzo paulatino para generar impactos positivos de manera progresiva, en la vida de las personas con discapacidad.

V. Personalidad jurídica y ejercicio de la capacidad jurídica

125. El informe señala que las personas con discapacidad continúan siendo privadas de su capacidad jurídica a través de procedimientos legales y en la práctica, por lo que carecen de libertad para decidir su lugar de residencia y siguen siendo expuestas sistemáticamente a la institucionalización forzada.

126. Al respecto, existen medidas jurisdiccionales que forman parte de una robusta línea jurisprudencial que ha logrado impulsar y consolidar el modelo social y de derechos humanos

³ Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, ENADID 2023
<https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2023/>.

de la discapacidad, a fin de garantizar el ejercicio del derecho a la capacidad y contribuir a erradicar la institucionalización de personas con discapacidad.

127. En este sentido, cabe señalar que, en un asunto resuelto en 2019, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) determinó que la interdicción se basaba en un modelo de sustitución de la voluntad que no es acorde a la CDPD y no admitía alguna interpretación conforme a la Constitución Federal, al ser violatoria del derecho a la igualdad y no discriminación, entre otros. Asimismo, señaló que se trata de una restricción desproporcionada al derecho a la capacidad jurídica con un impacto multinivel, que perpetúa estereotipos relacionados con la capacidad de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial para tomar decisiones⁴.

128. Derivado de lo anterior, la SCJN decidió en el caso concreto reencauzar el juicio de interdicción a un procedimiento de jurisdicción voluntaria en el que se determinaran, con base en la voluntad y preferencias de la persona, un sistema de apoyos para el ejercicio de los derechos a la capacidad jurídica y vivir de manera independiente⁵.

129. Este precedente es de suma relevancia porque marca el inicio del abandono del vínculo automático entre discapacidad, capacidad mental y restricción de la capacidad jurídica, al señalar que la capacidad mental no puede ser empleada como justificación para negar la capacidad jurídica de una persona⁶. Este criterio resulta de utilidad porque cuestiona las bases jurídicas que históricamente han justificado la privación de la capacidad jurídica y, con ello, prácticas de internamiento involuntario.

130. Asimismo, la SCJN emitió un criterio orientador en el que, además de reiterar la inconstitucionalidad e inconvencionalidad de la interdicción, determinó que no debe aplicarse el criterio del interés superior de la niñez para la toma de decisiones en relación con una persona adulta con discapacidad, pues ello implica sustituir su voluntad para participar en dichas cuestiones y transgrede su derecho al ejercicio de la capacidad jurídica. En cambio, debe aplicarse el estándar de “mejor interpretación posible de la voluntad y las preferencias”, de tal forma que cuando la persona con discapacidad manifieste de algún modo su voluntad, deberán adoptarse los mecanismos necesarios para que esa manifestación no sufra detrimentos o sea sustituida⁷.

131. En 2021, la Corte estableció por primera vez un criterio de observancia obligatoria para las personas juzgadas en México, en el cual se determinó que el cese del estado de interdicción no puede estar supeditado a que se mantenga un control sobre la salud mental de la persona mediante un tratamiento médico, ni es posible establecer —sin su consentimiento— un sistema de apoyos que coadyuve a dicho control⁸.

132. Posteriormente, la SCJN determinó que es inconstitucional que las personas con discapacidad intelectual y/o psicosocial permanezcan en internamiento involuntario, pues ese internamiento viola sus derechos humanos a la salud, al consentimiento informado y a la capacidad jurídica, dado que parte de la falsa creencia de que no pueden ni deben tomar sus propias decisiones. Por lo tanto, las personas con discapacidad deben tener la posibilidad de decidir informadamente sobre aspectos relacionados con su salud y dar su autorización para someterse a cualquier tratamiento médico.⁹ Si bien esta sentencia no constituye un criterio vinculante, si representan un razonamiento orientador que debe ser considerado por todos los órganos del Poder Judicial de la Federación al analizar casos en los que pueda existir una

⁴ SCJN, Amparo en Revisión 1368/2015, Primera Sala, 13 de marzo de 2019, votación: Unanimidad de cinco votos, párrs. 90-97.

