

MNPT



MECANISMO NACIONAL DE
PREVENCIÓN DE LA TORTURA

INFORME DE SUPERVISIÓN ISP- 01/2020 DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA



CNDH
M É X I C O



**INFORME DE SUPERVISIÓN ISP-01/2020
DEL MECANISMO NACIONAL DE
PREVENCIÓN DE LA TORTURA A
ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS
EN ATENCIÓN RESIDENCIAL A
PERSONAS CON TRASTORNOS DEBIDO
AL CONSUMO DE SUSTANCIAS O A
COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS, EN EL
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE
AGUASCALIENTES.**

Ciudad de México, a 16 diciembre de 2020.

**Secretaría de Salud del Gobierno de
México.**

**Comisión Nacional Contra las
Adicciones.**

**Comisión Federal para la Protección
Contra Riesgos Sanitarios.**

Gobierno del Estado de Aguascalientes.

**Secretaría de Salud del Estado de
Aguascalientes.**

**Consejo Estatal Contra las Adicciones de
Aguascalientes.**

P R E S E N T E S¹

¹ El Artículo 42 del Reglamento del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes indica que “el informe de supervisión a que se refiere la fracción I del artículo 81 de la Ley General, concluirá con una serie de recomendaciones dirigidas al director del centro respectivo y al servidor público responsable de la supervisión de dicho centro, así como al superior jerárquico de éstos, a las cuales deberán las autoridades señaladas en las recomendaciones comunicar una respuesta formal al Mecanismo en un plazo de treinta días naturales contados a partir de la notificación del citado informe, debiendo programarse visita de seguimiento para verificar el cumplimiento de las recomendaciones emitidas”.



Preámbulo

El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles Inhumanos o Degradantes (MNPT), adscrito a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), con fundamento en lo dispuesto por las normas jurídicas nacionales e internacionales aplicables²; llevó a cabo visitas de supervisión del 26 al 30 de agosto de 2019, a los siguientes establecimientos especializados en la atención residencial a personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos, ubicados en el Estado Libre y Soberano de Aguascalientes:

- **Casas y Albergues de Rehabilitación “Agua Viva”, A. C.**
- **Centro de Integración para Drogadictos y Alcohólicos, A. C.**
- **Centro de Recuperación y Rehabilitación de Alcoholismo y Drogadicción “Zona Uno”, A. C.**
- **Centro de Rehabilitación de Alcohólicos y Drogadictos “Nueva Generación 2 de junio”, A.C.**
- **Centro de Rehabilitación “Filadelfia”, A. C.**
- **Centro “Mi Único Camino”, A.C.**
- **Comunidad Terapéutica Especializada en Adicciones, “Sana Tu Ser, Cuerpo, Espíritu y Mente”, A. C.**

El objeto de la visita fue verificar el respeto, protección y realización de los derechos humanos de las personas usuarias de estos centros, en especial el derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes.

El presente Informe contiene datos e información recabada durante las visitas referidas, así como las respectivas Recomendaciones que se emiten con la finalidad de modificar las condiciones de riesgo para el respeto y garantía del derecho a la integridad personal de quienes se encuentran en los mencionados establecimientos, en especial el derecho a no sufrir tortura.

² Artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción XI bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 73, 78 y 81 de la Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Ley General sobre la Tortura), publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de junio de 2017; 41, 42 y 45 del Reglamento del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, aprobado a través del Acuerdo del Consejo Consultivo de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, del 13 de noviembre de 2017, publicado el 22 de diciembre de 2017; y en los artículos 19 y 20 del Protocolo Facultativo de la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, ratificado por el Estado Mexicano, el 11 de abril de 2005 y publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 15 de junio de 2006.



Índice

I.	COMPETENCIA DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA	5
II.	CONTEXTO.....	7
A.	Concepto jurídico de tortura y métodos de tortura fuera del ámbito de investigación penal.	7
B.	Responsabilidad de agentes no estatales en la comisión de tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.....	9
C.	La atención a la salud, los trastornos por consumo de sustancias y la discapacidad psicosocial	12
D.	La atención residencial a personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos y la garantía de los derechos humanos.....	14
III.	PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN	17
A.	Enfoques analíticos	18
1.	Enfoque de derechos humanos	18
2.	Enfoque centrado en el hecho a prevenir	20
B.	Método	23
1.	Recolección de la información primaria	23
2.	Recolección de información secundaria.....	23
3.	Análisis de los datos	24
IV.	EVIDENCIAS	24
A.	Revisión documental	24
B.	Centros supervisados.....	27
C.	Información de los centros con registro y sin registro por la CONADIC	27
D.	Procedimientos normativos.....	28
C.	Registro Fotográfico de los Centros.....	46
V.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	51
A.	Registro ante el CONADIC.....	51
B.	Cumplimiento de procedimientos normativos	51
C.	Características demográficas de las personas privadas de la libertad entrevistadas.....	52
D.	Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.....	52
E.	Consentimiento voluntario e informado y derecho a no sufrir detención arbitraria .	54
F.	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	56
VI.	POSICIONAMIENTO	59
VII.	RECOMENDACIONES	59
A.	A la Secretaría de Salud del Gobierno de México:	59



De mediano plazo.....	59
De largo plazo	59
B. A la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.....	60
Inmediatas	60
De mediano plazo.....	60
C. A la Comisión Nacional Contra las Adicciones.....	60
Inmediatas	60
De mediano plazo.....	60
De largo plazo	61
D. A la Secretaría de Salud del Estado de Aguascalientes	61
Inmediatas	61
De mediano plazo.....	61
De largo plazo	62



I. COMPETENCIA DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA

El 23 de septiembre de 2003 el Estado Mexicano firmó el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, lo ratificó el 11 de abril de 2005 y el 22 de junio de 2006 entró en vigor en todo el territorio nacional. Dentro de los compromisos contraídos en este proceso, orientados a realizar acciones eficaces para prevenir los actos de tortura, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos instrumentó, a partir del 22 de junio de 2007, el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, designando como responsable de este a la Tercera Visitaduría General de la misma CNDH.

Con la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes³, el día 26 de junio de 2017, se otorga al Mecanismo, si bien aún adscrito a la CNDH, el carácter de una instancia independiente y especializada encargada de la supervisión permanente y sistemática de los lugares de privación de la libertad, en todo el territorio nacional, a fin de mejorar el trato y las condiciones en que se encuentren las personas privadas de su libertad y prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes⁴.

Entre las facultades del MNPT —ordenadas de manera lógica para explicar el sustento del procedimiento de trabajo de esta instancia y que deriva en el presente informe (Artículo 78 de la LGPIST)- se encuentran las siguientes:

- a) Acceder, en cualquier momento, sin aviso previo ni restricción alguna, a todos los lugares de privación de libertad (numeral IV).
- b) Acceder a toda la información sobre el trato y la situación de las personas privadas de la libertad; así como sobre las condiciones de su detención (numeral III).
- c) Entrevistarse libremente con cualquier persona privada de la libertad o con el personal que labore en los lugares de privación de libertad, las ocasiones y el tiempo que sea necesario, en total privacidad, si así se requiere (numeral V).
- d) Recibir información por parte de personas privadas de la libertad, familiares de estas, organizaciones de la sociedad civil o de cualquier otra persona, en la que se denuncien hechos constitutivos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o bien, en donde se proporcionen datos relevantes para el análisis de los patrones y métodos de la comisión de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, sus causas estructurales o los factores en la legislación o la práctica que favorezcan o aumenten el riesgo de su comisión (numeral VIII).
- e) Acceder a la información sobre el número de personas privadas de la libertad, su identidad, ubicación, el número de lugares de privación de libertad y su localización física (numeral II).
- f) Acceder a toda la información relacionada con la condición jurídica de las personas que se encuentren en los lugares de privación de libertad (numeral VI).
- g) Elaborar informes de supervisión, informes de seguimiento e informes especiales (numeral I).

³ Fuente: Título Quinto, Capítulo Tercero, artículos 72 al 82, relativos al Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPIST_260617.pdf

⁴ Fuente: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/Reglamento_MNPTOTPCID.pdf



- h) Hacer recomendaciones de política pública a las autoridades competentes de los tres órdenes de gobierno; así como formular propuestas sobre la legislación vigente o los proyectos de ley en la materia, con objeto de mejorar el trato y las condiciones de las personas privadas de su libertad y de prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, tomando en consideración los más altos estándares internacionales (numeral XII).

Por ello, el MNPT realiza visitas de supervisión a lugares de privación de la libertad e internamiento en las que se obtiene información de diversas fuentes. Estas visitas buscan detectar las causas y factores de riesgo que pudieran generar situaciones de probable tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, con el fin de identificar las medidas necesarias para prevenirlas y mejorar las condiciones en que se encuentran las personas albergadas. La sistematización de la información recabada y de las Recomendaciones que emite el MNPT se realiza a través de Informes de Supervisión, como el presente, los cuales están dirigidos a las personas responsables de los centros de privación de la libertad e internamiento y, particularmente, a las autoridades estatales y federales correspondientes, de acuerdo con su ámbito de su competencia (**Figura 1**).

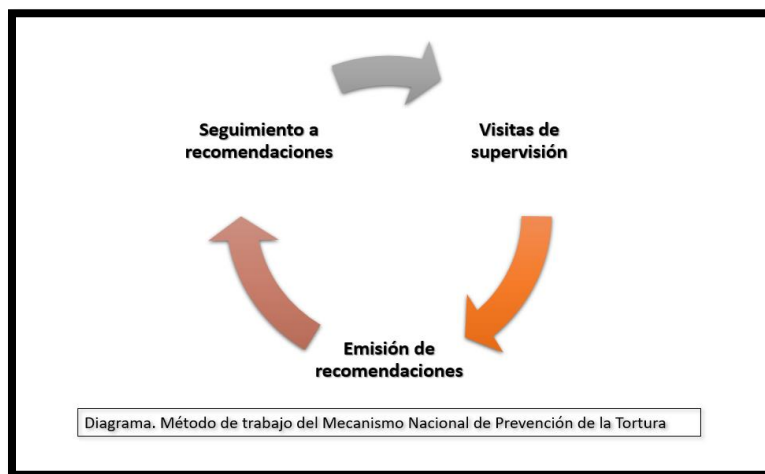


Figura 1. Diagrama del método de trabajo del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

Ahora bien, es importante hacer una precisión. Así como el concepto jurídico de tortura se ha limitado en su interpretación, erróneamente, al contexto de la investigación de delitos, en el caso de las facultades del MNPT se han interpretado como limitadas a la supervisión de centros de privación de la libertad penitenciarios. Sin embargo, la Ley General, en su Artículo 5, numeral XIII, contempla una definición de “lugar de privación de la libertad” más amplio:

“Los establecimientos, las instalaciones o cualquier otro espacio o sitio en control de las autoridades federales, estatales o municipales en donde se encuentren o pudieran encontrarse personas en privación de la libertad, medie o no orden, medida cautelar o sentencia de una autoridad judicial o mandato de una autoridad administrativa u otra competente; así como establecimientos, instalaciones o cualquier otro sitio administrado por particulares, en los que se encuentren personas privadas de la libertad por determinación de la autoridad o con su consentimiento expreso o tácito”⁵.

⁵ Fuente: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPIST_260617.pdf



Así mismo, el artículo 4, numeral 2, del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes adopta una definición amplia de privación de la libertad, por la que se entiende “cualquier forma de detención o encarcelamiento o de custodia de una persona por orden de una autoridad judicial o administrativa o de otra autoridad pública, en una institución pública o privada de la cual no pueda salir libremente”⁶.

La adopción de estas definiciones garantiza que el MNPT podrá visitar lugares no considerados “oficiales”, diferentes a los centros de detención por causa penal, pero en los que hay razones fundadas para suponer que se encuentran personas privadas de la libertad, permitiendo una mayor cobertura de la protección a estas, evitando así una categorización de los lugares susceptibles de ser supervisados, lo que restringiría y limitaría el alcance de su papel (Long, 2004).

II. CONTEXTO

Es relevante para nuestro objetivo aclarar aspectos como el alcance de la responsabilidad estatal respecto a los actos de particulares, en especial en el contexto de la atención a la salud; la idea de que la atención a los problemas de salud relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas no requiere un alto nivel de especialización; el vínculo del consumo de sustancias con diversos factores de vulnerabilidad que podrían configurar una situación de discapacidad psicosocial; y la relación entre la atención a personas con trastornos debidos a la dependencia de sustancias y la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. A continuación, se desarrollan los aspectos señalados:

A. Concepto jurídico de tortura y métodos de tortura fuera del ámbito de investigación penal.

La definición jurídica de tortura incluye tres elementos básicos: un agente, una acción y un fin; así mismo, un criterio de exclusión. En la Tabla 1 se muestran estos elementos en los dos instrumentos jurídicos que tomaremos como referencia en esta investigación, la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura⁷ y la Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes⁸.

Tabla 1. Elementos constitutivos del concepto jurídico de Tortura.

Elemento del concepto jurídico	Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura	Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
Sujeto activo	Serán responsables del delito de tortura: a) Los empleados o funcionarios públicos que actuando en ese carácter ordenen, instiguen, induzcan a su comisión, lo cometan directamente o que, pudiendo impedirlo, no lo hagan.	Comete el delito de tortura el Servidor Público que (...) (Artículo 24) También comete el delito de tortura el particular que: I. Con la autorización, el apoyo o la aquiescencia de un Servidor Público cometa alguna de las conductas descritas en el artículo anterior, o

⁶ Fuente: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/opcat.aspx>

⁷ Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-51.html>

⁸ Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPIST_260617.pdf



	b) Las personas que a instigación de los funcionarios o empleados públicos a que se refiere el inciso a. ordenen, instiguen o induzcan a su comisión, lo cometan directamente o sean cómplices, (Artículo 3).	II. Con cualquier grado de autoría o participación, intervenga en la comisión de alguna de las conductas descritas en el artículo anterior. (Artículo 25)
Acción	Para los efectos de la presente Convención se entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales (Artículo 2) Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica. (Artículo 2)	I. Cause dolor o sufrimiento físico o psíquico a una persona; II. Cometa una conducta que sea tendente o capaz de disminuir o anular la personalidad de la Víctima o su capacidad física o psicológica, aunque no le cause dolor o sufrimiento, o III. Realice procedimientos médicos o científicos en una persona sin su consentimiento o sin el consentimiento de quien legalmente pudiera otorgarlo. (Artículo 24)
Finalidad	(...) con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. (Artículo 2)	(...) con el fin de obtener información o una confesión, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medio de coacción, como medida preventiva, o por razones basadas en discriminación, o con cualquier otro fin (...) (Artículo 24)
Elemento conceptual de exclusión	No estarán comprendidos en el concepto de tortura las penas o sufrimientos físicos o mentales que sean únicamente consecuencia de medidas legales o inherentes a éstas, siempre que no incluyan la realización de los actos o la aplicación de los métodos a que se refiere el presente artículo. (Artículo 2)	No se considerará tortura los dolores o sufrimientos físicos o psicológicos que sean únicamente consecuencia de medidas legales impuestas por autoridad competente, o las inherentes o incidentales a éstas, o de las derivadas del uso legítimo de la fuerza, de conformidad con lo previsto en la legislación nacional e internacional aplicable. (Artículo 19)

Así, el concepto jurídico de tortura contempla una finalidad que rebasa el contexto de la investigación de delitos, y se incluyen actos que desde el sentido común no suelen considerarse tortura, como los actos tendentes o capaces de disminuir o anular la personalidad de la víctima o su capacidad física o psicológica, “aunque no le cause dolor o sufrimiento”, y, particularmente importante para este informe, “procedimientos médicos o científicos en una persona sin su consentimiento o sin el consentimiento de quien legalmente pudiera otorgarlo”.

Esto es congruente con el señalamiento del Relator Especial de la ONU sobre Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (Naciones Unidas, 2019), en el sentido de que “la tortura y los malos tratos pueden adoptar formas virtualmente ilimitadas” (p. 6) e incluye

“(…) la violencia física o **los abusos psicológicos**, la **privación sensorial**, las **posturas en tensión**, la **humillación**, la coacción en los interrogatorios, la **instrumentalización de los síntomas de abstinencia de las drogas**, la **negación de contacto familiar o de tratamiento médico**, condiciones de **detención crueles, inhumanas o degradantes** o la **reclusión en régimen de incomunicación durante períodos prolongados** o de alguna otra forma que constituya un abuso (...)”



El elemento común de estas formas de tortura y malos tratos, considerando la diversa variabilidad de gravedad, intencionalidad y propósito específico, es que “todas ellas entrañan vulneraciones de la integridad física o mental que son incompatibles con la dignidad humana y, por tanto, no pueden justificarse en ninguna circunstancia”. (Naciones Unidas, 2019:6)

B. Responsabilidad de agentes no estatales en la comisión de tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

Por otra parte, una característica del presente informe es centrarse en las condiciones de privación de la libertad de personas internadas en centros especializados en el tratamiento de adicciones. Como se verá más adelante, la mayor parte de los centros supervisados pertenecen al sector privado, se constituyen jurídicamente como asociaciones civiles, y, nominalmente, se caracterizan por no tener fines de lucro.

Debido a ello se podría suponer que estos centros no serían susceptibles de ser supervisados por una instancia perteneciente a un organismo público de derechos humanos, como es el MNPT, puesto que, en el caso particular de la CNDH, un asunto de no competencia son los conflictos entre particulares⁹. Sin embargo, como veremos a continuación, esto no es así.

El Relator Especial para la ONU en materia de Tortura, indica que si bien “hasta ahora, las medidas adoptadas por el mandato para luchar contra la tortura se han centrado casi exclusivamente en los Estados como posibles perpetradores”, es importante considerar que “otros agentes no estatales participan cada vez más en conductas que afectan negativamente a los derechos humanos, incluida la prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”¹⁰.

En este sentido, señala que “para que la prohibición absoluta e irrevocable de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes se hagan realidad en la práctica, se debe prever también la protección contra las vulneraciones por parte de agentes no estatales” (numeral 44).

Así, la responsabilidad del Estado respecto a la conducta de agentes no estatales tiene diferentes aspectos a considerar. En primer lugar, la **obligación de debida diligencia, que en el caso de la tortura implica que el Estado tiene la obligación de investigar “cualquiera sea el agente al cual pueda eventualmente atribuirse la violación, aún los particulares, pues si sus hechos no son investigados con seriedad, resultarían, en cierto modo, auxiliados por el poder público, lo que comprometería la responsabilidad internacional del Estado”**¹¹ (p. 2).

