

MNPT



MECANISMO NACIONAL DE
PREVENCIÓN DE LA TORTURA

INFORME DE SUPERVISIÓN ISP- 05/2020 DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA



CNDH
M É X I C O



**INFORME DE SUPERVISIÓN ISP-05/2020
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
MORELOS.**

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.**

**Gobernador Constitucional del Estado de
Morelos.**

**Secretaría de Salud del Estado de
Morelos.**

**Comisión Estatal Contra las Adicciones
de Morelos.**

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 Morelos:

- **Centro “Psicoterapia y Adicciones”, S.C.**
- **Clínica Residencial “Albatros”, S.C.**
- **Centro de Rehabilitación con Albergue Mixto “Nuevo Horizonte”, A.C.**
- **Centro de Rehabilitación Integral en Adicciones “Vive Mejor”, A.C.**
- **Fundación “Mi otro yo”, A.C.**
- **Centro de Rehabilitación para Adictos “Proyecto Ave Fénix 2000”, A.C.**
- **Clínica de Rehabilitación “Paraíso”, S.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.....	15
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.....	26
C.	Información de los centros con registro y sin registro por el CONADIC	26
D.	Perfil demográfico de las personas adultas	27
E.	Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud	29
1.	Reducción de daños	29
	REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS CENTROS	38
V.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	44
A.	Registro ante la CONADIC.....	44
B.	Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud	44
C.	Consentimiento voluntario e informado y derecho a no sufrir detención arbitraria	45
D.	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	47
VI.	POSICIONAMIENTO	48
VII.	RECOMENDACIONES	48



A.	A la Secretaría de Salud del Gobierno de México:	48
	De mediano plazo	48
	De largo plazo	49
B.	A la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)	
	49	
	Inmediatas	49
	De mediano plazo	49
C.	A la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC)	49
	Inmediatas	49
	De mediano plazo	49
	De largo plazo	50
E.	A la Secretaría de Salud del Estado de Morelos	50
	Inmediatas	50
	De mediano plazo	50
	De largo plazo	51



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, inhumanas 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, inhumanas 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**).

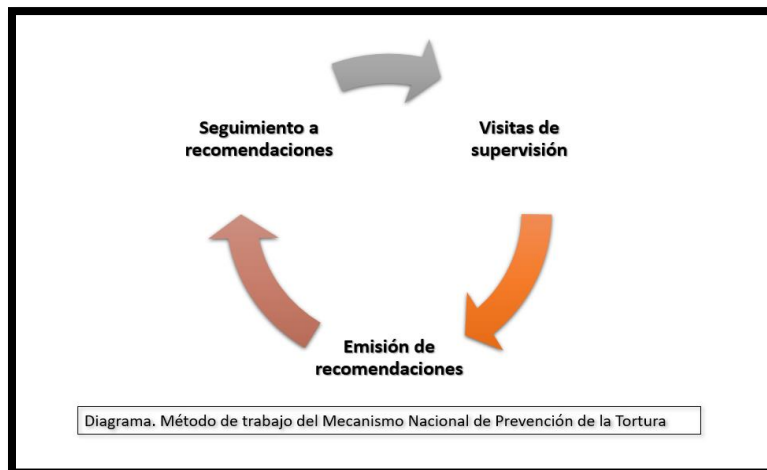


Figura 1. Diagrama del método de trabajo del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

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.

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.

Además, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, ha señalado que se entiende entre esta categoría de persona privada de la libertad, no sólo a las personas privadas de libertad por delitos o por infracciones e incumplimientos a la ley, ya sean éstas procesadas o condenadas, sino también a las personas que están bajo la custodia y la responsabilidad de ciertas instituciones, tales como: hospitales psiquiátricos y otros establecimientos para personas con discapacidades físicas, mentales o sensoriales; instituciones para niños, niñas y adultos mayores; centros para migrantes, refugiados, solicitantes de asilo o refugio, apátridas e indocumentados; y cualquier otra institución similar destinada a la privación de libertad de personas⁷.

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 Tortura⁸ y la Ley General para

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

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

⁷ CIDH, Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, Disposición General.

⁸ Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-51.html>



Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes⁹.

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 Cruelles, 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. 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).	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 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)

⁹ Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPIST_260617.pdf



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 particulares¹⁰. 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”¹¹.