⁵ SCJN, Amparo en Revisión 1368/2015, Primera Sala, 13 de marzo de 2019, votación: Unanimidad de cinco votos, párr. 126.

⁶ SCJN, Amparo en Revisión 1368/2015, Primera Sala, 13 de marzo de 2019, votación: Unanimidad de cinco votos, párrs. 95-97.

⁷ SCJN, Amparo Directo en Revisión 44/2018, Primera Sala, 13 de marzo de 2019, votación: Unanimidad de cinco votos, pp. 47, 87 y 88. [Enlace](#).

⁸ SCJN, Amparo Directo 4/2021, Primera Sala, 16 de junio de 2021, votación: unanimidad de cinco votos, párrs. 152-156. [Enlace](#).

⁹ SCJN, Amparo en Revisión 323/2024, Primera Sala, 6 de noviembre de 2024, votación: mayoría de 3 votos, párrs. 93-97, 111, 119, 129 y 130. [Enlace](#).

posible violación a los derechos de personas con discapacidad, especialmente cuando se encuentran internadas en instituciones de salud.

133. En paralelo a los criterios para la protección de la capacidad jurídica, la SCJN ha desarrollado una línea jurisprudencial en relación con el establecimiento de un sistema de apoyos y salvaguardas para la toma de decisiones, que refleja la importancia de garantizar el derecho de las personas con discapacidad a vivir de manera independiente, respetando su voluntad y sus preferencias.

134. Como parte de su argumentación, la Corte señaló que los Estados tienen la obligación de establecer un sistema de apoyos a favor de las personas con discapacidad, en virtud de lo establecido en el artículo 12.3 de la CDPD, los cuales están enfocados a facilitar la expresión de la voluntad y buscan ayudar a las personas a ejercer su capacidad jurídica en igualdad de condiciones que las demás, así como los demás derechos establecidos en la Convención. En todo caso, el sistema de apoyos debe estar basado en las necesidades de cada persona y es preciso que puedan elegir y controlar sus apoyos, como quién se encarga de brindar y el nivel de apoyo que desean recibir. Lo anterior implica el establecimiento de salvaguardias para evitar que se cometan abusos con el establecimiento de estos apoyos y, por ende, buscan garantizar que se respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de las personas con discapacidad¹⁰.

135. Cabe resaltar que la Secretaría de Bienestar aclara que las reglas del programa de Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad Permanente garantizan que los apoyos se entreguen directamente a las personas beneficiarias o, en caso necesario, por conducto de una persona adulta auxiliar designado bajo su consentimiento. Este mecanismo respeta la autonomía, capacidad jurídica y dignidad de las personas con discapacidad, conforme a las normativas nacionales.

136. En congruencia con dichos criterios, la CONASAMA realizó modificaciones a los documentos técnicos-normativos referentes los servicios proporcionados por los establecimientos de atención médica adscritos a esa Comisión, para que se brinden sobre la base del consentimiento libre e informado. Algunos de los ejes prioritarios y de acciones que se han consolidado son: la calidad de la atención y cumplimiento normativo, consentimiento informado, y la humanización de los servicios. Conforme a lo anterior, se desarrolla actualmente el formato de directrices de voluntad anticipada, con el principal objetivo de salvaguardar la autonomía de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Esta herramienta tiene como propósito fundamental respetar y apoyar las preferencias de la persona en la toma de decisiones, garantizando que su voluntad sea el eje rector del proceso de atención y no sea sustituida de forma arbitraria. Para asegurar su correcta implementación se están realizando las estrategias de capacitación y sensibilización con programas dirigidos al personal de salud con un enfoque de derechos y autonomía.