Incluso, en contextos donde se podría aducir el control territorial de un grupo armado organizado, como autoridad de facto sobre la población de un Estado, esto no priva a la población que vive en este territorio de sus derechos. Por consiguiente, los Estados tienen la obligación de ejercer la diligencia debida para proteger a las personas que estén bajo su jurisdicción frente a los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes por parte de agentes no estatales. Por lo tanto, incluso en los casos en que grupos armados hayan tomado bajo su control el territorio nacional, los Gobiernos no están exentos de hacer todo

⁹ Fuente: <https://www.cndh.org.mx/cndh/funciones>

¹⁰ Fuente: https://www.hchr.org.mx/images/Tortura_IBA_ONUDH_WEB.pdf

¹¹ Fuente: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r25129.pdf>



lo posible en tales circunstancias para proteger a su ciudadanía de la tortura y los malos tratos.

En segundo lugar, es relevante señalar que, si bien a partir de la implementación de procesos de privatización de servicios públicos, un número cada vez mayor de Estados delega la operación de una parte de sus obligaciones a agentes del sector privado (tercerización), esto no permite a los Estados eximirse de su responsabilidad jurídica, pues siguiendo el razonamiento del relator Especial “si bien los agentes no estatales no están directamente obligados por los tratados de derechos humanos, existen otras disposiciones de tratados que prohíben la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que pueden ser directamente vinculantes para esos agentes”. Así, si bien los Estados pueden delegar su prestación, mantienen la titularidad de la obligación de proveer los servicios públicos y de proteger el bien público respectivo. Así, de acuerdo con la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH):

“La delegación a la iniciativa privada de proveer esos servicios exige como elemento fundamental la responsabilidad de los Estados en fiscalizar su ejecución, para garantizar una efectiva protección de los derechos humanos de las personas bajo su jurisdicción y para que los servicios públicos sean provistos a la colectividad sin cualquier tipo de discriminación, y de la forma más efectiva posible.”

Con este fundamento, la **Corte Interamericana de Derechos Humanos** en la sentencia del caso **Ximenes Lopes vs Brasil**¹², subrayó **que la responsabilidad estatal también puede generarse por actos de particulares en principio no atribuibles al Estado**, debido a las obligaciones que tienen los Estados:

“de respetar y garantizar las normas de protección, y de asegurar la efectividad de los derechos, proyectan sus efectos más allá de la relación entre sus agentes y las personas sometidas a su jurisdicción, pues se manifiestan en la obligación positiva del Estado de adoptar las medidas necesarias para asegurar la efectiva protección de los derechos humanos en las relaciones inter-individuales (...) Los supuestos de responsabilidad estatal por violación a los derechos consagrados en la Convención, pueden ser tanto las acciones u omisiones atribuibles a órganos o funcionarios del Estado, como la omisión del Estado en prevenir que terceros vulneren los bienes jurídicos que protegen los derechos humanos”

En dicha sentencia se menciona que el Estado acepta, “en vista de la muerte y los malos tratos de que fue objeto dicho paciente”, su responsabilidad internacional por la violación de los artículos 4 y 5 de la Convención¹³, mientras que la Comisión Interamericana señaló

¹² El señor Damião Ximenes Lopes padecía de discapacidad mental y falleció mientras recibía tratamiento en un hospital psiquiátrico, la Casa de Reposo Guararapes, un hospital privado de salud que fue contratado por el Estado para prestar servicios de atención psiquiátrica bajo la dirección del Sistema Único de Salud, y actuaba como unidad pública de salud en nombre y por cuenta del Estado. Derivado de la investigación de la Corte Interamericana se señaló que el Estado demandado, Brasil, tuvo responsabilidad internacional por incumplir su deber de cuidar y de prevenir la vulneración de la vida y de la integridad personal, así como su deber de regular y fiscalizar la atención médica de salud. Consulta en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf

¹³ En particular nos interesa retomar el texto del artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Derecho a la Integridad Personal):

- I. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.
- II. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.
- III. La pena no puede trascender de la persona del delincuente.
- IV. Los procesados deben estar separados de los condenados, salvo en circunstancias excepcionales, y serán sometidos a un tratamiento adecuado a su condición de personas no condenadas.
- V.



que “quedó confirmada” la responsabilidad de este en lo relacionado con “las condiciones de hospitalización inhumanas y degradantes en la época de los hechos por la falta de fiscalización y prevención” (p. 27).

Para nuestro análisis es importante mencionar que, en la misma sentencia, la CoIDH retoma la Resolución de la Comisión de Derecho Internacional en la que se señala que la responsabilidad Estatal deriva de los actos de una persona o entidad, que, si bien no es un órgano estatal, **está autorizada por la legislación del Estado para ejercer atribuciones de autoridad gubernamental**. Dicha conducta, **ya sea de persona física o jurídica**, debe ser considerada un acto del Estado, siempre y cuando estuviere actuando en dicha capacidad, por ello, “la acción de toda entidad, pública o privada, **que está autorizada a actuar con capacidad estatal, se encuadra en el supuesto de responsabilidad por hechos directamente imputables al Estado, tal como ocurre cuando se prestan servicios en nombre del Estado**” (numerales 86 y 87).

Así, en el caso de los centros de atención a las adicciones constituidos como asociaciones civiles, estos actúan autorizados por el Estado mexicano, dado que la Ley General de Salud dispone que: “corresponde a la Federación y a las entidades federativas la prevención del consumo de narcóticos, atención a las adicciones y persecución de los delitos contra la salud” (Capítulo II, Artículo 13, inciso C), y en particular el Artículo 192 señala que:

“la Secretaría de Salud elaborará un programa nacional para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia, y lo ejecutará en coordinación con dependencias y entidades del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas. Este programa establecerá los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones y será de observancia obligatoria para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional y en los establecimientos de los sectores público, privado y social que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones y la farmacodependencia.”

Así, ante la necesidad de las dependencias y entidades de la administración pública en materia de salubridad general, tanto federales como locales, de garantizar el tratamiento de personas con los farmacodependientes, se contempla la creación de **“centros especializados en tratamiento, atención, y rehabilitación”**, los cuales deben tener como fundamento “sistemas modernos de tratamiento y rehabilitación, fundamentados en el respeto a la integridad y a la libre decisión del farmacodependiente” (Artículo 192 Quáter), y para ello, estas dependencias y entidades están facultadas para “celebrar convenios de colaboración con instituciones nacionales e internacionales de los sectores social y privado, y con personas físicas que se dediquen a la prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de farmacodependencia” (inciso c del artículo citado).

Ante ello, México, como otros estados de la región, deben, según el artículo 2 de la Convención Americana, crear un marco normativo adecuado para establecer los parámetros de tratamiento e internación a ser observados por las instituciones de atención de salud y, a su vez, crear mecanismos adecuados para inspeccionar las instituciones, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de

-
- VI. Cuando los menores puedan ser procesados, deben ser separados de los adultos y llevados ante tribunales especializados, con la mayor celeridad posible, para su tratamiento.
 - VII. Las penas privativas de la libertad tendrán como finalidad esencial la reforma y la readaptación social de los condenados.

Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm



los pacientes, pues son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud.

En consecuencia, la falta de fiscalización y prevención por parte del Estado implica una grave omisión por parte de este, como en el caso *Ximenes Lopes vs. Brasil* ya referido.

C. La atención a la salud, los trastornos por consumo de sustancias y la discapacidad psicosocial

Las adicciones son problemas de salud. Como indicamos anteriormente, dado que la salud es un bien público, su protección está a cargo de los Estados, y, por lo tanto, “éstos tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud” (numeral 89¹⁴).

Ahora bien, de esta obligación general de respetar y garantizar los derechos, derivan deberes especiales, “determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre” (numeral 88¹⁵).

Así, la Corte Interamericana considera que “toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial”, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre, por ello:

“los Estados deben tomar en cuenta que los grupos de personas que viven en circunstancias adversas y con menos recursos, tales como las personas que viven en condiciones de extrema pobreza; niños y adolescentes en situación de riesgo, y poblaciones indígenas, enfrentan un incremento del riesgo para padecer discapacidades mentales (...) Es directo y significativo el vínculo existente entre la discapacidad, por un lado, y la pobreza y la exclusión social, por otro (numeral 104).”

Así, si bien **el consumo de sustancias no es sinónimo ni equivalente a padecer una discapacidad psicosocial**, existe un **amplio reconocimiento del vínculo entre esta y los trastornos adictivos**. Esta relación se puede dar en **cuatro dimensiones** (Marín-Navarrete, y otros, 2015):

1. **Entre las personas con discapacidad, el consumo de sustancias es similar o mayor al encontrado en la población general**, en especial en personas con discapacidades físicas y cognitivas, en quienes se ha señalado la mayor probabilidad de desarrollar algún trastorno por consumo de sustancias con respecto a quienes no presentan ninguna discapacidad. Esta situación los coloca en un mayor riesgo de sufrir lesiones y otras consecuencias para la salud asociadas al consumo, por ejemplo, una mayor prevalencia de trastornos mentales, en particular, trastornos depresivos y ansiosos.
2. **El uso continuo de drogas puede causar dependencia y discapacidad además de problemas crónicos de salud**. Las consecuencias sociales del uso perjudicial o dependencia de drogas llegan mucho más allá del usuario y afectan a sus familias y a otras relaciones personales. Por otro lado, ha sido

¹⁴ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia de 4 de julio de 2006.

¹⁵ *Idem*.



ampliamente documentada la relación entre los trastornos adictivos (trastornos por consumo de sustancias) y otros trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, el uso crónico de solventes volátiles puede causar daño orgánico cerebral y deterioro cognoscitivo, mientras el uso de éxtasis (MDMA) puede llevar a problemas crónicos de salud mental, como deterioro de la memoria, depresión, trastornos de pánico y episodios psicóticos, existiendo datos crecientes que prueban que esta sustancia es una neurotoxina que provoca daño neurológico en el cerebro¹⁶.

3. **La población con discapacidades y consumo de sustancias vive, en mayor medida y comparado con la población general, en condiciones de vulnerabilidad** como desempleo, aislamiento social, pérdida del hogar, victimización, abuso físico, abuso sexual y violencia familiar.
4. **Las personas con consumo de sustancias y discapacidad, a pesar de reportar su estado general de salud como deficiente o regular, cuentan con acceso más limitado a los servicios de salud especializada.** Esto se debe a tres tipos de **barreras**:
 - a) **Individuales: creencias de que no tienen derecho a tratamiento y negación y/o rechazo al mismo**, así como dificultades cognitivas que pueden afectar el autocuidado.
 - b) **Sociales: actitudes negativas, estigmatización y prejuicios sobre las personas con discapacidad** que presentan consumo de sustancias y/o que presentan alguna condición psiquiátrica.
 - c) **Gubernamentales/institucionales: ausencia de políticas públicas** que favorezcan la accesibilidad a los servicios de salud que ofrece el Estado, ausencia de **servicios especializados**, y la falta de **recursos humanos capacitados** en la atención de personas con discapacidad y consumo de sustancias.

Esto implica que, al analizar las condiciones de personas con consumo de sustancias, se debe poner especial cuidado a la alta probabilidad de que se presente de manera asociada alguna forma de discapacidad psicosocial, lo que requeriría una atención diferenciada debido a su particular vulnerabilidad. Por ello, entre las medidas positivas a cargo de los Estados se encuentran no sólo aquellas necesarias para prevenir todas las formas de discapacidad prevenibles, sino también dar a las personas que padecen discapacidad psicosocial el tratamiento preferencial apropiado a su condición, asegurando que la atención de la salud mental esté disponible para toda persona que lo necesite, con el objetivo primordial de limitar el daño a su salud y buscar la mejoría en la calidad de vida de la persona.

Así mismo, como parte del deber del Estado de ejercer la supervisión y el control sobre instituciones privadas, señalado anteriormente, en el caso de instituciones que pudieran atender personas con algún trastorno mental, se debe considerar que no basta con que estas cuenten con una licencia de funcionamiento, sino también se requiere una supervisión competente y de forma regular para averiguar si el confinamiento, y el tratamiento médico, están justificados. Ello debido a que las personas con discapacidad a menudo son objeto de discriminación a raíz de su condición, por lo que los Estados deben adoptar las medidas necesarias para que toda discriminación asociada con la discapacidad psicosocial sea eliminada, y para propiciar la plena integración de esas personas en la sociedad,

¹⁶ Fuente: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>



respetando su dignidad y autonomía (numeral 105¹⁷). Los internamientos involuntarios por tiempo indefinido serían, en este caso, un evidente incumplimiento de esta obligación.

Y, finalmente, se debe considerar que las personas con discapacidad psicosocial que viven o son sometidas a tratamientos que implican la restricción de su libertad, son particularmente vulnerables a la tortura u otras formas de trato cruel, inhumano o degradante, dado que la vulnerabilidad intrínseca a su condición es agravada por el alto grado de intimidad que implican estos entornos, y a que:

“el personal encargado del cuidado de los pacientes ejerce un fuerte control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia. Este desequilibrio intrínseco de poder entre una persona internada y las personas que tienen la autoridad se multiplica muchas veces en las instituciones psiquiátricas. La tortura y otras formas de trato cruel, inhumano o degradante, cuando infligidas a esas personas afectan su integridad psíquica, física y moral, suponen una afrenta para su dignidad y restringen gravemente su autonomía, lo cual podría tener como consecuencia agravar la enfermedad” (numeral 107¹⁸).

Todas las anteriores circunstancias exigen que se ejerza una estricta vigilancia sobre dichos establecimientos, teniendo los Estados el deber de supervisar y garantizar que en toda institución que atienda a personas que pueden padecer algún tipo de discapacidad, sea preservado el derecho de las personas institucionalizadas de recibir un trato digno, humano y profesional, y de ser protegidas contra la explotación, el abuso y la degradación, salvaguardando su vida e integridad personal.

D. La atención residencial a personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos y la garantía de los derechos humanos

El consumo de sustancias psicoactivas, debido a su elevado costo humano, social y económico, es un problema de salud pública. La magnitud del problema ha llevado, en México, como en otros países, a que los servicios de atención asignados por el Estado se vean rebasados, situación que ha dado origen a diversas formas de organización por parte de la sociedad civil, orientadas a dar respuesta a esta necesidad. Una de ellas son los grupos de ayuda mutua, los cuales, en teoría, se basan en la reunión de personas que comparten una misma problemática, se apoyan colectivamente y, eventualmente, resuelven su problema. La mayor parte de estos grupos emplean el modelo de los 12 pasos, desarrollado originalmente por Alcohólicos Anónimos y proporcionan atención de tipo ambulatorio en los que se llevan a cabo sesiones grupales con una duración de hora y media que, si bien no son considerados un tratamiento formal, representan un importante complemento del tratamiento profesional.

Sin embargo, debido a que el tratamiento ambulatorio no parece ser efectivo en los casos de personas que presentan una alta gravedad de la adicción, la cual requeriría una contención residencial que incluya procesos de desintoxicación y estabilización física y psicológica, y debido a las reducidas ofertas profesionales del sector público y lo costosas e inaccesibles que son las ofertas del ámbito privado, desde la sociedad civil también se han creado **“centros residenciales”**, llamado **“anexos”**, cuyos servicios han sido dirigidos principalmente a las personas de escasos recursos.

¹⁷ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, Sentencia de 4 de julio de 2006.

¹⁸ Idem.



Así, en la **Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017** (Villatoro-Velázquez, y otros, 2017), se indica que, de los hombres encuestados, quienes presentaban **dependencia** en el año previo a levantamiento de datos, el 54.2%, habían asistido a tratamiento residencial o consulta externa, y el 53% había estado internado en un “anexo”. En el caso de **las mujeres**, 31.5% refirieron tratamientos por desintoxicación, mientras que un 22.9% indicó haber recibido tratamiento residencial y estancia en un “anexo”. En el caso de la consulta a profesionales, en la encuesta se señaló que los grupos de ayuda mutua son el segundo sector más consultado (33.5%), solo por debajo de profesionales de la psicología (40.3%).

Sin embargo, aun cuando se reconoce la valiosa aportación de los Grupos de Ayuda Mutua a la rehabilitación de las personas que sufren algún tipo de dependencia, incluso demostrándose que se obtienen mejores resultados cuando se conjunta la atención profesional con la asistencia a estos grupos, existen varias críticas importantes a la forma de operar de estos centros, de las cuales a continuación presentamos algunas de las más relevantes para el objetivo del presente informe (Marín-Navarrete, y otros, 2013):

- **Sus procedimientos carecen de evidencia y validación científica** e, incluso, **carecen de protocolo de atención**. Usualmente su procedimiento terapéutico **se basa en la experiencia de personas que han logrado mantenerse sin consumo** por mayor tiempo y buscan compartir su experiencia induciendo la recuperación en otros.
- **Sus servicios residenciales e infraestructura son heterogéneos**, por ejemplo, la **duración del tratamiento es variable**, algunos cuentan con **instalaciones** amplias mientras otros presentan hacinamiento.
- Gran parte de dichos centros **no cuentan con el apoyo de especialistas y/o profesionales de la salud**.
- La mayor parte de los centros **operan sin equipo, personal e infraestructura adecuados según los lineamientos marcados por la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009** para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- **Se carece de un censo real, actual y oficial de dichas organizaciones**.
- Es común que el **personal que labora en estas agrupaciones no cuente con un adiestramiento especializado** que le permita llevar a cabo una evaluación sistemática de sus procedimientos y resultados.
- **Las personas que ingresan no son diagnosticadas siguiendo criterios médicos, por lo que se asume únicamente la presencia de un problema por consumo de sustancias, desconociéndose la alta correlación entre este y trastornos mentales comórbidos**, tal y como lo reporta la evidencia científica.
- **Numerosos estudios y notas periodísticas¹⁹, han puesto en evidencia el maltrato físico y emocional que tiene lugar al interior de estos lugares, entre**

¹⁹ Osorio, A. (19 de febrero de 2018). Las terapias de conversión, el insistente ataque a la comunidad LGBTTTI. Animal Político. <https://www.animalpolitico.com/2018/02/terapias-conversion-genero/>; Tellez, M. [El Universal]. (2018, noviembre 20). En las entrañas de los anexos; jóvenes narran abusos. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=IPauJy6bKhg>; Ortega, V. y Mack, S. (22 de diciembre de 2019). “Me pegaban, me violaron y tenía que comer en el suelo”. El Universal. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/me-pegaban-me-violaron-y-tenia-que-comer-en-el-suelo>; Giacomello, C. y López, M. (26 de julio de 2020). Irregularidades y abusos en los tratamientos para usuarios de drogas en México. Nexos. (Dis)capacidades. Blog sobre otros cuerpos y mentes. <https://discapacidades.nexos.com.mx/?p=1603>; Amezcua; M. (11 de agosto de 2020). Saltaron de una azotea para escapar de la tortura en un anexo; sólo Mitzy sobrevivió. El Universal. <https://www.eluniversal.com.mx/estados/saltaron-de-una-azotea-para-escapar-de-la-tortura-en-un-anexo-solo-mitzy-sobrevivio>; Sánchez, M. (18 de agosto de 2020).



ellos: hacinamiento, insalubridad, agresiones físicas y verbales, abuso sexual, privación de la libertad, explotación y trabajo forzado.