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

¹⁰ Fuente: <https://www.cndh.org.mx/cndh/funciones>

¹¹ Fuente: https://www.hchr.org.mx/images/Tortura_IBA_ONUDH_WEB.pdf



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”**¹² (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 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 (Corte IDH):

“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*¹³, subrayó **que la responsabilidad estatal también**

¹² Fuente: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r25129.pdf>

¹³ 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



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 Convención¹⁴, mientras que la Comisión Interamericana señaló 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

¹⁴ 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
- V. excepcionales, y serán sometidos a un tratamiento adecuado a su condición de personas no condenadas.
- 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



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 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 89¹⁵).

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 88¹⁶).

¹⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia de 4 de julio de 2006.

¹⁶ *Idem*.



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 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 cerebro¹⁷.
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.

¹⁷ Fuente: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>



- 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, respetando su dignidad y autonomía (numeral 105¹⁸). 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 intimidación 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 107¹⁹).

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

¹⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, Sentencia de 4 de julio de 2006.

¹⁹ Idem.



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.

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 periodísticas²⁰, han puesto en evidencia el maltrato físico y emocional que tiene lugar al interior de estos lugares, entre 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)²¹
- 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)²²**. En

²⁰ 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). 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-drogas-angela/>

²¹ Fuente: <https://undocs.org/es/A/65/255>

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



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)**²³. 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.

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**).

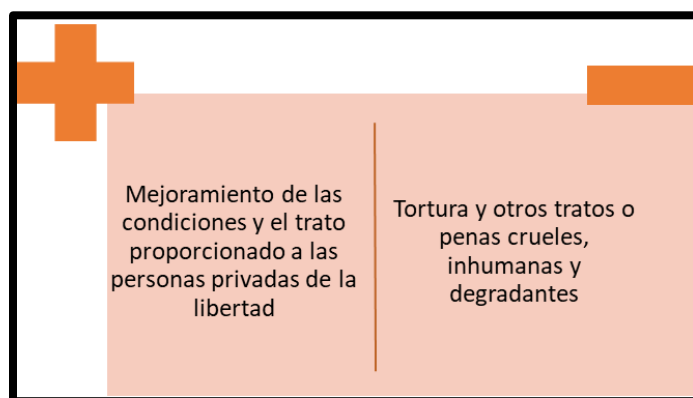


Figura 2. Relación entre condiciones, trato y tortura.

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 y posteriormente indicaremos el procedimiento de recolección de información y análisis de los datos.

²³ Fuente: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10439.pdf>



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”²⁴. 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**).

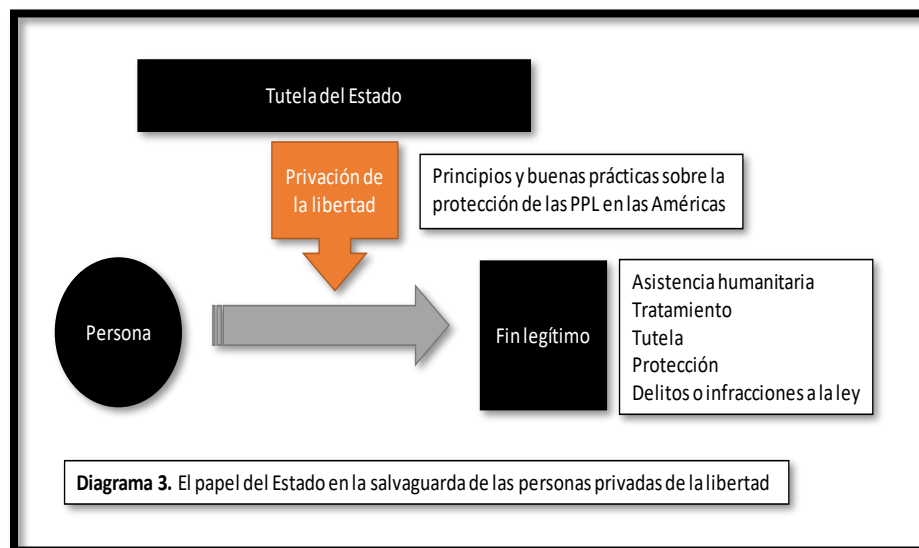


Figura 3. Diagrama del papel del Estado en la salvaguarda de las personas privadas de la libertad.

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

²⁴

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 acción²⁵”. 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
Derecho a un nivel de vida adecuado		Capacitación a proveedores de servicios de salud
	Derecho a una alimentación adecuada	
	Derecho a vestido adecuado	
Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	Derecho a una vivienda adecuada	
	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	
Derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria	Vigilancia de las prácticas de tratamiento de la dependencia de drogas	
	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	
Derecho a la privacidad	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	
	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	

²⁵ 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



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
	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 degradantes²⁶, 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.²⁷

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

²⁶ 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).