137. A nivel local, se destaca que la Ciudad de México fue la primera entidad federativa en solicitar la declaratoria de vigencia y aplicación del Código Nacional de Procedimientos Civiles y Familiares, realizando las reformas necesarias para la homologación normativa. Con ello, se reconoce expresamente en la legislación local la capacidad jurídica de todas las personas y su derecho a solicitar apoyos en la toma de decisiones, eliminando disposiciones normativas incompatibles con el principio de igualdad y no discriminación armonizadas además a lo mandatado en la Constitución Política de la Ciudad de México, en su artículo 11, apartado G, donde establece la obligación de las autoridades de implementar sistemas de salvaguardias y apoyos en la toma de decisiones, respetuosos de la voluntad y preferencias de las personas con discapacidad.

138. Se reconoce que las entidades federativas, en mayor o menor medida, continúan aplicando figuras contrarias al reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. Sin embargo, como puede observarse, se cuenta con medidas jurisdiccionales y criterios que reconocen su capacidad jurídica de conformidad con los principios establecidos por la CDPD.

¹⁰ SCJN, Amparo en Revisión 1082/2019, Primera Sala, 20 de mayo de 2020, votación: unanimidad de cinco votos, párrs. 72-88.

VI. Acceso a la justicia

139. En respuesta al pronunciamiento del Comité sobre la falta de acceso a la justicia para las personas con discapacidad institucionalizadas, el Estado mexicano reitera que el acceso efectivo a recursos judiciales constituye un elemento central para garantizar el ejercicio pleno de sus derechos, incluida la posibilidad de impugnar decisiones relacionadas con su internamiento, tratamiento o egreso.

140. En este sentido, se han fortalecido criterios jurisdiccionales orientados a asegurar que las personas con discapacidad cuenten con mecanismos accesibles, ajustes de procedimiento y apoyos adecuados para participar directamente en los procesos que les afectan, en concordancia con los estándares establecidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación y con las obligaciones derivadas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

141. En esa misma línea, se destaca la resolución de la SCJN en la que requirió la intervención de asesores jurídicos del Instituto Federal de Defensoría Pública (IFDP) para fungir como representantes especiales de 94 mujeres internadas en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Adolfo M. Nieto Tepexpan” en el Estado de México, a fin de que pudieran expresar si tenían o no la voluntad de ratificar la demanda de amparo presentada en su nombre en contra del posible internamiento involuntario en el que se encontraban y, posteriormente, decidieran continuar con este acompañamiento jurídico o nombrar a sus propios representantes legales.

142. En ese asunto, la Corte reconoció que el internamiento involuntario tiene el potencial de implicar un ataque a la libertad personal fuera del procedimiento y un acto de tortura, así como tratos crueles, inhumanos y degradantes, toda vez que puede conllevar a mantener a las personas usuarias de servicios de salud mental en una institución psiquiátrica pública, restringir su libertad deambulatoria o de movimiento contra su voluntad, y someterlas a tratamientos innecesarios, transgrediendo su vida y su salud, sin que exista un proceso de por medio¹¹.

143. Por lo tanto, determinó que el internamiento involuntario implica un caso urgente que faculta a cualquier persona para presentar una demanda de amparo en nombre de quien se encuentre en esta situación, siempre que la parte agraviada esté imposibilitada para hacerlo, con la finalidad de que las autoridades jurisdiccionales puedan actuar en consecuencia¹². Lo anterior, impone a las personas juzgadoras el deber de recabar de oficio el material probatorio para verificar que se trata efectivamente de un caso urgente¹³.

144. En cumplimiento de esta resolución y en atención al derecho a tomar decisiones propias y a una vida independiente de las personas con discapacidad, el personal del Instituto Federal de Defensoría Pública (IFDP) ha realizado visitas para conocer la situación en la que viven, con el fin de hacer valer sus derechos¹⁴.