Sobre este último punto, organismos internacionales han llamado la atención respecto a las violaciones a derechos humanos que ocurren en el contexto de la fiscalización y políticas de drogas, en especial la tortura y la detención arbitraria. Entre ellos, los siguientes:

- El 6 de agosto de 2010 se publicó el **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/65/255)**. En este documento se indica:
“El disfrute del derecho a la salud incluye, entre otras cosas, el acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud que sean apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad y el ‘derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales” (numeral 32)²⁰
- El 1 de febrero de 2013 se publicó el **Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (A/HRC/22/53)**²¹. En este informe se prestó especial atención al reconocimiento de diversas formas de abusos en entornos de atención a la salud, en especial en el caso de tratamiento forzado por razones de “necesidad médica”, y en particular a “personas con drogodependencia”.
- El 10 de julio de 2015 se publicó el **Informe del Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria de Naciones Unidas (A/HRC/30/36)**²². En este informe se indica de forma categórica que “el consumo de drogas o la dependencia de estas no es una justificación suficiente para la detención. Debe evitarse la reclusión involuntaria de las personas que consumen drogas o son sospechosas de consumirlas” (numeral 60).

Debido a ello, en el presente informe se puso énfasis en la detección de situaciones y hechos que pudieran constituir actos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, y para ello se desarrolló el siguiente procedimiento de investigación.

Abusos y tortura en centros de rehabilitación sin castigo. Reporte Índigo. <https://www.reporteindigo.com/reporte/abusos-y-tortura-en-centros-de-rehabilitacion-sin-castigo-derechos-drogas-angela/>

²⁰ Fuente: <https://undocs.org/es/A/65/255>

²¹ Fuente: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf

²² Fuente: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10439.pdf>



III. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

Como se señaló en el marco contextual, el objetivo de las visitas de supervisión realizadas por el MNPT es identificar factores de riesgo que podrían derivar en que ocurran hechos de tortura en lugares de privación de la libertad. Al respecto, se ha puesto énfasis en señalar que, a mejores condiciones y trato proporcionado a las personas privadas de la libertad, menor tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (**Figura 2**).

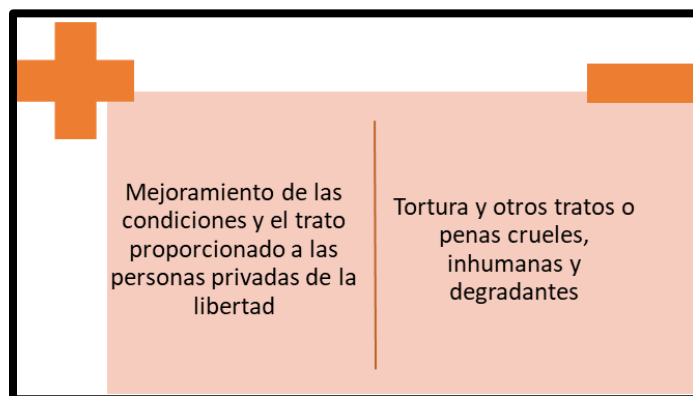


Figura 2. Relación entre condiciones, trato y tortura.

Sin embargo, centrar el análisis de manera genérica en las condiciones de estancia puede perder de vista los determinantes centrales de un fenómeno complejo como la tortura (Castresana, 2006).

A continuación, presentaremos de forma breve cada uno de los enfoques referidos y posteriormente indicaremos el procedimiento de recolección de información y análisis de los datos.



A. Enfoques analíticos

1. Enfoque de derechos humanos

Ante una privación de la libertad, la tutela y responsabilidad del Estado lo obliga a garantizar que las condiciones de detención respeten la dignidad y los derechos humanos de las personas privadas de libertad, para lo que debe promover el respeto y la protección de los derechos de estas, prevenir y remediar las condiciones de detención que equivalgan a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, y adoptar medidas eficaces para hacer frente a los problemas derivados de las condiciones de detención que pueden afectar la dignidad y los derechos humanos de las personas.

Una herramienta esencial para alcanzar este objetivo es el enfoque de derechos humanos, el cual se define como “un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que se basa normativamente en estándares internacionales de derechos humanos y está operacionalmente dirigido a promover y proteger los derechos humanos”²³. Este enfoque implica identificar un sistema de derechos y obligaciones establecidas por el derecho internacional, el cumplimiento de los principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de la libertad en las Américas y el análisis del cumplimiento del fin legítimo que justifica la privación de la libertad (**Figura 3**).

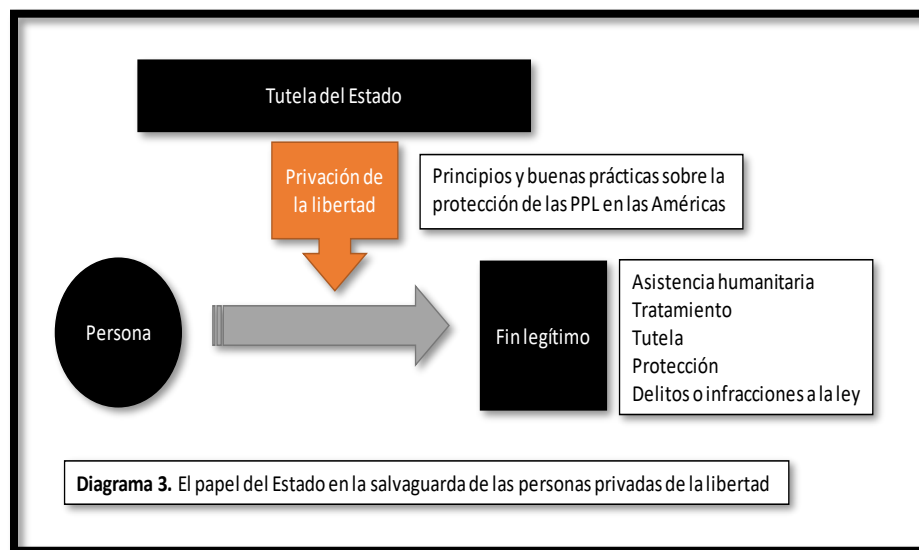


Figura 3. Diagrama del papel del Estado en la salvaguarda de las personas privadas de la libertad.

Para ello, en este informe usaremos la propuesta de las *Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Políticas de Drogas*, “herramienta de referencia para quienes trabajan para asegurar el cumplimiento de los derechos humanos a nivel local, nacional e internacional”. Estas Directrices “no inventan nuevos derechos”, sino que “aplican la legislación vigente en materia de derechos humanos al contexto jurídico y político de la fiscalización de drogas a fin de maximizar la protección de los derechos humanos” (p. 4) (Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el

²³

Fuente:

<https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach#:~:text=El%20enfoque%20basado%20en%20los,y%20proteger%20los%20derechos%20humanos.>



VIH/SIDA, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2019).

Así, siguiendo las Directrices mencionadas, utilizaremos la desagregación que propone este instrumento, dado que “un derecho humano está constituido por múltiples subderechos en su interior” pues “en su mayoría los tratados internacionales y declaraciones establecen principios generales y no mandatos específicos de acción²⁴”. Estas dimensiones servirán para la presentación de los resultados y el análisis de los datos recabados mediante los instrumentos de observación aplicados durante las visitas de supervisión.

Los derechos principales, sus dimensiones e indicadores que se derivan de ellos, se presentan en la **Tabla 2**. Es importante señalar que esta presentación no implica que se trate de obligaciones independientes, sino de diferentes niveles que permiten un mejor análisis.

Tabla 2. Derechos, dimensiones e indicadores para el análisis y presentación de resultados.

Derecho principal	Dimensiones	Indicadores
Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud	Reducción de daños	Disponibilidad y accesibilidad de los servicios de reducción de daños
	Tratamiento de la dependencia de drogas	Disponibilidad y accesibilidad de servicios de tratamiento
		Consentimiento voluntario e informado
		Confidencialidad de la información personal
	Acceso a sustancias controladas como medicamentos	Disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de medicamentos controlados
		Capacitación a proveedores de servicios de salud
Derecho a un nivel de vida adecuado	Derecho a una alimentación adecuada	
	Derecho a vestido adecuado	
	Derecho a una vivienda adecuada	
Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	Abolir castigos corporales	
	Garantizar acceso a los medicamentos esenciales para el tratamiento de la dependencia a drogas, el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos	
	Garantizar el acceso a la atención a la salud de manera equivalente al disponible en la comunidad	
	Vigilancia de las prácticas de tratamiento de la dependencia de drogas	
Derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria	Garantizar que las personas no sean detenidas únicamente por su uso de drogas o dependencia de drogas	
	Garantizar que el tratamiento de la dependencia de drogas como alternativa al encarcelamiento se lleve a cabo únicamente con el consentimiento informado y cuando esté médicamente indicado	
	Garantizar que el tratamiento de la dependencia de drogas como alternativa al encarcelamiento en ningún caso se prolongue más allá del periodo de la sentencia penal aplicable	
Derecho a la privacidad	Prevenir la interferencia arbitraria e ilegal con la privacidad, la vida familiar, el hogar y la correspondencia	
	Evitar la divulgación de los datos personales de salud de las personas	
Libertad de pensamiento, conciencia y religión	Garantizar el pleno disfrute de los derechos a la libertad de opinión, expresión e información sobre prácticas de drogas	

²⁴ Serrano-García, S. L., & Vázquez-Valencia, L. D. (2015). Fundamentos teóricos de los derechos humanos. Características y principios. México, D.F.: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. p. 233



Proporcionar información precisa y objetiva sobre las prácticas de drogas, daños y bienes y servicios

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2019).

No en todos los casos se cuenta con datos respecto a las diferentes dimensiones señaladas, por lo que se considerarán solamente aquellos en los que se cuente con datos objetivos.

Por otra parte, en las Directrices se contemplan derechos específicos para grupos particulares, y para ello utilizaremos el enfoque diferenciado, el cual se explica a continuación.

2. Enfoque centrado en el hecho a prevenir

La violencia, entendida como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (p. 5) (Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002), una de cuyas manifestaciones la constituyen la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes²⁵, es un problema de salud pública que, por sus repercusiones a corto, mediano y largo plazo, individuales, familiares, comunitarias y sociales, puede prevenirse. Para ello se puede hacer uso de herramientas de la salud pública y la medicina social, para así, identificar sus causas y abordar sus consecuencias.²⁶

Sin embargo, existen diferentes obstáculos para poder llevar a cabo esta labor, por una parte, el subregistro de los datos y la ausencia de investigaciones epidemiológicas al respecto, por otra, la diversa variedad de formas de codificación de los datos y de su análisis. Por ello se ha propuesto la creación de sistemas de vigilancia para la prevención, labor que, en el caso de la tortura y otros TPCID, es el fin último del MNPT (Temoche-Espinosa, 2007).

“Para garantizar de manera integral la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, se crea el Mecanismo Nacional de Prevención como la instancia encargada de la supervisión permanente y sistemática de los lugares de privación de libertad en todo el territorio nacional, conforme al Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes” (Artículo 72 de la LGPIST²⁷)

Por otra parte, identificar factores de riesgo implica, necesariamente, identificar el hecho que se quiere prevenir, pues de forma genérica se considera que el riesgo es “la

²⁵ Por ejemplo, en su introducción, en el Protocolo de Estambul se indica lo siguiente: “La tortura suscita profunda inquietud en la comunidad mundial. Su objetivo consiste en destruir deliberadamente no sólo el bienestar físico y emocional de la persona sino también, en ciertos casos, la dignidad y la voluntad de comunidades enteras. Es algo que concierne a todos los miembros de la familia humana porque ataca a la misma base de nuestra existencia y de nuestras esperanzas de un futuro mejor” (p. 1) (Naciones Unidas, 2004).

²⁶ Temoche-Espinosa, E. (2007). La violencia como problema de salud pública. Trauma, 34-36; Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

²⁷ Fuente: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPIST_260617.pdf



probabilidad de que un hecho, en general adverso, se produzca²⁸, así, en epidemiología el riesgo se define como probabilidad de que se presente el hecho concreto durante un periodo determinado.

Además, la probabilidad no puede estimarse usando de forma aislada los datos que proporcionan las personas, sino que es necesario el estudio de un grupo de estas (una población). Por ello, en el presente informe diferenciamos entre unidad de análisis y unidad de observación. Por la primera entendemos que se trata de una categoría analítica, por ejemplo, “centros de atención residencial a las adicciones” o “personas privadas de la libertad”, mientras que la segunda, son los casos concretos, representantes de la categoría analítica de interés sobre la que se realizarán las observaciones, por ejemplo, “centro X de rehabilitación” o “persona X”²⁹.

Esta apreciación es importante debido a que las recomendaciones se basarán en los hallazgos derivados de la identificación de factores de riesgo en las unidades de análisis y no en casos concretos, pues no se busca solo mejorar condiciones aisladas, sino identificar “los factores que afectan la incidencia y la prevención de la tortura y los malos tratos”, como se indica en la ya citada Observación General número 2 del Comité Contra la Tortura de las Naciones Unidas³⁰.

De tal manera que identificaremos el hecho concreto que se busca prevenir. Para ello en la “Guía de Supervisión a Establecimientos Especializados para el Tratamiento de Adicciones” se incluyeron las siguientes preguntas a las personas privadas de la libertad:

1. **¿En el establecimiento se aplica alguna clase de sanción o castigo?**
2. **¿Usted ha recibido o presenciado maltratos por parte del personal del establecimiento?**
3. **¿Ha sido aisladas del resto de sus compañeros dentro del establecimiento?**
4. **¿Ha sido víctima de golpes por parte de alguien del establecimiento?**
5. **¿Ha sido víctima de humillaciones por parte de alguien del establecimiento?**
6. **¿Ha sido víctima de amenazas por parte de alguien del establecimiento?**
7. **¿Ha sido víctima de sujeción física (amarres) por parte de alguien del establecimiento?**
8. **¿Ha sido víctimas de medicamentos o inyecciones por parte de alguien del establecimiento?**
9. **¿Ha sido víctimas de privación de agua o comida por parte de alguien del establecimiento?**
10. **¿Ha sido víctimas de abuso sexual o tocamientos por parte de alguien del establecimiento?**

²⁸ González, S. C., & Agudo, T. A. (2003). Factores de riesgo: aspectos generales. En A. Martín-Zurro, & P. J. Cano, Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier. P. 752

²⁹ Barriga, O. A., & Henríquez, G. (2011). La relación Unidad de Análisis-Unidad de Observación-Unidad de Información: una ampliación de la noción de Matriz de Datos propuesta por Samaja. Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social, 61-69.

³⁰ En los casos particulares, el MNPT tiene el seguimiento a casos.

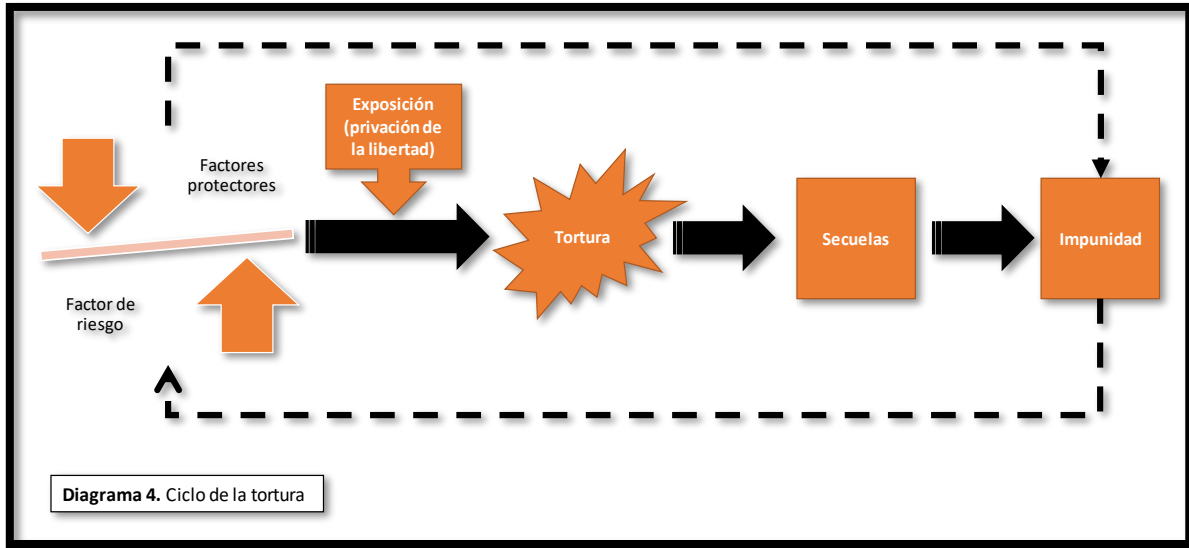


Figura 4. Ciclo de la tortura.

De tal manera que nuestro análisis considera como aspecto central el reporte de diversas formas de maltrato incluidas en el numeral 145 del Protocolo de Estambul, donde se considera la privación de la libertad como el factor de exposición, y de esta manera se rastrean posibles factores de riesgo y factores protectores (Figura 5). La segunda parte del esquema, el análisis de las secuelas y el papel de la impunidad, son aspectos que en el presente informe no se abordarán por exceder el alcance de este.



B. Método

De tal manera que el procedimiento o método seguido para la recolección de la información y análisis de los datos fue el siguiente:

1. Recolección de la información primaria

La información primaria se obtuvo mediante visitas *in situ* a los centros de atención residencial a las adicciones. Para ello se utilizó la “Guía de Supervisión a Establecimientos Especializados para el Tratamiento de Adicciones” (Anexo 1), la cual fue desarrollada por el MNPT y se compone de cuatro apartados:

1. Entrevista con la persona responsable del establecimiento
2. Entrevista con la persona encargada del área médica del establecimiento
3. Formato para el recorrido por las instalaciones del centro
4. Entrevista para personas usuarias

Este instrumento permite, mediante la revisión de expedientes y registros, el recorrido por las instalaciones, la entrevista con el personal de los lugares supervisados y la entrevista directa a personas usuarias de estos centros, identificar las condiciones de la privación de la libertad y potenciales factores de riesgo asociados a la comisión de probables hechos de tortura.