²⁷ 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.



Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes” (Artículo 72 de la LGPIST²⁸)

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 probabilidad de que un hecho, en general adverso, se produzca²⁹”, 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” (PPL), 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”³⁰.

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 Unidas³¹.

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?**

²⁸ Fuente: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPIST_260617.pdf

²⁹ 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

³⁰ 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.

³¹ En los casos particulares, el MNPT tiene el seguimiento a casos.



10. ¿Ha sido víctimas de abuso sexual o tocamientos por parte de alguien del establecimiento?

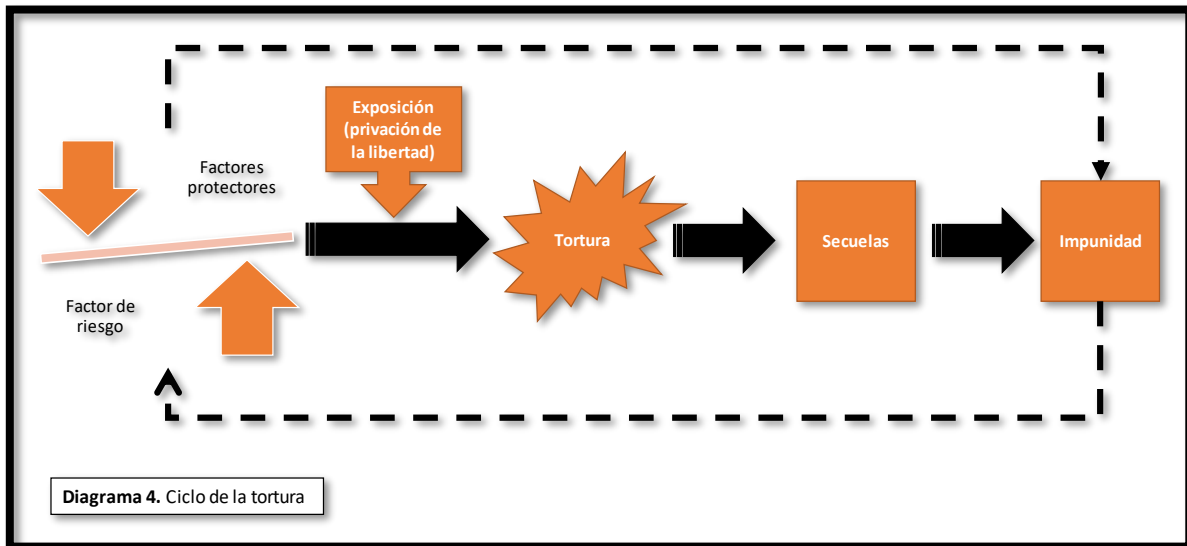


Figura 4. Ciclo de la tortura.

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 4). 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 15 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
Centro Psicoterapia y Adicciones, S.C.	2
Clínica Residencial “Albatros, S.C.”	1
Centro de Rehabilitación con Albergue Mixto “Nuevo Horizonte, A.C.”	5
Centro de Rehabilitación Integral en Adicciones “Vive Mejor, A.C.”	7
Total de entrevistas realizadas	15

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 Reconocidos³², 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 15 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 (CSM#, Centro Supervisado Morelos 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 la Ley de Salud del Estado de Morelos, el estado cuenta con un Programa contra las adicciones que comprende el *Programa contra el alcoholismo y el abuso de las bebidas alcohólicas*, el *Programa contra el tabaquismo*, y el *Programa contra la farmacodependencia*; la ejecución de dichos programas está a cargo del Gobierno del Estado y de la Secretaría de Salud Federal, y contempla las siguientes acciones: prevención y tratamiento, educación preventiva sobre el uso de estupefacientes, educación y orientación familiar para reconocer los síntomas de la dependencia a sustancias, y la atención médica, psicológica y psiquiátrica a personas con cualquier tipo de adicción (p.95). Por otro lado, el Acuerdo que crea el Consejo Estatal Contra las Adicciones, del estado de Morelos establece la creación del Consejo Estatal Contra las Adicciones como un organismo público y sectorizado a la Secretaría de Salud, “para la promoción y apoyo de las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia, así como proponer y evaluar los programas estatales en contra de

³² Fuente: <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/conadic-cuenta-con-un-directorio-nacional-de-establecimientos-residenciales-de-atencion-a-las-adicciones-reconocidos>



estas adicciones” (p.3). Pese a esto, el estado no cuenta con alguna regulación específica referente a los centros de tratamiento de adicciones, sean públicos o privados.