145. En seguimiento, se elaboró un plan para garantizar la expresión de voluntad y capacidad jurídica de mujeres con discapacidad, a través de entrevistas. Después del primer análisis de la información se presentó al Juzgado de Distrito un informe con observaciones y posibles ajustes razonables al procedimiento y sistemas de apoyo para las pacientes en general, pero con énfasis en aquellas mujeres respecto de las cuales se percibían mayores barreras para una comunicación sustantiva y directa.

146. Asimismo, cabe resaltar la resolución de la Suprema Corte en la que ordenó revocar la decisión de desechar una demanda por daño moral presentada por una mujer por las violaciones a sus derechos humanos durante su internamiento involuntario en un centro de asistencia, bajo el argumento de que no podía promover un juicio por su cuenta debido a que

¹¹ SCJN, Recurso de Queja 7/2023, Segunda Sala, 21 de febrero de 2024, Votación: Unanimidad de cinco votos, párr. 67.

¹² SCJN, Recurso de Queja 7/2023, Segunda Sala, 21 de febrero de 2024, Votación: Unanimidad de cinco votos, párrs. 72 y 82.

¹³ SCJN, Recurso de Queja 7/2023, Segunda Sala, 21 de febrero de 2024, Votación: Unanimidad de 5 votos, párr. 67.

¹⁴ SCJN, Recurso de Queja 7/2023, Segunda Sala, febrero de 2024.

había sido declarada en estado de interdicción a solicitud de la titular de dicha institución, quien había sido nombrada como su tutora.

147. La Corte determinó que las razones sobre la inconstitucionalidad de la interdicción deben extenderse a todos los juicios en los que ésta sea un factor de decisión que se constituya en una barrera para el ejercicio de la capacidad jurídica y no solo cuando el fondo de la controversia verse sobre la declaración o el cese de la interdicción. Por ende, no resulta necesario que una persona acuda a solicitar el levantamiento del estado de interdicción en el que se encuentre, antes de presentar una demanda, pues ello obstaculizaría su derecho de acceso a la justicia; aunque tampoco se impide que la persona acuda a solicitarlo si así lo requiere para otros propósitos¹⁵.

148. En el mismo sentido, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) cuenta con el modelo para la defensa de casos de discriminación, a través del cual se orienta, atiende y, en su caso, investiga posibles actos u omisiones de carácter discriminatorio por parte de personas servidoras públicas federales o particulares. Este mecanismo permite identificar prácticas discriminatorias y promover medidas correctivas, conciliatorias o de protección que garanticen el respeto a los derechos de las personas pertenecientes a grupos históricamente discriminados.

149. Complementariamente, el CONAPRED ha desarrollado el *Protocolo de Atención Prioritaria, Accesible y de Calidad a Grupos Históricamente Discriminados*, que establece principios rectores para la actuación institucional, tales como el trato digno, respetuoso y empático, la eliminación de barreras de acceso y la consideración de las necesidades específicas de las personas en función de su edad, género, discapacidad u otras condiciones.

150. Estas directrices se sustentan en lo dispuesto por el artículo 15 Bis de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, el cual establece la obligación de los poderes públicos federales de adoptar medidas de nivelación, medidas de inclusión y acciones afirmativas orientadas a garantizar la igualdad real de oportunidades y el derecho a la no discriminación. Dichas medidas incluyen, entre otros aspectos, la implementación de ajustes razonables en materia de accesibilidad física, comunicacional y de información, la eliminación de barreras que obstaculizan el ejercicio de derechos, así como la adopción de políticas públicas que atiendan de manera prioritaria a grupos en situación de discriminación, entre los que se encuentran las NNA con discapacidad.

151. Desde esta perspectiva, la incorporación de ajustes razonables, mecanismos accesibles de denuncia y atención especializada no constituye únicamente una buena práctica administrativa, sino el cumplimiento de una obligación legal orientada a garantizar que las personas pertenecientes a grupos históricamente discriminados puedan ejercer sus derechos en condiciones reales de igualdad.