En cuanto a las entrevistas a personas usuarias, éstas se realizaron de manera individual, se cuidó la confidencialidad de la información y la seguridad de la persona entrevistada. En total se realizaron 52 entrevistas con la distribución indicada en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Distribución de número de encuestas a personas usuarias de los lugares supervisados.

Lugar Supervisado	Número de entrevistas
Comunidad Terapéutica Especializada en Adicciones “Sana tu ser, cuerpo, espíritu y mente”, A.C.	8
Centro “Mi Único Camino”, A.C.	8
Centro de Rehabilitación “Filadelfia”, A. C.	7
Centro de Rehabilitación de Alcohólicos y Drogadictos “Nueva Generación 2 de junio”, A. C.	6
Centro de Recuperación y Rehabilitación de Alcoholismo y Drogadicción “Zona Uno”, A.C.	7
Centro de Integración para Drogadictos y Alcohólicos A.C.	8
Casas y Albergues de rehabilitación “Agua Viva”, A.C.	8
Total	52

Así mismo, se tomaron registros fotográficos de las condiciones de las instalaciones.

Toda esta información quedó asentada en los diversos apartados de la Guía de Supervisión a Establecimientos Especializados para el Tratamiento de Adicciones y en el Acta Circunstanciada que elaboraron las personas servidoras públicas adscritas al MNPT que, en calidad de Visitadores y Visitadoras Adjuntas, realizaron la visita.

2. Recolección de información secundaria

Para recabar información secundaria sobre casos de abuso y maltrato en centros de rehabilitación de adicciones, se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica de notas periodísticas de los 5 años previos a la elaboración del presente Informe. En esta revisión se puso énfasis en identificar los Centros señalados, su ubicación, los datos de las personas



probables responsables de los hechos, las formas de maltrato señaladas, las irregularidades detectadas, las autoridades intervinientes y, en su caso, los números de carpeta de investigación o expediente.

Respecto a la información sobre la acreditación y, en su caso, la modalidad del centro (ayuda mutua, profesional o mixto), el nombre legal del establecimiento, su domicilio, el tipo de población que atienden (sexo y edad), los costos de tratamiento, la duración del tratamiento, y la fecha de vencimiento del reconocimiento de acreditación por CONADIC; se obtuvo de la página institucional de esta, en particular, del Directorio Nacional de Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones Reconocidos³¹, en el que se indica qué establecimientos residenciales de atención a las adicciones están Reconocidos por la CONADIC, en colaboración con las Comisiones Estatales contra las Adicciones (CECA), por dar cumplimiento a lo dispuesto en la normatividad vigente (NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones).

3. Análisis de los datos

Las 52 entrevistas a personas usuarias de los centros se capturaron en una base de datos con el objetivo de realizar un análisis descriptivo de los datos. Como se señaló anteriormente, la presentación de estos resultados se basa en el sistema de derechos y dimensiones de estos que se propone en las Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Políticas de Drogas (**Tabla 2**).

Así mismo, la información proporcionada por las personas responsables del centro y los datos recabados durante el recorrido de las instalaciones, se contrastaron con los datos obtenidos en las entrevistas a las personas usuarias.

IV. EVIDENCIAS

A continuación, presentamos los datos obtenidos. Para facilitar la ubicación de los centros en el texto se le asignará una clave a cada uno de ellos (CSA#, Centro Supervisado Aguascalientes Número #).

Se presenta de manera prioritaria lo reportado por las personas privadas de la libertad entrevistadas, se contrasta esta información con lo referido por las personas responsables del lugar y se presentan los datos en tablas que permitan la comparación entre los centros.

A. Revisión documental

De acuerdo con el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes³², el 4 de octubre de 2010 se creó el Consejo Contra las Adicciones en el Estado. En este acuerdo se indica que la Ley General de salud del Estado (Artículo 8) establece que la coordinación del Sistema Estatal de Salud estará a cargo del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes (ISEA), y especifica que es necesario que todas las instituciones públicas, sociales y privadas “adopten las medidas establecidas por la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009” (p. 26). De tal manera que entre las facultades de este órgano consultivo están establecer un reglamento general de servicios y condiciones necesarios para la operación de los centros de rehabilitación de adicciones, así como evaluar el adecuado funcionamiento de

³¹ Fuente: <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/conadic-cuenta-con-un-directorio-nacional-de-establecimientos-residenciales-de-atencion-a-las-adicciones-reconocidos>

³² Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes. (4 de octubre de 2010). Acuerdo por el que sea el Consejo Estatal contra las Adicciones. Num. 40, Tomo LXXII, pp 26-29. Recuperado de: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Aguascalientes/wo54291.pdf>



dichos establecimientos, entre otras. En especial, se contempla la creación de grupos de trabajo, entre ellos el Grupo de Tratamiento y Reinserción Social, al cual le corresponderá “supervisar que los Centros de Tratamiento y Rehabilitación públicos o privados de personas con adicción al alcohol y otras drogas, funcionen con apego a las Normas aplicables, independientemente del modelo que utilicen” (p. 29).

No obstante, la búsqueda documental referente a malos tratos y abusos en centros de rehabilitación de adicciones en el estado arrojó que, de 2014 a la fecha, se han reportado diferentes irregularidades en las actividades llevadas a cabo en estos centros.

En 2014 el Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA) detectó 2 centros de rehabilitación en los que se ejercían abusos verbales y físicos contra los internos. Al momento de publicarse la nota el director de salud Mental y Adicciones del ISSEA indicó que, si bien los centros seguían funcionando, estos “están en constante observación”. En dicha nota se señala que en el Estado se encontraban 40 centros entonces registrados ante el ISSEA, de los cuales sólo 10 cumplían con los requisitos necesarios para ser registrados ante el Centro Nacional de Adicciones (CENADIC, actualmente CONADIC). Sin embargo, el funcionario público señaló que los centros sin registro “reciben visitas constantes de personal del ISSEA para revisar su operación”, indicando que se descartando que existieran “anexos piratas” pues “todos los que funcionan de manera pública deben tener alta de funcionamiento en el Área de Regulación Sanitaria”. Al mismo tiempo, se hizo un llamado a la ciudadanía para denunciar a los centros no reconocidos dado que “son lugares que se quedan poco tiempo en un domicilio y cambian de lugar, ofreciendo sus servicios sin estar registrados en el ISSEA, por lo que es necesario que se denuncien al 910-31-10, más aún si hay sospecha de maltrato”³³

Dos años después, familiares de una persona internada en el Centro de Rehabilitación “Sana tu ser”, ubicado en la calle Isidro Calera número 91, colonia Gremial, cuya responsable se ubicó con el nombre de Araceli Sánchez Cruz. Así mismo, denunciaron que su familiar fue víctima de maltrato, y que los internos de dicho centro son mantenidos “varias semanas sin ver a su familia”, que se les niega la visita argumentando que “no nos quisiera ver”, “son encerrados en dos habitaciones”, no cuentan con “atención psicológica ni médica” y que se han presentado casos de abuso sexual. A los familiares, por otra parte, se les piden sumas semanales de mil 300 a 300 pesos. Derivado de los hechos señalados se realizó la denuncia penal correspondiente, con número MC/AGS/012-12-0516³⁴.

Para el año 2020 las quejas por abusos psicológicos y físicos en centros de rehabilitación de adicciones continuaron. Al respecto, la diputada Natzielly Teresita Rodríguez Calzada indicó que tenía conocimiento de cuatro casos ya denunciados, sin embargo, se desconoce el número de centros de rehabilitación que se encontraban operando en el estado, al tiempo que indicó la necesidad de “regular los centros de rehabilitación”, para verificar si estos lugares “están realmente operando bajo condiciones aceptables de salubridad”, evitar que los establecimientos solo busquen “sacarle provecho a los internos” y promover que estos cuenten con “médicos, con sicólogos, con siquiátras”, de tal manera que quienes necesiten el uso de este tipo de establecimientos “puedan sentirse seguros a través de un trato digno”.

³³ Álvarez, S. (23 de julio de 2014). Detecta el ISSEA Abusos Contra Internos en dos Centros de Rehabilitación: GML. Página 24 Aguascalientes. Recuperado de: <https://pagina24.com.mx/local/2014/07/23/detecta-el-issea-abusos-contra-internos-en-dos-centros-de-rehabilitacion/>

³⁴ Jiménez, G. (29 de junio de 2016). Denuncian al Presunto Centro de Rehabilitación “Sana tu Ser”. Página 24 Aguascalientes. Recuperado de: <https://pagina24.com.mx/local/2016/06/29/denuncian-al-presunto-centro-de-rehabilitacion-sana-tu-ser/>



En esta nota se indica que al momento de su publicación eran 9 los centros registrados por CONADIC³⁵.

Otro centro de rehabilitación denunciado por violencia y abusos hacia las personas internas en 2020 fue “Venciendo a Cristo A.C.”, ubicado en la vialidad Gustavo Garmendia, de la colonia Insurgentes, Las Huertas, donde, de acuerdo con los testimonios, estas eran golpeados y agredidos psicológicamente por “pacientes recuperados -servidores del centro- y por el mismo encargado”. La persona denunciante señaló que su familiar se encontró internada durante cinco meses y que recibió “una tunda en el rostro, dejándole heridas y marcas todavía visibles (...) también presenta contusiones en todo el cuerpo”. De acuerdo a la nota, los familiares no realizaron la denuncia penal correspondiente debido a que “han recibido intimidaciones por parte del personal del centro de rehabilitación”. Así mismo, se señala que existe una iniciativa de Ley que Regula la Prevención, Tratamiento, Control, Rehabilitación, Reinserción Social y Control en Materia de Adicciones del Estado de Aguascalientes, la cual fue presentada el 15 de enero de 2020 y al momento de la publicación se encontraba “pendiente”³⁶. De acuerdo a la legisladora Natzielly Rodríguez, la apertura de los centros “se da al por mayor, sin que existan programas que garanticen otorgar resultados positivos a favor de personas con problemas de adicciones (...) si tú quieres hoy abrir un centro de ese tipo lo abres sin mayores limitantes”³⁷.

También en 2020, 5 de febrero, se publicó la nota “Golpean y amarran a paciente en anexo para adictos en Rincón de Romos”³⁸. En esta se indican diversas irregularidades en los siguientes Centros de Rehabilitación:

- Centro para mujeres “La Nueva Jerusalén”, ubicado en la calle 5 de mayo del municipio de Rincón de los Romos. En este se encontró a una mujer con golpes en piernas, “en un ojo, además de rasguños por toda la cara”, además de indicar que se le amarraba a una silla por las noches, y que esta violencia era ejercida por parte de la encargada del centro. Así mismo, en este lugar la Comisión Estatal de Derechos Humanos documentó que 17 mujeres “vivían encerradas bajo llave, compartían un solo baño, dormían sobre cobijas en el piso y comían solo dos veces al día”.
- Centro “Generación 2 de junio”, ubicado en la Colonia El Sol y Centro “Filadelfia”, ubicado en la colonia El Conejal. En ambos se reportó que los pacientes “duermen en el suelo”.
- En el caso de niños, niñas y adolescentes, se detectó que en el Centro “CIDA Aguascalientes”, ubicado en la colonia España, y en el Centro “Mesón del Buen Samaritano”, ubicado en Salto de Ojocaliente, se encontraban “niños y adolescentes rebeldes, pero no adictos”, ingresados en “anexos para adultos”. Así mismo, se detectó que la mayor parte de estos Centros no cuentan con terapeutas especializados, se centran en “los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos”, son las personas internas quienes “organizan las reuniones” y en los anexos de iglesias evangélicas se da “cristoterapia”, basada en oraciones. En la nota se

³⁵ Flores, J. (9 de enero de 2020). Violencia, en los centros de rehabilitación de Aguascalientes. Recuperado de: <https://www.lja.mx/2020/01/violencia-en-los-centros-de-rehabilitacion-de-aguascalientes/>

³⁶ Flores, J. (15 de julio de 2020). Violencia y abusos en el anexo Venciendo con Cristo de Aguascalientes. LJA. Recuperado de: <https://www.lja.mx/2020/07/violencia-y-abusos-en-el-anexo-venciendo-con-cristo-de-aguascalientes/>

³⁷ El Heraldo Aguascalientes. (9 de enero de 2020). No hay reglas para anexos Impulsan iniciativa para que la rehabilitación sea profesional y digna. El Heraldo Aguascalientes. Recuperado de: <https://www.heraldo.mx/sin-hay-reglas-para-anexos/>

³⁸ Roldán, S. (5 de febrero de 2020). Golpean y amarran a paciente en anexo para adictos en Rincón de Romos. BINoticias. Recuperado de: <https://binoticias.com/nota.cfm?id=75609&t=golpean-y-amarran-a-paciente-en-anexo-para-adictos-en-rincon-de-romos>



indica que la Comisión Estatal de Derechos Humanos emitió una Recomendación relacionada con los hechos documentados.

Un caso más reciente, fue el documentado en la nota periodística “Denuncian tortura y malos tratos en centro de rehabilitación de Aguascalientes; ya hay un detenido”. En la misma se señala que el 19 de diciembre de 2020, a las 12:00 horas aproximadamente, un grupo de personas arribaron a un domicilio y privaron de la libertad a un hombre y una mujer, quienes fueron trasladados al Centro de Rehabilitación “Pasión por las Almas”, ubicado en el barrio Carboneras del municipio de Pabellón de Arteaga. En la nota se refiere que “la fémina que acompañaba al pasivo decidió lamentablemente terminar con su existencia en las inmediaciones de los baños del establecimiento”, mientras que su acompañante fue víctima de golpes, privación de la visión, amenazas, humillaciones y, finalmente, el día 20 de diciembre a la 1 de la madrugada se le indicó “que se fuera”, encontrando “a su madre y a un par de amigos” afuera del establecimiento. Debido a los hechos se inició la denuncia penal por privación ilegal de la libertad y se detuvo a Jesús Zeferino N N, a quién se imputa su participación en los hechos, se le vinculó a proceso y permanecerá en prisión preventiva.

B. Centros supervisados

Tabla 4. Datos de identificación de los centros supervisados.

CLAVE	NOMBRE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO
CSA1	Comunidad Terapéutica Especializada en Adicciones, “Sana Tu Ser, Cuerpo, Espíritu y Mente”, A. C.	Isidro Calera no. 911-A, Col. Gremial, C.P. 20030; Aguascalientes.
CSA2	Centro “Mi Único Camino”, A.C.	Calle D no. 123, Col. Macías Arellano, C.P. 20150, Aguascalientes, Aguascalientes.
CSA3	Centro de Rehabilitación “Filadelfia”, A. C.	Av. de la Convención Oriente no. 214, Fracc. Jardines de la Cruz, C.P. 20250; Aguascalientes, Aguascalientes
CSA4	Centro de Rehabilitación de Alcohólicos y Drogadictos “Nueva Generación 2 de junio”, A.C.	Primavera no. 502, Col. El Sol, C.P. 20030; Aguascalientes, Aguascalientes
CSA5	Centro de Recuperación y Rehabilitación de Alcoholismo y Drogadicción “Zona Uno”, A. C.	3 de mayo no. 110-A, Col. Barrio de la Salud, C.P. 20240; Aguascalientes, Aguascalientes.
CSA6	Centro de Integración para Drogadictos y Alcohólicos, A. C.	Zamora no. 301, Col. España, C.P. 20210; Aguascalientes, Aguascalientes-
CSA7	Casas y Albergues de Rehabilitación “Agua Viva”, A.C.	Av. López Mateos no. 1103, Col. San Luis Potosí, C.P. 20250; Aguascalientes, Aguascalientes.

C. Información de los centros con registro y sin registro por la CONADIC³⁹

Tabla 5. Centros con registro y sin registro por la CONADIC.

CLAVE	Registro	Tipo de establecimiento	Sexo de la población atendida	Rango de edad	Duración del tratamiento	Costo	Fecha de vencimiento del Reconocimiento
CSA1	Sí	Mixto	Ambos	12-17, 18-59, +60	3 meses	7100	2020

³⁹ Consulta a la última actualización (10 de noviembre de 2020) del Directorio Nacional de Establecimientos Residenciales Reconocidos por la CONADIC, disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/592675/Directorio_Ags-Mex_V_4.2_2020.pdf



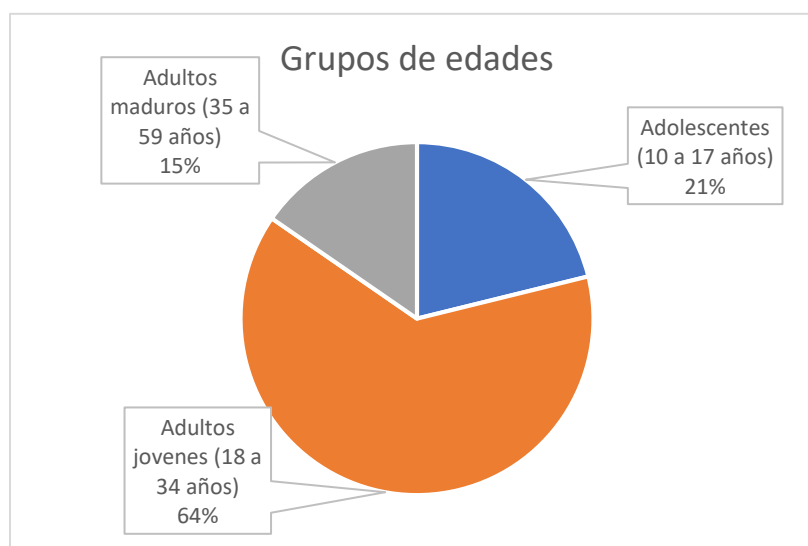
CSA2	Sí	Mixto	Hombres	12-17, 18-59, +60	3 meses	9500	2020
CSA3	No	-	-	-	-	-	-
CSA4	No	-	-	-	-	-	-
CSA5	Sí	Mixto	Hombres	18-59	Otro	6100	2020
CSA6	Sí	Mixto	Hombres	18-59	3 meses	5250	28/03/2021
CSA7	Sí	Ayuda mutua	Mujeres	dic-17	3 meses	4600	19/01/2021

D. Procedimientos normativos

Tabla 6. Cumplimiento de procedimientos normativos.