Reparaciones específicas para personas con discapacidad

152. En relación con el señalamiento del Comité sobre la ausencia de reparaciones para las personas con discapacidad, es pertinente destacar que existen dos criterios relevantes emitidos por órganos jurisdiccionales del Poder Judicial de la Federación que, si bien no se originan en casos de daños derivados de la institucionalización, sí establecen que cuando se trata de personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad, las autoridades jurisdiccionales deben garantizar una reparación integral del daño.

153. La compensación y reparación cumplen una doble función. Por un lado, tienen un efecto disuasivo, al contribuir a prevenir futuras conductas ilícitas; por otro, poseen un carácter satisfactorio y restitutorio, en la medida en que buscan revertir, en la mayor medida posible, las afectaciones sufridas por la víctima y atender sus necesidades específicas e impactos derivados del daño. Conforme a la interpretación desarrollada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos respecto del alcance de la reparación, las autoridades

¹⁵ SCJN, Amparo Directo en Revisión 4193/2021, Primera Sala, 27 de abril de 2022, votación: unanimidad de cinco votos, párrs. 44, 56 y 59. [Enlace](#).

deben asegurar que esta sea integral y responda efectivamente a las necesidades concretas de la víctima.

154. Adicionalmente, cuando la víctima es una persona con discapacidad en situación de vulnerabilidad, los órganos jurisdiccionales tienen la obligación reforzada de garantizar dicha reparación integral. Para ello, deben instar a las autoridades competentes a asegurar su acceso efectivo a programas gubernamentales, particularmente en el ámbito educativo, mediante la realización de las diligencias necesarias y, en su caso, el ejercicio de las facultades coercitivas previstas en la ley.

155. Lo anterior encuentra sustento en el artículo 3º de la Constitución y en el artículo 62, fracción IV, de la Ley General de Víctimas, que reconocen el acceso a programas educativos como una medida de rehabilitación. Esta medida resulta fundamental para favorecer la reintegración social de la víctima y la construcción o reconstrucción de su proyecto de vida, especialmente cuando, como consecuencia de la discapacidad, no fue posible acceder a una escolarización adecuada, lo que limitó sus oportunidades y afectó su salud psicológica y su desarrollo personal.

VII. Papel de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos

156. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) no comparte en absoluto la lectura que hace el CRPD respecto del papel de ese organismo nacional, cuando señala que:

“Se observan dificultades en las acciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos para monitorear las instituciones, incluyendo la sostenibilidad de sus actividades, la falta de periodicidad y/o la ausencia de las visitas de vigilancia a todas las categorías de instituciones. Las recomendaciones de la Comisión Nacional no parecen ser debidamente atendidas y la remisión de información sobre violaciones ante las autoridades de investigación es esporádica. La Comisión Nacional ejerce una autocensura de sus hallazgos temiendo represalias. Se observan disparidades en el monitoreo que ejercen las comisiones estatales de derechos humanos y limitado impacto en la prevención de violaciones de derechos humanos en instituciones;”

157. En tal respecto, el Mecanismo Independiente de Monitoreo Nacional (MIMN) de la convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad y el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT) trabajan todos los días para prevenir violaciones a los derechos humanos de las personas con discapacidad, particularmente aquellas que se encuentran en algún centro de detención o internamiento.

158. En concreto, el MIMN monitorea y supervisa que las autoridades apliquen la CDPD, en colaboración con autoridades locales y organismos públicos de derechos humanos. Prueba de lo anterior, son las visitas que la CNDH ha realizado a las unidades hospitalarias de la CONASAMA, a las cuales se les ha dado seguimiento y atención, priorizando en todo momento la aplicación del consentimiento informado, además del asentimiento informado en los NNA, tomándose en cuenta su opinión en caso de la necesidad de manejo hospitalario.

159. Por su parte, el MNPT-CNDH ha realizado un trabajo continuo de monitoreo y coordinación con autoridades responsables de lugares de privación de la libertad, orientado al fortalecimiento institucional de estos espacios, así como a la adecuada implementación de la reforma a la Ley General de Salud en materia de salud mental y adicciones.

160. Para ello, el Mecanismo Nacional de Prevención ha realizado 39 visitas de supervisión a hospitales y unidades de salud que proporcionan atención psiquiátrica, tanto a nivel local como federal. El objetivo de estas supervisiones se ha centrado en observar la forma en que se da cumplimiento a la Ley General de Salud, particularmente en lo relativo al ingreso voluntario a tratamientos residenciales, consentimiento informado, voluntad anticipada (previo a una situación de crisis) y la prohibición del aislamiento como parte de los modelos de atención. Sobre estas supervisiones actualmente se elaboran los informes correspondientes.

161. En este mismo sentido, el MNPT-CNDH ha monitoreado centros especializados en el tratamiento del consumo problemático de sustancias. Estas acciones han tenido como eje central identificar factores de riesgo asociados a la prevalencia de ingresos involuntarios, la falta de consentimiento informado en la implementación de los modelos de atención, así como la existencia de esquemas basados en el castigo.

162. Para tal efecto, el Mecanismo Nacional de Prevención elaboró una metodología de supervisión en la que se contempla la intervención interinstitucional conjunta y coordinada con autoridades en materia de salud (CONASAMA y Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios -COFEPRIS-); comisiones de búsqueda de personas; procuradurías de protección de derechos de NNA; autoridades de seguridad pública; instancias de procuración de justicia (fiscalías), y organismos locales de protección de los derechos humanos, con el propósito de garantizar acciones de respuesta inmediata en aquellos casos en los que se identifican riesgos graves a la integridad psicofísica de las personas usuarias de esos establecimientos.

163. Se emitieron los Informes de Supervisión 01/2022 y 02/2022, y el Informe Especial 04/2022. En dichos instrumentos se solicitó a las autoridades sanitarias la implementación de políticas públicas orientadas a fortalecer el marco normativo aplicable a la atención especializada en consumo problemático de sustancias, considerando la autonomía de la persona y la voluntariedad del tratamiento, privilegiando los esquemas ambulatorios y la reducción de internamientos involuntarios. Asimismo, se solicitó impulsar acciones de política pública en materia de prevención y tratamiento de adicciones dirigidas a mujeres, al igual que a NNA.

164. También se han publicado, de manera continua, informes orientados al fortalecimiento de la atención en materia de salud mental en otros espacios de privación de la libertad, como los centros de reinserción social, reconociendo que es una obligación transversal que debe ser asegurada en cualquier lugar de detención.

165. Entre estos instrumentos, destaca el Informe Especial 01/2023, mediante el cual se solicitó a las autoridades penitenciarias desarrollar un programa integral de atención a la salud mental de las mujeres privadas de la libertad, orientado a la recuperación de la estabilidad emocional, con el objetivo de atender los determinantes sociales y estructurales que inciden en la salud mental, tales como las relaciones interpersonales, la educación, las condiciones de vida, la comunidad, la espiritualidad, así como las actividades artísticas e intelectuales. Asimismo, se reiteró la importancia de que el programa incorpore de forma transversal el enfoque de derechos humanos, la perspectiva de género y el modelo social de la discapacidad.

166. En el Informe Especial 02/2023, el MNPT-CNDH señaló el riesgo de maltrato al que se encontraban expuestas las personas privadas de la libertad, particularmente aquellas que viven con discapacidad psicosocial, frente al uso de la contención física. En dicho instrumento, se comunicaron a las autoridades penitenciarias propuestas de política pública orientadas a fortalecer sus capacidades institucionales frente a situaciones de crisis o agitación aguda de personas con discapacidad psicosocial y, con ello, contrarrestar el factor de riesgo identificado.