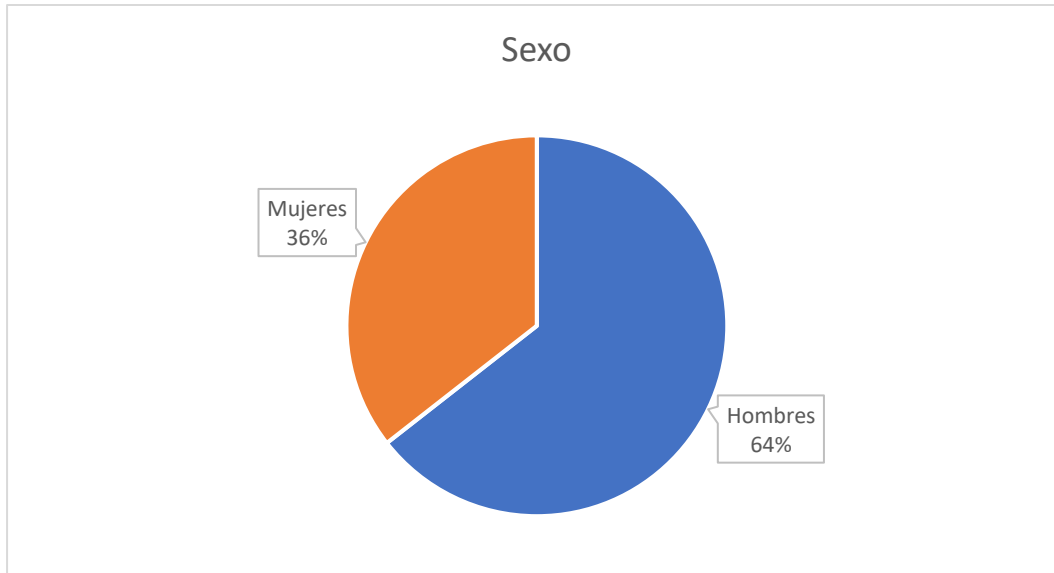
CLAVE	AVISO DE FUNCIONAMIENTO	LICENCIA SANITARIA	LINEAMIENTOS DE SEGURIDAD	PROTECCIÓN Y VIGILANCIA DE USUARIOS POR PROTECCIÓN CIVIL
CSA1	Sí	Sí	Sí	Sí
CSA2	Sí	Sí	Sí	Sí
CSA3	Sí	Sí	No	No
CSA4	Sí	Sí	No	No
CSA5	Sí	Sí	Sí	Sí
CSA6	Sí	Sí	No	No
CSA7	Sí	Sí	Sí	Sí

E. Perfil demográfico de las personas privadas de la libertad

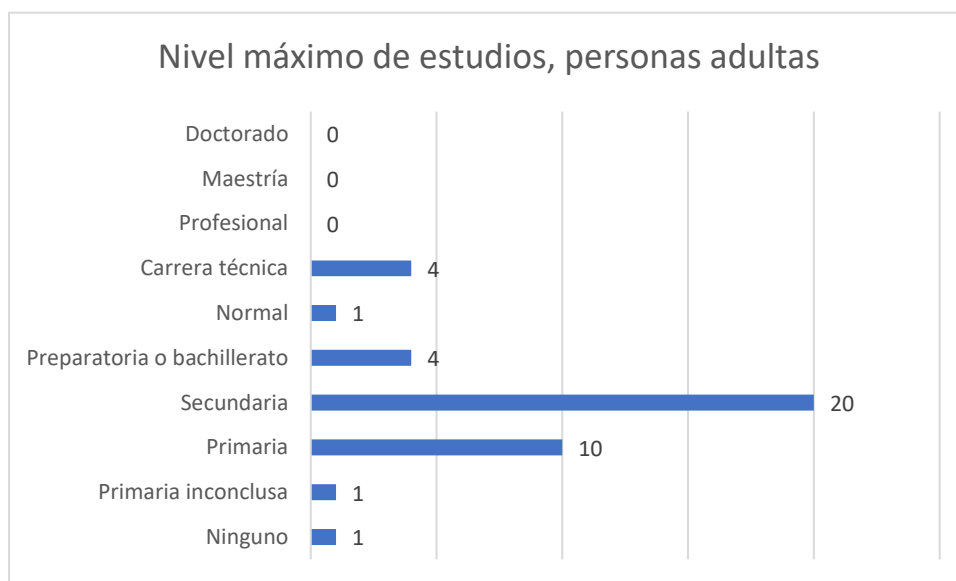




Durante la realización de las visitas, personal del Mecanismo Nacional observó que el rango de edad predominante en la población de usuarios es de adultos jóvenes (18 a 34 años) en un 64%, en contraste con un 21% de adolescentes (10 a 17 años), seguido del 15% de población de adultos maduros (35 a 59 años), sin contar con población de personas mayores de 60 años en los centros visitados.

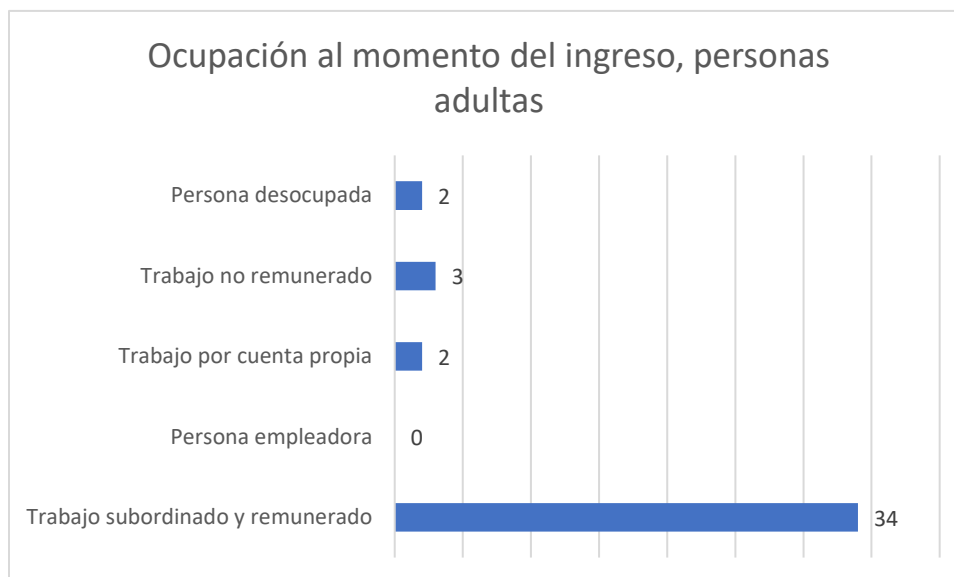


Cabe destacar que, de los datos recolectados se desprenden que el 64% de la población entrevistada al momento de la visita eran hombres, mientras que el 36% eran mujeres, concentrándose la población femenina en CSA1, CSA3 y CSA7 (reportándose como establecimientos solo mujeres CSA3 y CSA7, mientras CSA1 cuenta con población de ambos sexos).





El nivel educativo predominante en las personas entrevistadas es la educación básica (preescolar, primaria y secundaria⁴⁰).



Otro de los hallazgos importantes de las visitas *in situ* es que las personas en los establecimientos especializados pertenecían mayormente, al momento de la visita, a la **Población Ocupada**⁴¹ en su rubro de subordinados y remunerados (personas que tenían un trabajo asalariado) en un 82.92%; siguiendo en menor medida las persona con trabajo no remunerado⁴² con 7.31%, finalizando con las personas desocupadas⁴³ y con autoempleo en un 4.87%, respectivamente.

⁴⁰ Fuente: http://www.planeducativonacional.unam.mx/CAP_01/Text/01_03a.html

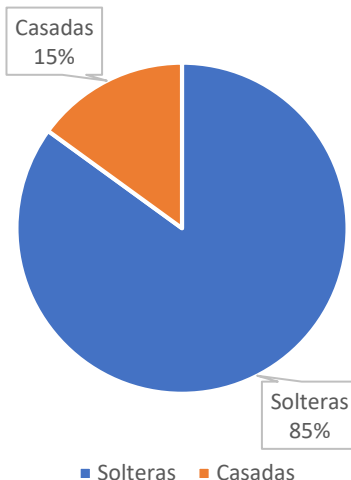
⁴¹ Definida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía como: "Personas de 15 y más años de edad que en la semana de referencia realizaron alguna actividad económica durante al menos una hora. Incluye a los ocupados que tenían trabajo, pero no lo desempeñaron temporalmente por alguna razón, sin que por ello perdieran el vínculo laboral con este; así como a quienes ayudaron en alguna actividad económica sin recibir un sueldo o salario." Glosario, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>

⁴² Definidas por el INEGI como "Es el trabajador independiente que emplea los servicios de uno o varios trabajadores a cambio de una remuneración económica en monetario o especie."

⁴³ Personas de 15 y más años de edad que en la semana de referencia buscaron trabajo porque no estaban vinculadas a una actividad económica o trabajo." Instituto Nacional de Estadística y Glosario, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>



Estado civil de las personas adultas



En cuanto al estado civil de las personas adultas entrevistadas, encontramos una mayor proporción de personas solteras, con el 85%, mientras el restante 15% reportó estar casadas.

F. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

1. Reducción de daños

a. Disponibilidad y accesibilidad de los servicios de reducción de daños

Centros	Reducción de daños	
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber tenido, o presenciado, algún tipo de crisis de ansiedad o agresividad (39)	¿Qué se hace en caso de presentarse alguna crisis? (40)
CSA1	25	“Lo ayudamos entre compañeros e informamos a los encargados”. “Los compañeros de mayor rango tratan de controlar o se llama a los encargados del centro”
CSA2	25	“Le dan medicamento”. “Los atiende el doctor, cuando ingresan se ha dado”.
CSA3	57.14	“Los servidores los someten sujetándoles las manos y hablando con ellos” “Las hermanas las sujetan y se suben en ellas hasta que se tranquilizan; si están muy agresivas las mandan a otro centro”. “Hablan conmigo y me dicen que ore mucho a Dios para que me saque adelante”. “No hay protocolo de atención, se les da un té”.
CSA4	33.3	“Nada hacen los cuidadores” “Lo controlamos entre nosotros, no se llamó al médico”
CSA5	14.28	“Nos atiende el psicólogo y el médico”
CSA6	12.5	“Lo calman platicando con él ya sean los encargados o los mismos compañeros”



CSA7	0	-
------	---	---

En relación a la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de reducción de daños, encontramos que existe una **alta prevalencia de situaciones de crisis en CSA3** (con 57.14%), gestionando las crisis ya sea, *mediante sujeciones corporales por parte del personal del centro, transferencias a otro centro o hasta el uso de un té (del cual no se brindó mayor información)*, mientras que en CSA4, con un 33.33% de reportes de presencia de crisis, estas son mitigadas por *los propios usuarios, sin contar con apoyo de la institución*; seguido de CSA1 y CSA2 (ambos con el 25%), donde de igual forma *los usuarios se encargan de resolver la situación, y en el caso de CSA2 se señaló que se proporciona medicamento para mitigar las crisis*.

La menor proporción de reportes de crisis se encontraron en CSA5 y CSA6, con porcentajes menores del 15%.

2. Tratamiento de la dependencia de drogas

a. Disponibilidad y accesibilidad de servicios de tratamiento

Centros	Tratamiento de la dependencia de drogas					
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportó haber sido revisado médicamente al ingresar al centro (24)	Porcentaje de personas entrevistadas que consideró que la atención médica que se le ha brindado en el establecimiento es mala o no hay (26)	Se reportó prescripción de medicamentos por profesional médico (34)	Porcentaje de personas que refirió habersele ofrecido algún tipo de atención en salud mental (37)	Se reportó que al solicitar atención en salud mental esta no fue proporcionada (38)	Tipo de atención en salud mental proporcionada (42)
CSA1	100	-	Sí	87.5	-	"Me ha atendido una psicóloga".
CSA2	100	-	Sí	25	36.5	"Acudir a juntas de A.A". "El tratamiento físico, mental y espiritual". "Con el trabajo de las juntas y terapias". "Nos atienden y nos ayudan con platicas".
CSA3	71.4	85.71	No	28.57	28.57	"Me mantengo ocupada para no pensar en la droga" "No hay planes de acción para cada caso".
CSA4	66.6	66.6	No* 16.6	-	50	"No me han dicho".
CSA5	100	-	Sí	100	-	"La terapia es muy buena y me siento mejor". "Me dan herramientas para una mejor vida".



						"Me ayudan a integrarme con mi familia". "Me informan el proceso a seguir". "Me apoyan para no recaer en drogas". "Que me ayuden a valorar mi vida y seguir adelante".
CSA6	87.5	-	Sí	87.5	-	"Lograr mi bienestar". "Hacer un plan de vida, nos ayuda una psicóloga". "Saber qué hacer para evitar recaídas, terapias". "Me ayudan a ver la ayuda para recuperarme". "Presto servicio en el que me mantienen ocupado". "Trabajamos por pasos con la psicóloga". "Con ayuda de terapia para rehabilitarme".
CSA7	87.5	-	Si	75	25	"Nadie me ha dicho nada". "La psicóloga me orienta". "Participo en las actividades del centro".

Con respecto a la disponibilidad y accesibilidad de servicio médico de los establecimientos visitados, en CSA1, CSA2 y CSA5 la totalidad de las personas encuestadas manifestaron haber sido revisadas por un médico, seguida de CSA3, CSA6 y CSA7 donde se revisó a más del 70%. En el caso del CSA4 el 33.33% de los entrevistados manifestó no haber sido valorado por personal médico a su ingreso.

En cuanto a la calidad de la atención, en CSA3 y CSA4 se reporto deficiente atención médica, en un 85.71 y 66.66% respectivamente.

En relación a la prescripción de medicamentos por una persona profesional de la salud, se reportó que el 71.42% de los centros visitados la prescripción de medicamentos corre a cargo de un profesional de la salud (ya sea médico general o psiquiatra), destacando CSA3, donde se refiere no se realiza dicha práctica, mientras que en CSA4 el 16.66% de PPL entrevistados manifestó que son indicados por alguien más que no era un profesional de la salud.

El ofrecimiento de servicios de salud mental se reportó en un 100% de las personas entrevistadas en CSA5, seguido de CSA1 y CSA6 en donde se reportó este ofrecimiento



por el 87.5% de las personas entrevistadas, seguidas de CSA7, en donde esta práctica de ofreció al 70%. En cambio, en CSA2 y CSA3 se reportó el ofrecimiento de este tipo de atención solo en el 25 y 28.57%, mientras que en CSA4 no se ofreció este servicio a ningún usuario.

Esto concuerda con el señalamiento de que en CSA3 y CSA7, al ser solicitada la atención en salud mental esta no se proporcionó en un 28.57 y 25% respectivamente, mientras que en CSA2 se negó al 36.5%.

b. Consentimiento voluntario e informado

Centro s	Tratamiento de la dependencia de drogas						
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron encontraste internadas de forma voluntaria (13)	Porcentaje de personas que, reportando estar internadas de forma voluntaria, refirieron haber firmado algún tipo de consentimiento o informado (14)	Porcentaje de personas que, reportando estar internadas de forma involuntaria, refirieron haber sido presionadas o amenazadas de alguna manera (15)	¿Quién ejerció estas presiones o amenazas ?	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron que al ingresar se le informó sobre sus derechos (10)	Porcentaje de personas entrevistadas que indicaron saber o haber sido informados cuándo egresará del centro (11)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron que al ofrecer o recetarles algún medicamento o se les informó para qué es y sus posibles efectos secundarios (32)
CSA1	25	50	-	-	50	37.5	50
CSA2	37.5	33.3	-	-	100	50	50
CSA3	14.29	-	33.33	"Su familia"	28.57	14.28	14.28
CSA4	33.3	50	50	"Su familia"	33.3	-	16.66
CSA5	28.6	100	-	-	100	100	71.42
CSA6	37.5	100	-	-	100	75	37.5
CSA7	-	-	-	-	100	12.5	25

Sobre el **ingreso voluntario** en CSA1, CSA2, CSA4, CSA5 y CSA6 la prevalencia oscila entre el 30 y 25%, siendo CSA3 el establecimiento que reporta la menor cantidad de ingresos de este tipo, con un 14.29%, mientras que en CSA7 se reportó por las personas entrevistadas que no habían sido recabado su consentimiento, lo cual se relaciona con el hecho de tratarse de niños, niñas y adolescentes.

Este dato se relaciona con lo indicado sobre la firma del consentimiento informado, ya que nadie de CSA3 refirió la firma de dicho formato, mientras que CSA2 fue solo la tercera parte de PPL entrevistadas, seguido de CSA1 y CSA4 con el 50%, Cabe destacar que en CSA5



y CSA6, se realizó la aplicación de consentimiento en todos los ingresos voluntarios reportados.

En contraste, en CSA3 33.33% personas indicaron ser ingresados de manera involuntaria bajo presiones o amenazas, mientras que en CAS4 este porcentaje fue mayor (50%). En ambos casos, manifestando que dichas acciones fueron llevadas a cabo por sus familiares. Solamente una persona internada en el CSA6 señaló que, al expresar su inconformidad con el internamiento, se le presentaron alternativas u opciones.

Por otra parte, cuatro de los establecimientos visitados (CSA2, CSA5, CSA6 y CSA7) todas las PPL entrevistadas manifestaron haber sido informados a su ingreso sobre sus derechos como usuarios, en menor proporción en CSA1 y CSA4, donde fue el 50 y 33.3% respectivamente, siendo CSA2, el único lugar donde solo poco más de la cuarta parte de las personas entrevistadas señaló haber sido informado sobre sus derechos.

Por otra parte, respecto a la información sobre el momento de egreso del internamiento, esta no es proporcionada en CSA4, mientras que en CSA3 y CSA7 solo fue referido en menos del 15% de usuarios, mientras que en CSA2, CSA5 y CSA6 se reportó por más de la mitad de las personas entrevistadas.

En cuanto a la información sobre los posibles efectos secundarios de los medicamentos administrados dentro de las instalaciones, esta fue referida en CSA3, CSA4 y CSA7, por poco menos de la cuarta parte de las personas entrevistadas, mientras que en CSA1 y CSA2 se reportó que esta información se proporcionó al 50% de las personas, siendo el establecimiento que proporciona más información al respecto el CSA5, con 71.42%. Además, en CSA5 se reportó que se han administrado medicamentos a las personas internas sin conocer la indicación, refiriendo que, “antes nos daban a todos ácido fólico, pero no nos explicaban”.

Respecto a la confidencialidad de la información personal, en el CSA1 una persona usuaria señaló su inconformidad en relación al manejo de problemas por compañeros “de mayor rango”, pues indicó, vulnerando la confidencialidad de la población de usuarios.

Centros	Acceso a sustancias controladas como medicamentos
	Disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de medicamentos controlados (33)
CSA2	se refirió por una persona haber recibido tratamiento con medicamentos controlados: “el medicamento controlado es el que me da mi familia”. También se reportó la administración de “vitaminas y antidiarreico”
CSA4	Se reportó administración de tratamiento para el “dolor e inflamación”.
CSA5	Se reportó administración de tratamiento “para la fiebre y gripa” y “la tos”.
CSA6	Se reportó la administración de “pastillas para la tos”.
CSA7	“No recuerdo”.

En 5 establecimientos se refirió el uso de medicamentos tales como antiinflamatorios, antigripales y antitusígenos, manifestando que la administración de medicamento controlado ocurre bajo indicación médica y cuando la familia de la persona usuaria lo suministra.

G. Derecho a un nivel de vida adecuado



1. Derecho a una alimentación adecuada

Centros	Derecho a un nivel de vida adecuado	
	Se reportó el suministro de, por lo menos, 3 alimentos diarios (66)	Porcentaje de personas entrevistadas que considera que la calidad de la comida es mala (68)
CSA1	Sí	-
CSA2	Sí	-
CSA3	Sí	-
CSA4	Sí	66.7
CSA5	Sí	-
CSA6	Sí	-
CSA7	Sí	-

En relación a suministro de alimentos, la totalidad de los centros reportó el suministro de 3 alimentos diarios, observando que la percepción de la calidad de los alimentos es adecuada en solo 6 de los centros referidos, a excepción de CSA4 donde el 66.7% indicó que son de mala calidad.

2. Derecho a vestido adecuado

Centros	Derecho a un nivel de vida adecuado				
	Derecho a vestido adecuado				
	Porcentaje de personas que reportaron considerar podían bañarse y cambiarse con regularidad y privacidad (61)	Motivo por el que no pueden bañarse y cambiarse con regularidad y privacidad (62)	Porcentaje de personas que reportaron que, en caso de no tener ropa o artículos de higiene personal, el personal del establecimiento se los ha facilitado (64)	¿Quién les proporciona los artículos de aseo personal? (64.1)	Porcentaje de personas que reportó tener oportunidad de lavar su ropa con regularidad (65)
CSA1	87.5	"No hay suficiente privacidad".	12.5	"Los traen las familias o compartimos". "Los traen familiares". "Si no lo tienes sí, pero lo trae la familia". "Los trae la familia, el centro puede apoyar". "Lo trae la familia o el centro nos apoya".	100
CSA2	75	"Se bañan cada tercer día y hay horario". "Se bañan en grupos de 6". "Se bañan en grupos, solo W.C. privado".	25	"(En el ingreso) los compañeros". "La familia los trae". "Lo trae la familia". "Si falta, llaman a las familias". "La familia nos trae ropa". "Los traen las familias o compartimos".	50



CSA3	14.28	“Cada tercer día bañarse”. “3 veces por semana el baño”. “No nos permiten cambiarnos diario”.	28.57	“La familia”. “Lo trae la familia, si nos prestan”.	14.28
CSA4	0	“Solo jueves y sábado”. “El baño no es diario”. “Solo dos veces por semana”. “No todos nos bañamos diario, 2 a 3 veces por semana”.	0	“Lo trae la familia”. “Las cambiamos con los compañeros”. “Los traen nuestras familias”.	33.3
CSA5	100	-	85.7	“Lo trae la familia, si hay sí nos dan”. “Si tienen sí, si no, llaman a la familia”.	100
CSA6	100	-	100	-	100
CSA7	100	-	75	.	100

De los resultados obtenidos, sobresale la relación entre la privacidad para bañarse, el acceso a productos de higiene personal y ropa limpia, como se ejemplifica en CSA5, CSA6 y CSA7 con los porcentajes más altos, indicando la privacidad proporcionada para su aseo personal, así como facilidades para la obtención de insumos adecuados.

En el caso del CSA1 el 87.5% refirió contar con privacidad, y 100% de las personas entrevistadas reportó tener la oportunidad para lavar su ropa, sin embargo, se indicó la falta de apoyo por parte de personal del centro para facilitar artículos de higiene personal en caso de requerirlo, 12.5%.

En el caso del CSA4, este es el establecimiento que reporta mayores deficiencias, ya que todas las personas entrevistadas indicaron que no contaban con condiciones de privacidad para el baño personal, ni apoyo para la adquisición de artículos de higiene, refiriendo solo el 33.33% la oportunidad de lavar sus prendas de ropa con regularidad.

Cabe destacar, que a pesar que en CSA2 el 75% de los usuarios manifiesten contar con privacidad durante el baño, agregaron que, ante la falta de servicios sanitarios, les corresponde bañarse cada tercer día, en grupos de 6 personas, situación que se réplica en CSA3 y CSA4, donde refieren contar con la oportunidad de bañarse cada segundo a tercer día.

3. Derecho a una vivienda adecuada



Centros	Derecho a un nivel de vida adecuado					
	Porcentaje de personas entrevistadas que consideran que la estancia aquí es cómoda y segura (50)	Porcentaje de personas entrevistadas que consideran buenas las instalaciones del establecimiento (ventilación, calefacción y protección contra insectos) (51)	Porcentaje de personas entrevistadas que consideran bueno el estado de limpieza del establecimiento (53)	Porcentaje de personas entrevistadas que considera que los dormitorios son cómodos (54)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron que hay quienes han tenido que dormir en el suelo o en posiciones incómodas (55)	Observaciones sobre el centro
CSA1	100	87.5	75	100	-	"Me parece bien el centro". "Hacen falta señalamientos de emergencia y protocolos de actuación, las escaleras son muy resbalosas".
CSA2	87.5	50	62.5	87.5	25	-
CSA3	57.14	85.71	42.85	85.71	57.14	"Hacen falta trapeadores para poder limpiar".
CSA4	16.7	16.7	16.7	16.7	100	"No hay suficientes camas". "Hacen falta camas, muchos compañeros duermen en colchones en el suelo".
CSA5	100	100	100	100	-	-
CSA6	100	100	100	100	-	"El trato es bueno y digno". "Me parece un buen establecimiento y me ayuda en lo que necesitaba". "Todo está en buenas condiciones".
CSA7	100	87.5	87.5	100	50	"El DIF no responde a las necesidades de quienes venimos por parte de ellos y el personal del centro tiene que ver donde consigue los artículos de aseo personal".



En lo que respecta a las condiciones de vivienda, también hay coincidencia entre el reporte de percepción de la comodidad y seguridad de las instalaciones, con las condiciones de estas y el estado de limpieza.

Los centros en los que se reportaron mejores condiciones fueron CSA5 y CSA6. En estos las personas entrevistadas manifestaron no haber tenido que dormir en el suelo o en posiciones incómodas, contando con suficientes espacios para las personas usuarias.

En el caso de CSA1 y CSA7 los porcentajes relacionados a estancia cómoda y segura, así como limpieza de las instalaciones se encontraron entre el 100 y 75%.

Por otra parte, fue el CSA4 el que presenta las peores condiciones de estancia, de manera global, pues se señaló por la totalidad de las PPL entrevistadas que se dan casos en que duermen en el suelo o en posiciones incómodas. Esta situación se presentó en CSA3 y CSA7 donde el porcentaje se encuentra entre 50 a 58%, mientras que en CSA2 solo fue indicado por el 25%. En todos estos casos se manifestó por las personas entrevistadas, en reiteradas ocasiones, la necesidad de espacios para descansar.

H. Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

1. Abolir castigos corporales

Centro s	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes						
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron que en el establecimiento se aplica alguna clase de sanción o castigo (80)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido aisladas del resto de sus compañeros dentro del establecimiento (81)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de golpes por parte de alguien del establecimiento (83.1)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de humillaciones por parte de alguien del establecimiento (83.2)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de amenazas por parte de alguien del establecimiento (83.3)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctimas de privación de agua o comida por parte de alguien del establecimiento (83.6)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido informadas sobre qué hacer en caso de ser víctima de malos tratos (87)
CSA1	37.5	12.5	0	0	0	0	12.5
CSA2	50	12.5	0	0	0	0	25
CSA3	83.3	28.6	0	28.57	28.57	0	0
CSA4	100	16.66	16.66	16.66	0	16.6	0
CSA5	0	0	0	0	0	0	0
CSA6	0	0	0	0	0	0	0
CSA7	75	0	0	0	0	0	0

En cuanto al reporte de la **aplicación de sanciones o castigos**, en CSA4, la totalidad de las personas entrevistadas manifestó la aplicación de sanciones o castigos, en contraste,



en CSA5 y CSA6 las personas usuarias indicaron que dichos actos no son implementados en los centros.

Destaca la prevalencia de maltrato por parte de personal de la institución hacia la población de usuarios en CSA3 y CSA4, centros que concentran la mayor parte de los reportes al respecto.

Así, al analizar prácticas de maltrato particulares, observamos que la sanción ms prevalente en los centros es el aislamiento (CSA1, CSA2, CSA3 y CSA4, con el 12.5 al 33.33%), seguida de las humillaciones (CSA3 y CSA4, en el 28.57 y 16.66%). Las amenazas por parte del personal son referidas en CSA3 (28.57%), mientras que los golpes y la privación de agua o alimento se reportó solamente en CSA4, ambas con 16.6%.

En contraste, encontramos que al preguntar a las personas entrevistadas si se les proporcionó información sobre el procedimiento a realizar en caso de ser víctimas de maltrato, solo en los centros CSA1 y CSA2 se reportó, por menos de una cuarta parte de las PPL entrevistadas, haber sido informadas al respecto, mientras que en el resto de los centros esta información no fue proporcionada.

2. Garantizar acceso a los medicamentos esenciales para el tratamiento de la dependencia a drogas, el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos

Centros	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes		
	Se reportó que en caso de haber tenido dolor o malestar tuvo que esperar mucho tiempo con dicho malestar (27)	Se reportó que el medicamento o la atención proporcionada fueron suficientes para mejorar el dolor o malestar (28)	Se reportó que, si se tuvo que "aguantar" el dolor o malestar, se le llegó a decir que lo tenía merecido por ser consumidor o adicto (29)
CSA1	-	50	-
CSA2	-	62.5	-
CSA3	71.42	14.28	14.28
CSA4	16.66	-	-
CSA5	-	71.42	-
CSA6	-	37.5	-
CSA7	-	50	12.5

Respecto a la garantía del acceso a los medicamentos esenciales para el tratamiento de la farmacodependencia, se reportó que el tiempo de espera con malestar o dolor fue "oportuno" en 5 de los 7 centros visitados, mientras que en CSA3 el 71.42% manifestó demoras en su atención, seguido de CSA4 en que el 16.66% de las personas entrevistadas refirió que tuvieron que esperar mucho tiempo para la atención de su malestar.

En cuanto a si el medicamento o atención fueron suficiente para mejorar su condición ante alguna dolencia, los centros que reportaron mejores resultados fueron el CSA5 con el 71.42%, y el CSA2 con 62.5%, seguidos de CSA1 y CSA7 con un 50%. Las menores calificación se reportaron en CSA6 (37.5%) y CSA3 con 14.28%.



Cabe destacar en CSA3 y CSA7 se reportó que se dieron comentarios respecto a que se no se proporcionaban medicamentos debido a la condición de tratarse de personas con problemas de adicción o consumo de sustancias.

Centros	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	
	¿Se detectaron personas con alguna enfermedad crónica? (7)	Observaciones sobre el tratamiento médico
CSA1	-	-
CSA2	-	"Hay compañeros enfermos del estómago".
CSA3	"Diabetes mellitus". "Enfermedad renal". "Padece cáncer". 42.85	"Refirió padecer diabetes y no la dejan ir al baño en la noche, se enoja las cuidadoras".
CSA4	"Padecimiento cardíaco". "Deficiencia pulmonar". 33.33	-
CSA5	-	-
CSA6	-	-
CSA7	-	-

Por otra parte, se documentaron 5 personas con enfermedades crónicas, de las cuales en CSA3 las PPL presentaban diagnóstico de Diabetes Mellitus, enfermedad renal y cáncer, mientras que en CSA4 se documentó enfermedad cardíaca y deficiencia pulmonar. De manera particular la persona usuaria con diagnostico de diabetes mellitus, indico que no le permiten ir al baño durante la noche, ya que se "enojan las cuidadoras".

I. Derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria

1. Garantizar que las personas no sean detenidas únicamente por su uso de drogas o dependencia de drogas

Centros	Derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria	
	Porcentaje de personas entrevistadas que indicó para ingresar a las instalaciones se le presionó/amenazó de alguna manera (15)	Garantizar que las personas no sean detenidas únicamente por su uso de drogas o dependencia de drogas (15.1)
CSA1	-	-
CSA2	-	-
CSA3	28.57	"La trajeron a la fuerza los hermanos"
CSA4	33.33	"Personal del centro me golpeo al traerme"
CSA5	-	-
CSA6	-	-
CSA7	-	-



En relación a la garantía de no ser detenido únicamente por el uso o dependencia de las drogas, se manifestaron irregularidades en CSA3 y CSA4, donde el 28.57 y 33.33% manifestaron el haber sido presionados para su permanencia en las instalaciones, refiriendo haber sido detenidos por personal de los centros en su domicilio y haber sufrido golpes por parte de personal del centro durante el traslado.

2. Garantizar que el tratamiento de la dependencia de drogas como alternativa al encarcelamiento en ningún caso se prolongue más allá del periodo de la sentencia penal aplicable

Centros	Derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria		
	Tiempo mínimo de internamiento (días) (6)	Tiempo máximo de internamiento (días) (6)	Media (6)
CSA1	30	300	124.29
CSA2	15	150	52.5
CSA3	7	240	84.57
CSA4	30	150	75
CSA5	30	270	197.14
CSA6	30	90	45
CSA7	60	300	153.75

En lo que respecta al tiempo de estancia, derivado al tratamiento, se observa que el tiempo mínimo fue de 7 días (en CSA3), con una estancia máxima reportada en CSA7 de 300 días (9 meses y 21 días), con una media de internamiento máxima de 197.14 días en CSA5, observando casos de estancia que oscilan entre 5 a 9 meses de internamiento en CSA1, CSA2, CSA3, CSA4, CSA5 y CSA7 al momento de la entrevista.

J. Derecho a la privacidad

1. Prevenir la interferencia arbitraria e ilegal con la privacidad, la vida familiar, el hogar y la correspondencia

Centros	Derecho a la privacidad							
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportó que la	Porcentaje de personas entrevistadas que reportó haber podido comunicar	Porcentaje de personas entrevistadas que indicaron que su familia o personas	Porcentaje de personas entrevistadas que indicaron que el personal del centro	Porcentaje de personas entrevistadas que refirieron ser libres de dormir o descansar a la hora que	Porcentaje de personas entrevistadas que refirieron tener aquí cómo guardar sus pertenencia	Porcentaje de personas entrevistadas que se le retuvieron sus	Porcentaje de personas entrevistadas que indicaron que son libres de no participar en las actividades



	revisión médica fue en condiciones de privacidad (25)	rse con su familia o con personas de su confianza (18)	de confianza han podido visitarle (19)	le ha apoyado para comunicarse al exterior del centro (20)	usted desee (56)	s u objetos de valor con llave (57)	pertenencias cuando ingresó (58)	organizadas en el establecimiento (72)
CSA1	100	100	100	100	12.5	100	62.5	50
CSA2	100	50	50	37.5	-	100	37.5	12.5
CSA3	42.85	42.85	71.42	28.57	14.28	42.85	71.42	42.85
CSA4	-	50	50	33.33	-	0	16.7	50
CSA5	100	100	100	100	14.28	85.7	0	100
CSA6	100	87.5	100	100	-	100	62.5	100
CSA7	100	75	50	50	-	12.5	-	87.5

En lo que respecta al tema de la privacidad durante la revisión médica la totalidad de las personas entrevistadas en CSA1, CSA2, CSA5, CSA6 y CSA7 manifestaron contar con privacidad durante el procedimiento, seguidas de CSA3 con él 42.85%. En el caso de CSA4 todas las personas entrevistadas manifestaron no haber contado con privacidad durante el procedimiento médico.

En relación a la comunicación, visita de los familiares y apoyo institucional el 100% de CSA1 y CSA5, manifestaron el cumplimiento total de estos rubros, seguido CSA6 y CSA7 con 87.5% y 75%. En CSA3 reporta la prevalencia más baja en los estos rubros, con el 42.85% relacionada a la comunicación del núcleo familiar, así como el 71.42% referente a las visitas recibidas, percibiendo un limitado apoyo institucional para establecer comunicación con el exterior en 28.57%.

En lo que respecta a la libertad de tiempo para el descanso solo el 14.28% de CSA3 y CSA5 informo que cuentan con dicha libertad, mientras que en CSA1 este porcentaje fue el menor (12.5%). En el resto de los centros se mencionó que no se contaba con este tiempo libre.

Respecto a la libertad para no participar en las actividades de los centros, en CSA5 y CSA6 se reportó por el 100% las personas entrevistadas que cuentan con libertad de no participar en las diversas actividades de estos lugares, mientras que en CSA7 se indicó esto por el 87.5%, seguido de la mitad de personas en CSA1 y CSA4, en CSA3 siendo el 42.85%, y en CSA2 solo el 12.5%.

K. Libertad de pensamiento, conciencia y religión

1. Garantizar el pleno disfrute de los derechos a la libertad de opinión, expresión e información sobre prácticas de drogas

Centros	Libertad de pensamiento, conciencia y religión	
	Porcentaje de personas que no están por cuenta propia y tuvo la oportunidad de mostrar	Cambios, comentarios o quejas expresadas por las personas (46)



	inconformidad con su estancia involuntaria (16)	
CSA1	-	-
CSA2	12.5	-
CSA3	14.28	<i>"Hay maltrato verbal hacia ella y sus compañeros".</i> <i>"Hay maltrato"</i> <i>"Que se atienda a cada uno según su caso"</i> <i>"La ropa la lavan las familias, pero hay una compañera que no recibe visitas y su ropa sigue sin lavar".</i>
CSA4	-	<i>"No hay suficientes camas".</i> <i>"Hacen falta camas, muchos compañeros duermen en colchones en el suelo"</i>
CSA5	-	<i>"A algunos le hacen falta más descansos porque tienen más trabajo o actividades que otros"</i>
CSA6	25	-
CSA7	12.5	<i>"El DIF no responde a las necesidades de quienes venimos por parte de ellos y entonces el personal del centro tiene que ver donde consigue los artículos de aseo personal"</i>

El porcentaje de personas entrevistadas que no se encuentran por cuenta propia en las instalaciones y contaron con la oportunidad de mostrar inconformidad en CSA6 es del 25%, seguido de CSA3 en un 14.28%, mientras que para el CSA2 y CSA7 es del 12.5%. Al preguntarse sobre los comentarios o quejas al respecto, estos se centran en aspectos como recibir trato individualizado, la erradicación de los malos tratos, los espacios insuficientes, así como la corresponsabilidad de Sistema del Desarrollo Integral de la Familia Estatal, en relación a los ingresos por parte de ellos.