167. Como parte de estas acciones de fortalecimiento, se contempló el deber de elaborar un protocolo especializado para la adecuada atención de personas con discapacidad psicosocial, sustentado en los estándares establecidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley General de Salud, así como el enfoque de derechos humanos y el modelo social de la discapacidad. Asimismo, se solicitó a las autoridades que, para el desarrollo del protocolo de atención, se coordinen con instituciones públicas especializadas en salud mental, con el fin de fortalecer las capacidades técnicas y médicas del personal penitenciario.

168. Como resultado de lo anterior, la autoridad penitenciaria federal informó al Mecanismo Nacional de Prevención sobre diversas acciones de capacitación dirigidas al personal de los centros federales de reinserción social en materia de contención física. Estas medidas se complementaron con la armonización de protocolos y lineamientos generales de actuación, entre los que destacan el “Manual de identificación, valoración e intervención del

riesgo suicida en personas privadas de la libertad en Centros Federales de Readaptación Social”, y el “Procedimiento de sujeción terapéutica a paciente privado de la libertad”.

169. Es relevante señalar que la información proporcionada por la autoridad fue verificada in situ, a través de una visita de campo realizada por personal del MNPT-CNDH, lo cual ilustra los resultados del trabajo y seguimiento realizados tras la emisión del informe. Lo anterior se encuentra desarrollado en el Informe de Seguimiento al IE 02/2023.

170. Por otra parte, como se ha señalado, el MNPT-CNDH ha incorporado de manera transversal, durante sus acciones de monitoreo, el análisis sobre la forma en que las autoridades responsables de lugares de privación de la libertad certifican la integridad psicofísica de las personas bajo su custodia, además de la identificación y atención de factores de riesgo asociados a su salud mental.

171. Un ejemplo de lo anterior es el Informe Especial IE-01/2025, instrumento a través del cual se ha impulsado el desarrollo de directrices especializadas y obligatorias para la prevención, detección y atención del riesgo y de conductas suicidas en los centros de reinserción social. Las propuestas de política pública formuladas por el Mecanismo Nacional de Prevención plantean que las autoridades penitenciarias locales elaboren directrices de atención con base en los estándares desarrollados por sus homólogos federales antes descritos y, además, solicitan considerar, entre otros rubros, la creación de equipos de respuesta inmediata para situaciones de crisis y primeros auxilios, haciendo hincapié en que tales equipos deberán operar desde un enfoque de respuesta terapéutica y no de uso de la fuerza.

172. Aunado a ello, en distintos informes, el MNPT-CNDH ha solicitado a las autoridades la implementación de medidas orientadas al fortalecimiento institucional en materia de accesibilidad universal en las instalaciones de los espacios de detención, en los que se consideren las necesidades de movilidad de personas con discapacidad motriz y visual. Entre estos instrumentos se encuentran, por ejemplo, el Informe de Supervisión 01/2023[8] (autoridades migratorias), el Informe de Supervisión 04/2023 (autoridades penitenciarias del orden local) y el Informe Especial 02/2024 (centros de detención administrativa municipal).

173. Lo antes expuesto da cuenta del trabajo de monitoreo realizado por la CNDH a través del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, así como de su impacto en el fortalecimiento de las capacidades institucionales de los lugares de privación de la libertad, con el propósito de reducir el riesgo de violaciones a derechos humanos de las personas que se encuentren en tales espacios.

174. Respecto al señalamiento del Comité sobre una supuesta autocensura, la CNDH rechaza categóricamente esta aseveración. Prueba de ello son, entre otros, la publicación del Sistema de Alerta de Violación de Derechos Humanos¹⁶, plataforma donde de manera transparente y responsable se comparte información de quejas y recomendaciones en las distintas materias de derechos humanos, incluidos aquellos de personas con discapacidad, a fin de que cualquier persona e institución pueda consultar y analizar dicha información. Además, las recomendaciones que se emiten son de carácter público y la información de las labores de la CNDH se concentran en los informes anuales, presentados por la Presidenta de la Comisión ante el Congreso de la Unión y de fácil acceso en el sitio web institucional.