2. Proporcionar información precisa y objetiva sobre las prácticas de drogas, daños y bienes y servicios

Centros	Libertad de pensamiento, conciencia y religión		
	Porcentaje de personas que fueron informados sobre compartido los principios de su plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación (41)	Ideas de recuperación o rehabilitación que tienen las personas (42)	Porcentaje de personas a las que se ha incluido a su familia o personas de confianza en su plan de plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación (43)
CSA1	25	<i>"Me ayudaron a reintegrarme al salir".</i> <i>"Me ha atendido una psicóloga".</i>	12.5
CSA2	75	<i>"No hay planes de acción para cada caso".</i> <i>"Me he sentido mejor en mi estancia".</i> <i>"El tratamiento físico, mental y espiritual".</i>	25
CSA3	-	<i>"Me mantengo ocupada para no pensar en la droga".</i> <i>"No hay planes de acción para cada caso".</i>	14.28
CSA4	16.66	<i>"No me han dicho".</i>	-



CSA5	100	"Me ayudan a integrarme con mi familia". "Me dan herramientas para una mejor vida". "Me apoyan para no recaer en drogas".	100
CSA6	100	"Trabajamos por pasos con la psicóloga". "Me ayudan a ver la ayuda para recuperarme". "Saber qué hacer para evitar recaídas (terapias)". "Lograr mi bienestar".	87.5
CSA7	25	"Participo en las actividades del centro". "La psicóloga me orienta".	-

Solo en CSA5 y CSA6, el 100% de las personas entrevistadas fueron informadas sobre los principios de su plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación, mientras que en CSA2 solo fue informado el 75%. En contraste, en CSA3 ninguna de las personas entrevistadas fue informada al respecto, siendo una situación similar en CSA4, donde solo se informó al 16.6%; de igual forma que se omite el incluir a los familiares en la implementación del plan de tratamiento, a diferencia de CSA5 y CSA6 los cuales reportaron prevalencias entre el 87.5 al 100%, en contraste con CSA1, CSA2 y CSA3 que reportaron solo el 12.5, 25 y 14.28%, respectivamente.

En cuanto al rubro de la percepción sobre su recuperación o rehabilitación, de manera global manifestaron ideas relacionadas a recuperar su bienestar físico y emocional, así como la mejora en su calidad de vida, la preservación de pensamientos positivos y la abstinencia.



C. Registro Fotográfico de los Centros



Dormitorio y baños CSA1



Sala de juntas y consultorio CSA1



Dormitorio y baño CSA2



Consultorio y baño en áreas comunes CSA2



Dormitorio y baños CSA3



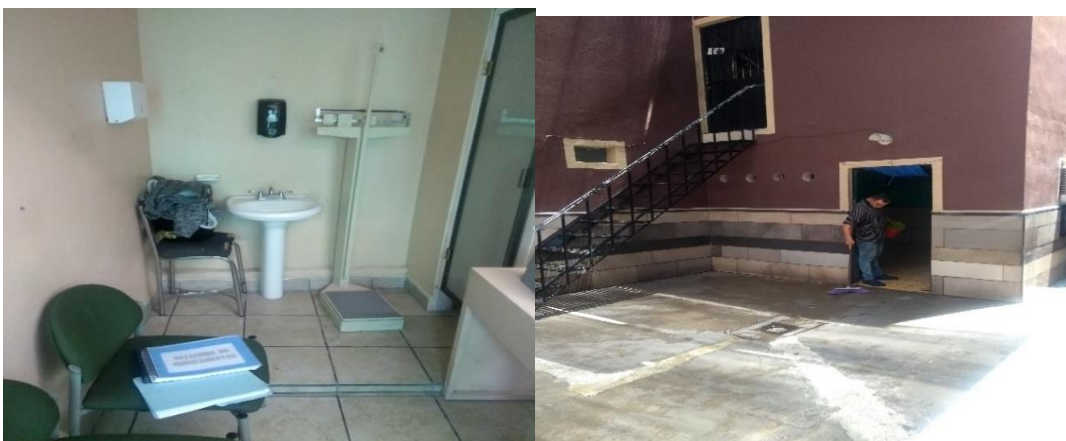
Dormitorios CSA4



Sanitario y patio CSA4



Dormitorio y baños CSA5



Área médica y dormitorios CSA5



Dormitorio y baños CSA6



Patio y consultorio médico CSA6



Dormitorio y comedor CSA7



Baños CSA7



V. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El presente Informe es una muestra mínima del universo de establecimientos especializados en atención residencial a personas con trastornos debido al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos en el Estado de Aguascalientes, y, si bien los resultados no se pueden extrapolar a todos los centros de atención residencial que actualmente operan en la entidad, permiten tener un panorama de las situaciones que se pueden presentar en el resto de los centros de la entidad.

Las Recomendaciones que aquí se formulan se sustentan en los datos e información recabada durante las visitas de supervisión realizadas en los siete establecimientos mencionados en el período comprendido del 26 al 30 de agosto del 2019, con la finalidad de modificar las condiciones de riesgo que afectan el respeto y garantía del derecho a la integridad personal y garantizar los derechos humanos de las personas internas en los mencionados establecimientos, en especial el derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Por ello, a continuación, discutiremos los resultados obtenidos durante las visitas de supervisión.

A. Registro ante el CONADIC

Los siete centros supervisados proporcionan atención residencial a los problemas de adicción a las sustancias, sin embargo, dos de ellos CSA3 y CSA4 no contaban con registro ante el CONADIC al momento de la visita, situación que al momento de la integración del presente informe continuaba.

Esta irregularidad es relevante, en tanto que la NOM-028 indica que “los establecimientos especializados en adicciones, que brinden atención residencial deben contar con (...) el registro como institución especializada ante el CONADIC” (numeral 5.2 y 5.2.1.1).

Este aspecto es central, tomando en cuenta que ambos centros fueron en los que mayores reportes de maltrato se documentaron.

Al respecto, debemos señalar que la Ley de Salud para el Estado de Aguascalientes, si bien señala en su capítulo VII, sobre la salud mental, que dentro de “la atención a las enfermedades mentales” comprende “La atención de personas con padecimientos mentales, incluidos (...) la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas” (Artículo 81, numeral I) y la “organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales” (Artículo 81, numeral II), no existen en la citada ley especificaciones respecto a la apertura y funcionamiento de centros de rehabilitación y tratamiento de personas con problemas de adicciones.

B. Cumplimiento de procedimientos normativos

En contraste a lo anterior, al verificar el cumplimiento de procedimientos normativos como contar con aviso de funcionamiento, licencia sanitaria y lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de personas usuarias por protección civil, encontramos que todos los centros contaban con los dos primeros requisitos (aviso de funcionamiento y licencia



sanitaria). Sin embargo, los mismos centros que no cuentan con registro ante el CONADIC (CSA3 y CSA4) y un centro que sí cuenta con ello (CSA6) no contaban con lineamientos de seguridad ni lineamientos de protección y vigilancia de usuarios por protección civil.

Al respecto, la NOM-028 es explícita respecto a que “los establecimientos especializados en adicciones que brinden atención residencial” deben contar con “el aviso de funcionamiento respectivo” (numeral 5.2 y 5.2.1.1).

Por otra parte, la Ley de Salud Para el Estado de Aguascalientes señala que “los edificios, locales, construcciones o terrenos urbanos, podrán ser verificados por la autoridad sanitaria competente, la que ordenará las obras necesarias para satisfacer las condiciones higiénicas y de seguridad en los términos de esta Ley, otras disposiciones legales aplicables y las normas técnicas locales correspondientes” (Artículo 177), sin embargo, como en el caso de los criterios para la adopción del registro ante el CONADIC para el funcionamiento de los centros de atención residencial a las personas con problemas de adicciones, no hay señalamientos expresos respecto a la obligatoriedad de que los establecimientos para la rehabilitación de personas con adicciones requieran de licencia sanitaria, un responsable sanitario y otros requisitos de acuerdo con el tipo de atención que ofrezca el establecimiento.

C. Características demográficas de las personas privadas de la libertad entrevistadas.

Los resultados más significativos sobre el perfil sociodemográfico de las personas privadas de la libertad indican que se trata, principalmente, de personas jóvenes (adolescentes y personas adultas jóvenes), cuyo estado civil predominante es ser solteras/os, con educación básica y media, y que al momento de su internamiento se ocupaban en trabajos subordinados y remunerados.

Este perfil es relevante cuando se considera que, respecto a las violaciones a derechos humanos y en específico respecto al tema de la tortura, se ha señalado por organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales, que la pertenencia a grupos vulnerables representa una importante barrera al momento de denunciar los hechos y solicitar la reparación del daño⁴⁴.

D. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

La farmacodependencia ha sido definida como:

“estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco; la farmacodependencia se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrefrenable a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede ir o no acompañada o no de tolerancia. Una misma persona puede ser dependiente de uno o más fármacos”⁴⁵

En la actualidad, es un hecho aceptado que la dependencia a sustancias psicoactivas es un complejo y multifactorial trastorno biológico y conductual, que requiere la

⁴⁴ <https://www.amnesty.org/download/Documents/4000/amr410202014es.pdf>

⁴⁵ 18 informe Comité de Expertos de la OMS en farmacodependencia



implementación, como reconoce la NOM-028, de “tratamiento médico y/o psicosocial basado en principios científicos, sociales y éticos” (numeral 5.2.1.2).

De acuerdo con las “Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas” de la Organización Mundial de la Salud⁴⁶, los objetivos de tratamiento son:

- “1. Reducir el uso de drogas y los deseos de consumir drogas
2. Mejorar la salud, bienestar y funcionamiento social del individuo afectado
3. Prevenir daños a futuro al disminuir el riesgo de complicaciones y recaída”

Estos objetivos forman parte del modelo de reducción de daños, el cual, de acuerdo con la NOM-028, “es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas” (numeral 3.49). Este modelo tiene los siguientes fundamentos⁴⁷:

- a) Respeto al derecho del individuo a decidir consumir drogas, así, las funciones de los profesionales y autoridades sanitarias son facilitar condiciones que reduzcan las consecuencias negativas de esta decisión (físicas, psicológicas y sociales)
- b) Reconoce que el consumo de drogas ha sido una práctica ancestral en la humanidad y por ello, aunado a la evidencia de que la proliferación de sustancias en el mundo no ha sido erradicada, se acepta como inevitable
- c) Considera que el consumo de drogas en sí mismo no es lo más importante, si no el daño producido. De tal manera que la meta primordial no es la abstinencia ni la desintoxicación, sino la disminución de las consecuencias inherentes a la dependencia. Por ello no se condiciona ni niega la atención y servicios a los usuarios, aun cuando se trate de personas con consumo activo
- d) Reconoce que resulta más factible, y menos costoso, incidir sobre los daños y consecuencias, que en pretender modificar del comportamiento adictivo

Es por ello que en las “Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Políticas de Drogas” se considera que garantizar el Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud se compone de los siguientes elementos: reducción de daños, tratamiento de la dependencia de drogas y el acceso a sustancias controladas como medicamentos.

Al respecto, los datos obtenidos indican que, aun cuando en los centros CSH3 y CSH4 se reportó por las personas entrevistadas la presencia de “crisis de ansiedad o agresividad” (57% en el primer caso y 33.3% en el segundo), la forma en que se atienden estas crisis no corresponde a procedimientos científicos aceptados actualmente, pues se utilizan sujeciones (“*Los servidores los someten sujetándoles las manos y hablando con ellos*”, “*Las hermanas las sujetan y se suben en ellas hasta que se tranquilizan*”), se les conmina a realizar oración (“*Hablan conmigo y me dicen que ore mucho a Dios para que me saque adelante*”), se les administran tés o dejan que el episodio sea controlado con ayuda de otras personas internas. En este sentido, también es relevante señalar que en el CSA3 se identificó la administración de medicamentos por personas sin acreditación profesional para ello.

En congruencia con los anterior, en los centros CSA3 y CSA4 se reportó la menor frecuencia de revisión médica al ingreso al centro y una percepción de una deficiente

⁴⁶https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf

⁴⁷ <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510003.pdf>



calidad de la atención médica, aunado a que lo reportado sobre el tipo de tratamiento que se les otorga se basa en *“acudir a juntas”* (CSA2), *“mantenerme ocupada para no pensar en la droga”* (CSA3), aunado a que en este último centro se señaló que no existían *“planes de acción para cada caso”*. Mientras en el caso del CSA1, CSA5, CSA6 y CSA7 se señaló la ayuda por profesionales de la psicología.

Un aspecto relevante relacionado con todo lo anterior, es que, si bien, como vimos anteriormente, la Ley de salud del Estado señala que las personas con problemas *“alcohólicos”* y consumo habitual de *“estupefacientes o sustancias psicotrópicas”* son parte de los *“padecimientos mentales”* y su atención se contempla en el capítulo VII de dicha Ley, el ofrecimiento de este tipo de atención es una práctica común solo en 4 de los centros supervisados (CSA5, CSA1, CSA6, CSA7), mientras que en CSA2, CSA3 y CSA4, el ofrecimiento y la disponibilidad de este tipo de atención es poco frecuente, cuando no nula.

A todo ello se agrega que si bien todos los centros indicaron que atendían problemas de adicción a sustancias varias, como alucinógenos, heroína, morfina, opioides, tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas y solventes, no se reportaron esquemas de tratamiento específicos adaptados a la sustancia específica consumida, así mismo, en ninguno se documentó el uso de tratamiento con agonistas o terapias de sustitución con psicofármacos y se documentó que no se realiza tratamiento específico para el síndrome de abstinencia que pueden presentar las personas internadas.

Esto es congruente con el hecho de que, al cuestionar a las personas responsables de los centros sobre los modelos de atención que implementan, las respuestas fueron vagas, refiriendo modelos propios de la ayuda mutua, como el modelo Minnesota, el modelo de 12 pasos, comunidad terapéutica, indicando que el objetivo de la intervención es *“la abstinencia de los usuarios”*, en contrasentido a lo recomendado en las Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Políticas de Drogas publicadas por la Organización Mundial de la Salud, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en el sentido de transitar de modelos basados en la abstinencia a modelos centrados en el control de daños.

En conclusión, mientras en los estándares internacionales se reconoce a los trastornos derivados de la dependencia a sustancias psicoactivas, como un problema complejo y multifactorial, que requiere la implementación, según la NOM-028, *“de tratamiento médico y/o psicosocial basado en principios científicos, sociales y éticos”* (numeral 5.2.1.2), en la práctica, esto se realiza como excepción y no como regla general, documentándose incluso casos como el de los centros CSA2, CSA3 y CSA4.

E. Consentimiento voluntario e informado y derecho a no sufrir detención arbitraria

La falta de especialización en las intervenciones que se realizan en los centros supervisados se relaciona con el respeto al consentimiento voluntario e informado en el tratamiento de la dependencia de drogas, y los derechos a garantizar el disfrute del más alto nivel posible de salud y el de no ser sometido a detención arbitraria.

Como señala la Ley General de Salud (artículo 74 bis) respecto a los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, el consentimiento informado *“sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente”* (fracción III), de tal manera que las personas tienen *“derecho a que le sean*



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

Sobre este rubro, y considerando que los problemas de salud se encuentran estrechamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, es importante precisar que el Consejo Europeo de Derechos Humanos, en sus recomendaciones, sobre personas en situación de vulnerabilidad, ha señalado que solo se podrá llevar a cabo una privación de la libertad de las y los pacientes, mediante una hospitalización involuntaria, si se realiza: a) con motivo del trastorno mental del o la paciente, si no existe otro medio de tratamiento adecuado y si la persona (paciente) representa un peligro para ella misma o para otras personas; b) por un/a profesional de la salud mental cualificado; c) bajo estrictas garantías procesales; d) por un periodo corto; e) la decisión debe ser comunicada al o la paciente; f) un cuerpo judicial debería revisar periódicamente el caso; g) el o la paciente tiene derecho a elegir una persona consejera y pedir un intérprete; h) el derecho de la persona paciente para enviar alguna comunicación, no debe ser restringido⁴⁸.

En este sentido, llama la atención que la proporción de ingresos voluntarios en los centros supervisados fluctuaba entre el 37 al 14%, y si bien 4 de estos centros (CSA1, CSA2, CSA5 y CSA6) se encuentran facultados para este tipo de internamientos por tratarse de centros con registro de tipo mixto ante CONADIC, también se documentó ingresos involuntarios de personas adolescentes en centros reconocidos como de ayuda mutua e ingresos involuntarios en centros sin registro (CSA3 y CSA4).

En especial es relevante señalar lo documentado en estos últimos centros. En el centro CSA3 se reportó el número más bajo de ingresos voluntarios. En este lugar, además, se señaló por personas entrevistadas que se habían recibido presiones y amenazas para internarse e incluso se indicó por una persona que había sido llevado por la fuerza. En el caso del CSA4 una persona señaló que también había sido trasladada por la fuerza y que “personal del centro” la había golpeado durante el proceso.

A esta situación se agrega que en dichos centros se documentaron tiempos prolongados de estancia (hasta por 150 y 240 días) y la falta de información respecto a sus derechos, a los criterios de egreso y a la explicación respecto al tipo de tratamiento farmacológico que se le administra.

Todo lo anterior contraviene lo señalado en la NOM-028, la cual indica que el ingreso en forma involuntaria “se presenta en el caso de los usuarios que requieren atención urgente o representan un peligro grave e inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, el usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del establecimiento” (numeral 5.3.2). Tomando en cuenta que en los centros en donde se documentó esta práctica se señaló que la valoración médica es posterior al ingreso de la persona, podemos afirmar que se trata de una práctica irregular y violatoria de derechos humanos.

Así mismo, la Ley General de Salud indica que el internamiento involuntario solo puede proceder cuando “se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento

⁴⁸ Guimón, José. La discriminación de los pacientes mentales: un reto para los derechos humanos; las recomendaciones del Consejo Europeo. Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, No. 28, Universidad de Deusto, 2004.