Conclusiones

175. Las conclusiones fácticas de la investigación realizada por el Comité en virtud del artículo 6 del Protocolo Facultativo de la CDPD y las recomendaciones emitidas representan una guía para orientar las acciones y políticas que las instituciones del Estado mexicano deben implementar para fortalecer la coordinación interinstitucional y para consolidar modelos de salud y de cuidados con enfoque de derechos humanos, perspectiva de género y de niñez y adolescencia, superando el paradigma asistencialista que aún persiste en ciertos ámbitos.

176. Por ello, el Estado mexicano valora el esfuerzo del Comité para la realización de una investigación amplia y profunda, que reconoce los avances normativos más relevantes con

¹⁶ Sistema de Alerta de Violación de Derechos Humanos (<https://sna.cndh.org.mx>).

impacto en la población mexicana, al tiempo que identifica desafíos que requieren revisión puntual. Estas consideraciones son asumidas para fortalecer el cumplimiento de las obligaciones que corresponden al Estado, particularmente en relación con la protección y garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

177. Asimismo, se reconoce que, como bien menciona el Comité, la intervención del Estado es determinante frente a diversos fenómenos estructurales. En particular, se reconoce como prioritario abordar la persistencia de la institucionalización como un desafío de carácter estructural, dado que históricamente se había constituido como una respuesta para las personas con discapacidad.

178. El hecho de que existan casos en los que se han vulnerado gravemente los derechos de las personas con discapacidad no implica que exista una naturaleza organizada de los actos, sino que constituyen hechos aislados. Como se ha descrito en este informe, el Estado cuenta con acciones y políticas que buscan de manera progresiva e integral transitar a un modelo alternativo a la institucionalización, por lo que no se puede aseverar una naturaleza “sistemática” en el actuar del Estado que permita y perpetúe la institucionalización.

179. Si bien se avanza en la transición hacia un modelo de atención comunitaria —centrado en las personas y con estricto apego a los derechos humanos—, el Estado mexicano reconoce que avanzar hacia modelos de vida independiente y plena inclusión en la comunidad exige la realización de evaluaciones sistemáticas y especializadas que, desde un enfoque individualizado y centrado en la persona, permitan identificar con precisión las necesidades específicas, los apoyos requeridos y las condiciones reales de vida de las personas con discapacidad. Este proceso implica una movilización amplia y sostenida de recursos financieros, materiales, humanos y técnicos, así como el fortalecimiento de las capacidades institucionales y de los mecanismos de coordinación entre las distintas autoridades. Todo ello resulta indispensable para garantizar que las transiciones se desarrollen de manera planificada, gradual y segura, evitando situaciones de indefensión, abandono o nuevas vulneraciones a los derechos humanos.

180. La consolidación de este proceso demanda, además, un marco jurídico robusto, coherente y articulado que amplíe y precise las competencias de las autoridades en los distintos órdenes de gobierno, y que haga posible una atención integral y efectiva fuera de esquemas orientados a la institucionalización, en consonancia con los estándares internacionales aplicables.

181. En este contexto, el Estado mexicano toma nota de las observaciones y recomendaciones formuladas por el Comité en el marco de la investigación realizada en virtud del artículo 6 del Protocolo Facultativo, y reitera su plena disposición a mantener un diálogo constructivo, abierto y transparente. México reafirma su determinación de avanzar de manera progresiva y sostenida en la garantía plena de los derechos de las personas con discapacidad, con fundamento en los principios de dignidad, autonomía, inclusión y no discriminación consagrados en la Convención.