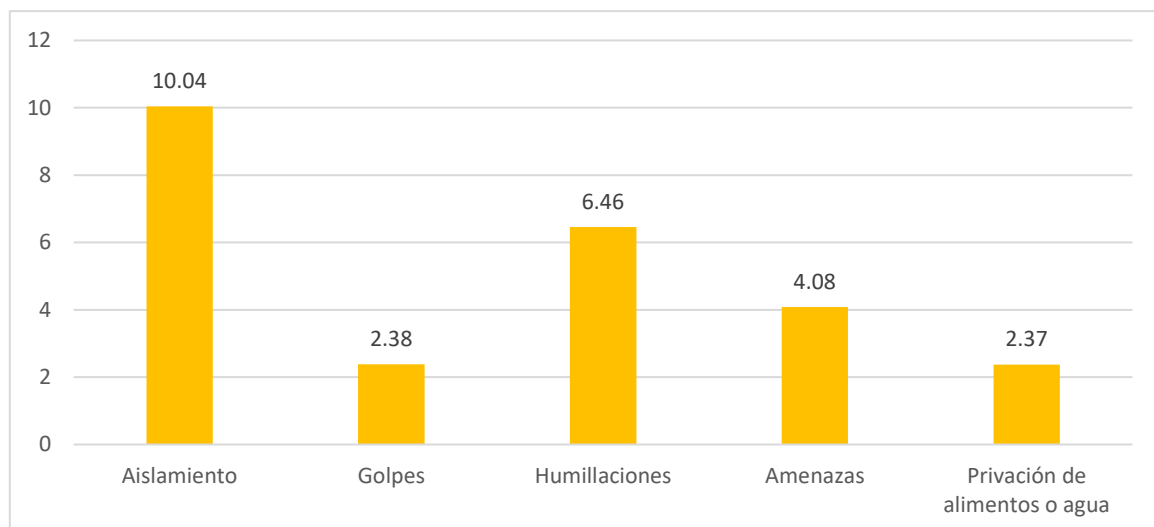


es el más indicado para atender las necesidades del paciente” (artículo 74 bis fracción III). Esta necesidad de demostrar que el internamiento involuntario es un último recurso terapéutico, debe ajustarse a “principios éticos, sociales, de respeto a los derechos humanos” y supone que la persona se encuentra “impedida para solicitarlo por sí misma, por incapacidad transitoria o permanente”; así mismo, exige que “sea solicitado por un familiar, tutor, representante legal o, a falta de los anteriores, otra persona interesada, que en caso de urgencia solicite el servicio y siempre que exista la intervención de un médico calificado, que determine la existencia de un trastorno mental y del comportamiento y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros”. Así mismo, se debe notificar a la autoridad judicial correspondiente, quien, a petición de la persona interesada podrá revisar el caso, y determinar de manera fundada auxiliándose de un dictamen pericial. Para ello, la Ley General contempla la coordinación entre las autoridades sanitarias y los organismos públicos de protección a los derechos humanos “para que los establecimientos dedicados a la atención y tratamiento de las personas con trastornos mentales y del comportamiento sean supervisados continuamente, a fin de garantizar el respeto a los derechos de las personas internadas” (Artículo 75).

Aun cuando el procedimiento descrito ha sido criticado por diversas instancias como poco garantista e, incluso, violatorio de derechos humanos, representa la base mínima disponible, en la actualidad, para garantizar que una intervención potencialmente lesiva de derechos y de la integridad de las personas, se realice atendiendo al respeto a la voluntad individual y a la libertad de las estas. Sin embargo, en los casos documentados en el presente informe, aun este mínimo no se cumple, a lo cual se agrega que el tiempo de tratamiento puede prolongarse más allá de lo terapéuticamente recomendado sin alguna justificación razonable.

F. Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

A lo anterior se agregan los reportes de diversas formas de maltrato documentadas por el personal del MNPT. Tomando en cuenta el universo de 52 entrevistas, la prevalencia de maltrato global se presenta en la siguiente gráfica:



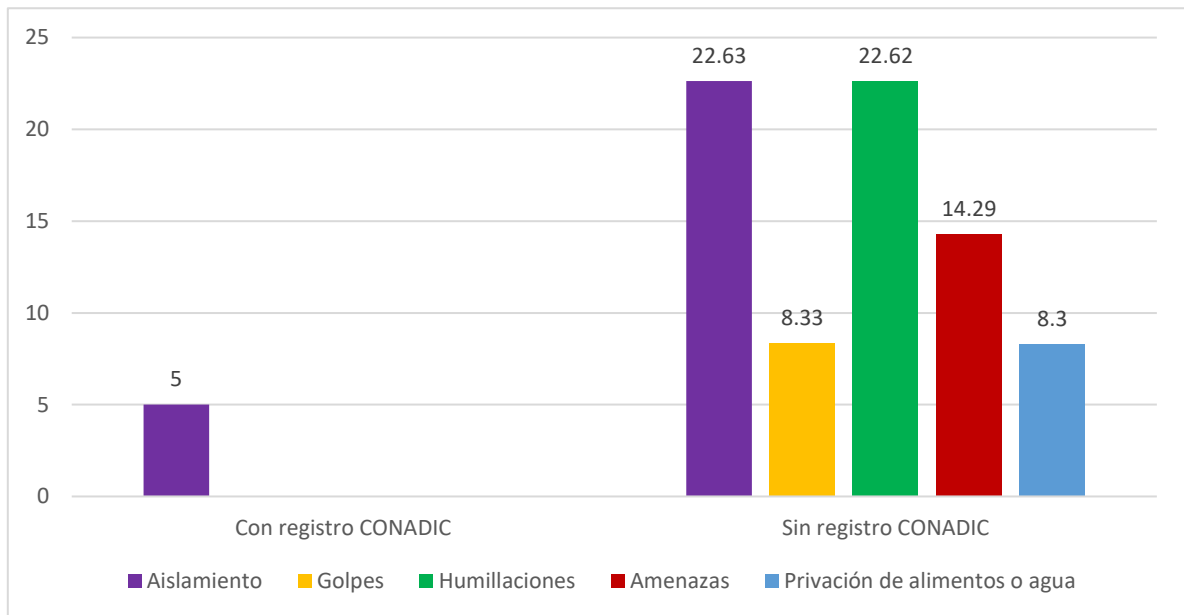
Prevalencia de formas de maltrato reportadas por personas privadas de la libertad entrevistadas, Estado de Aguascalientes



Esta prevalencia global; sin embargo, se debe leer a la luz de la comparación entre centros con y sin registro ante el CONADIC.

Como se mostró en los resultados, en los centros CSA5, CSA6 y CSA7 no se reportó ningún caso de maltrato, estos tres centros cuentan con registro CONADIC. También con registro CONADIC, en los centros CSA1 y CSA2 se reportó el uso de aislamiento.

En contraste, en los centros CSA3 y CSA4 se reportaron diversas formas de maltrato además del aislamiento, como golpes (solo en el CSA3), humillaciones, amenazas (solo en CSA4 y privación de alimentos y agua (solo en CSA4). Así, la mayor parte de la prevalencia se presentó en los centros sin registro de CONADIC, como puede verse en la siguiente gráfica.



Prevalencia, expresada en porcentaje, de diversas formas del maltrato en CSH1 y CSH6.

Esto contrasta con el hecho de que las personas responsables de los centros en cuestión refirieron que, respecto a la presencia de maltratos, “no se ha presentado ningún caso hasta el momento” y que, en caso de que alguna persona refiera haber sido víctima de malos tratos, tortura o cualquier tipo de abuso, “se investiga y valora la situación, notificando a la autoridad”. En cambio, mientras las personas entrevistadas señalaron al personal de este Mecanismo que en los centros referidos “Hay maltrato”, “hay maltrato verbal hacia ella y sus compañeros”, los mismos responsables, en el caso del CSA4, refirieron que:

“cuando un usuario presenta una conducta que va contra las reglas del centro, se le sanciona imponiéndole la realización de actividades de limpieza al interior del centro (barrer, lavar los baños, etc.) y en algunos casos se les suspende la visita familiar, de uno y hasta por tres fines de semana; además se les prohíbe fumar por uno o dos días. Que la imposición de las sanciones las determina él y los servidores”

Mientras que en CSA3 se indicó que:

“Se establece como parte del tratamiento un régimen de silencio a las personas usuarias, es decir, que no pueden entablar conversación alguna con ninguna de sus compañeras ni



con las servidoras, salvo cuando se encuentran en horario de oración y bajo la autorización de la directora del centro”

Todos estos datos concuerdan con la revisión documental realizada para la elaboración del presente informe respecto a los antecedentes de abusos y maltratos en centros residenciales de atención a personas con problemas de adicción a sustancias, lo cual ha derivado en clausuras de este tipo de establecimientos.

G. Derecho a un nivel de vida adecuado

Por último, todas estas irregularidades y vulneraciones a derechos fundamentales, se ven reflejadas en diversas deficiencias respecto a la calidad de la comida (CSA4), el acceso a condiciones sanitarias adecuadas, por ejemplo en CSA2, CSA3 y CSA4, en donde señaló que el baño no es diario, no se dan condiciones de privacidad durante el mismo y el cambio de ropa no es frecuente; y por último las condiciones del espacio, en particular en el CSA4 en donde se reportó que “No hay suficientes camas”, “Hacen falta camas, muchos compañeros duermen en colchones en el suelo”.

Este último caso es relevante pues las deficientes condiciones de estancia como celdas pequeñas o atestadas, confinamiento en solitario, condiciones antihigiénicas, falta de instalaciones sanitarias, administración irregular de alimentos y agua o de alimentos y agua contaminados y la negación de toda intimidad (numeral 145, inciso m) son contempladas en el Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes como métodos de tortura que deben ser tomados en cuenta.



VI. POSICIONAMIENTO

El hecho de que los centros cuenten o no con el registro ante el CONADIC hace una diferencia relevante, pues el centro que presentó mayores deficiencias y prevalencia de condiciones que limitan o niegan el derecho a la protección del derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria, derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria, derecho a la privacidad, protección de la libertad de pensamiento, conciencia y religión, derecho a un nivel de vida adecuado y al disfrute del más alto nivel posible del derecho a la salud.

VII. RECOMENDACIONES

Por todo lo anteriormente expuesto y fundado, tomando en cuenta que el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura tiene una acción esencialmente preventiva, a cuyo efecto, en atención a lo dispuesto por los artículos 72, 73, 78 fracción I y 81 de la Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos y Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes y 41 del Reglamento del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, realiza informes y derivado de estos, emite Recomendaciones a las autoridades competentes, de conformidad con lo que establecen los artículos 19, inciso b) y 22 del Protocolo Facultativo y con el objeto de mejorar el trato y las condiciones en que se encuentran las personas privadas de su libertad, así como prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, tomando en consideración las normas nacionales e internacionales en la materia, se emiten las siguientes RECOMENDACIONES:

A. A la Secretaría de Salud del Gobierno de México:

De mediano plazo

1. Establecer criterios con perspectiva de derechos humanos, género y enfoque diferenciado para el otorgamiento de licencias sanitarias de los establecimientos de atención residencial de personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos periódicos.
2. Establecer procedimientos y métodos para la manifestación del consentimiento informado y, en general, la manifestación de la voluntad de niñas, niños y adolescentes con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos que requieren tratamiento residencial especializado, otorgando, de ser necesario, medidas de nivelación o acciones afirmativas que permitan a las personas que, por alguna causa tengan un deterioro cognitivo que les impida otorgar dicho consentimiento.
3. Modificar la NOM-028-SSA2-2009, a fin de que se realicen medidas de protección específicas tendientes a garantizar, promover y respetar los derechos humanos de las personas en situación de vulnerabilidad que se encuentran en los establecimientos especializados en adicciones, mediante la generación de acciones afirmativas para su mayor protección.

De largo plazo

4. Organizar foros y mesas de trabajo de cara a la reformulación de los criterios para el internamiento involuntario de personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos que requieren tratamiento residencial



especializado, contenidos en la NOM-028-SSA2-2009, con el fin de que estos cumplan con los más altos estándares de protección a los derechos humanos, en particular respecto al derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y el derecho a no sufrir detención arbitraria.

B. A la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios

Inmediatas

1. En conjunto con la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), hacer efectiva la instalación y operación de las Comisiones Mixtas de Supervisión a los establecimientos residenciales de atención a las adicciones, para tomar las medidas necesarias como consecuencia de los incumplimientos a la normatividad vigente, previamente expuestos.

De mediano plazo

2. Implemente las acciones necesarias para obtener y difundir el padrón de todas las instituciones u organismos públicos y privados que realicen actividades de prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de adicciones a los que se les haya extendido aviso de funcionamiento y responsable sanitario, especificando si dichas instituciones u organismos proporcionan tratamiento residencial.

C. A la Comisión Nacional Contra las Adicciones

Inmediatas

1. En conjunto con la Comisión Federal para la Prevención contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), hacer efectiva la instalación y operación de las Comisiones Mixtas de Supervisión a los establecimientos residenciales de atención a las adicciones, para tomar las medidas necesarias como consecuencia de los incumplimientos a la normatividad vigente previamente expuestos.

De mediano plazo

2. Formular los Lineamientos Nacionales para el Ingreso Involuntario a Establecimientos Residenciales de Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones y los Lineamientos Nacionales para el Traslado Involuntario de Personas a Establecimientos Residenciales de Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones con base en los más altos estándares de protección a los derechos humanos, en particular respecto al derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y el derecho a no sufrir detención arbitraria.
3. Diseñe e implemente campañas de difusión en medios que informe a la sociedad sobre los centros que cumplen con la normatividad vigente, y sobre el respeto a los derechos humanos de personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos que requieren tratamiento residencial especializado, en particular sobre el derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
4. Establecer criterios de supervisión, reconocimiento y ratificación de los Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones que incorporen la perspectiva de derechos humanos, género y enfoque diferenciado, y que contemplen expresamente la prohibición absoluta de la tortura y penas o tratos



cruels, inhumanos o degradantes consignada en el Artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y 20, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

De largo plazo

5. Elaborar, formular y publicar los Lineamientos y Formatos correspondientes a las entrevistas a personas usuarias contempladas como parte del proceso de reconocimiento y ratificación de los Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones, estableciendo como criterio para determinar el número de entrevistas a realizar que sea proporcional al número de personas internadas en el establecimiento al momento de la visita de supervisión. Estos Lineamientos deberán considerar las directrices contenidas en el Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (Protocolo de Estambul) respecto a la seguridad de los testigos (numerales 95-97) y a las visitas oficiales a los centros de detención (numerales 127-134).

D. A la Secretaría de Salud del Estado de Aguascalientes

Inmediatas

1. Publicitar en los medios de comunicación al alcance de la comunidad las directrices de respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas que se encuentran privadas de la libertad en establecimientos para rehabilitación por adicciones, específicamente donde se especifique la prohibición de discriminación basada en origen étnico, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, creencia religiosa, preferencias sexuales, estado civil; así como también la prohibición de cualquier agresión física, moral o psicológica, tortura, mutilación, abuso sexual, así como toda conducta que atente contra la vida o la integridad de las personas.
2. Garantizar que la aprobación de la apertura y funcionamiento de centros de rehabilitación y tratamiento, así como su supervisión periódica, por parte de la Secretaría de Salud, ya sean centros públicos o de la iniciativa privada, tenga como base la perspectiva de derechos humanos, género y enfoque diferenciado.

De mediano plazo

3. Elaborar, en caso de no existencia, y publicitar en los medios de comunicación al alcance de la comunidad, los procedimientos de verificación a los Establecimientos para la Rehabilitación de Personas con Adicciones que se realizan en el Estado de Hidalgo, buscando privilegiar el respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas, teniendo comunicación con el exterior, quedando prohibido cualquier acto de discriminación basada en origen étnico, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, creencia religiosa, preferencias sexuales, estado civil, también cualquier agresión física, moral o psicológica, tortura, mutilación, abuso sexual, así como toda conducta que atente contra la vida o la integridad de las personas.
4. Elaborar un informe sobre la situación actual de todos los centros de este tipo que se encuentran en la entidad, con la perspectiva de derechos humanos, género y enfoque diferenciado.



De largo plazo

5. Elaborar, en caso de que no exista, y publicar en los medios de comunicación a su alcance, el Programa Estatal contra la farmacodependencia, asegurándose de que éste cuente con perspectiva de derechos humanos, género y enfoque diferenciado.
6. Establecer mecanismos de supervisión de los establecimientos de atención residencial de personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos periódicos, con perspectiva de derechos humanos, género y enfoque diferenciado.

E. A la Comisión Estatal Contra las Adicciones (CECA) de Aguascalientes

Inmediatas

1. En coordinación con CONADIC, elaborar e implementar lineamientos para la supervisión permanente y sistemática de los establecimientos de atención a las adicciones del estado, con perspectiva de género, enfoque diferencial, derechos humanos y no discriminación.
2. Realizar inspecciones permanentes y sistemáticas a los establecimientos de atención a las adicciones.
3. Publicar periódicamente los resultados de dichas inspecciones a fin de que se conozca el avance de la supervisión de los establecimientos.

F. Al Gobierno del Estado de Aguascalientes

De mediano plazo

1. Dotar de atribuciones al CECA a fin de que realice periódica y sistemáticamente supervisiones a los establecimientos de atención a las adicciones, con el fin de que, de manera periódica, este organismo lleve a cabo visitas de supervisión a los centros o establecimientos especializados contra las adicciones, tanto públicos, como privados, con el fin de garantizar los derechos humanos de las personas internadas en esos lugares, en especial, su derecho a la integridad personal.

En atención a lo dispuesto por los artículos 72, 73, 78 fracción I y 81 de la Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos y Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes y 22 del Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, se presenta este Informe de Supervisión del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, cuya adscripción por parte del Estado Mexicano fue conferida a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, como un área independiente de las Visitadurías que integran a la misma.

Atento a lo que señala el artículo 42 del Reglamento del Mecanismo Nacional de Prevención del Tortura, en un plazo de treinta días naturales, contados a partir de la notificación del citado informe, deberá comunicar una respuesta formal a este Mecanismo sobre dichas recomendaciones, a las que se les dará seguimiento, a través de las respectivas visitas que para ese efecto realice, con el fin de verificar el cumplimiento de las recomendaciones emitidas.



Para la atención y cumplimiento cabal de las presentes recomendaciones, conforme al Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, en su artículo 22:

“Las autoridades competentes del Estado Parte interesado examinarán las recomendaciones del Mecanismo Nacional de Prevención y entablarán un diálogo con este Mecanismo acerca de las posibles medidas de aplicación”.

Se solicita a las autoridades la designación de una persona en calidad de responsable, con capacidad de decisión suficiente, para entablar un diálogo con personal de este Mecanismo Nacional (Periférico Sur 3453, Piso 9, San Jerónimo Lídice, Magdalena Contreras C.P. 10200, Ciudad de México, Tels.: (55) 5681 8125 y (55) 5490 7400, ext. 1808, 1768, 1769).

Mtra. María del Rosario Piedra Ibarra
Presidenta de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos
y del Comité Técnico del MNPT