El Gobierno de México, a partir de 1982, por decreto presidencial, incluyó a Centros de Integración Juvenil (CIJ) como una institución dedicada a la prevención, tratamiento, rehabilitación, investigación científica y formación de especialistas en materia de consumo de drogas. Su presencia en el municipio de Cuernavaca, Morelos, ha logrado generar un diagnóstico que concluye que “En el Municipio de Cuernavaca las instituciones públicas y privadas que atienden y cuentan con personal profesional médico, de trabajo social, psicológico y otras áreas, además de personal no profesional que realizan acciones en la prevención y tratamiento contra las adicciones. Las actividades consisten en la difusión, información, sensibilización y canalización para la prevención en consumo de sustancias psicoactivas (SPA), principalmente en población infantil y juvenil, en planteles educativos o con población cautiva”. De forma general, este diagnóstico resalta la influencia positiva que ha tenido la implementación de tratamiento de adolescentes y adultos en conflicto con la ley y su consumo de sustancias en el estado de Morelos; así mismo, señala que la implementación de diversos programas sociales, como el *Programa de Escuela Segura*, ha generado resultados positivos en la reducción del consumo de sustancias.

La búsqueda documental referente al tratamiento y rehabilitación de las adicciones en el estado de Morelos arrojó que, a lo largo del estado existen diversas asociaciones encargadas de proveer servicios de rehabilitación a personas usuarias de sustancias. Por mencionar algunas, se encontró la presencia del centro “RENOVADIC”, A.C, el cual es un centro de atención y rehabilitación de adicciones conformado por especialistas en los campos médicos, psicológico y administrativo que generan estrategias de prevención y diseñan programas de tratamiento de adicciones. La página oficial del dicho centro menciona que sus actividades se apegan a la NOM-028, en materia de adicciones, cumpliendo con normas sanitarias, de seguridad y terapéuticas establecidas. Otro centro que opera en el estado de Morelos es el Centro de Rehabilitación “Vista Hermosa”, A. C., el cual, además de ofrecer servicios de atención a adicciones, cuenta con una gama amplia de servicios de carácter psicológico brindados por personal certificado.

En el caso específico de la atención a adolescentes, Morelos cuenta con el *Tribunal de Adicciones para Adolescentes* (TTAA), el cual es un programa del Tribunal Unitario de Justicia para Adolescentes del Estado de Morelos, y cuya principal función es la rehabilitación médica y psicológica de adolescentes que consumen algún tipo de droga, mediante el apoyo integral a los adolescentes y a sus familias, desde la perspectiva de la justicia terapéutica y restaurativa. El programa es gratuito y consta de 5 etapas que van desde la detención del adolescente en conflicto con la ley, hasta su inclusión del programa, su tratamiento y graduación. Los aspectos generales de cada etapa son los siguientes: Etapa 1- Evaluación integral y adherencia terapéutica, con duración aproximada de 2 meses; Etapa 2- Tratamiento intensivo, con duración aproximada de 4 meses; Etapa 3- Mantenimiento, con una duración aproximada de 3 meses; Etapa 4- Rehabilitación, reinserción y prevención o seguimiento, con duración aproximada de 3 meses; y Etapa 5- Graduación.

Referente a malos tratos y abusos en centros de rehabilitación de adicciones en el estado de Morelos, se tiene registro que en noviembre del 2020, el centro de rehabilitación de adicciones “Proyecto Murdoc”, A. C., en el municipio de Yautepec, fue clausurado debido a denuncias ciudadanas de los vecinos que sostenían que en dicho centro se llevaban a cabo



prácticas no adecuadas para los internos, tras éstas, las direcciones de Protección Civil, Licencias y Reglamentos realizaron la clausura del lugar.

B. Centros supervisados

Tabla 4. Datos de identificación de los centros supervisados.

Clave	Nombre legal del establecimiento	Domicilio
CSM1	Centro "Psicoterapia y Adicciones", S. C.	Av. Paseo del Conquistador número 52, Col. Maravillas, C. P. 62230; Cuernavaca, Morelos
CSM2	Clínica Residencial "Albatros", S.C.	Calle Acueducto número 9, Col. Atlacomulco, C. P. 62560; Jiutepec, Morelos
CSM3	Centro de Rehabilitación con Albergue Mixto "Nuevo Horizonte", A. C.	Calzada de Guadalupe, esq. Magnolias, Col. Lomas del Carril, C. P. 52583; Temixco, Morelos
CSM4	Centro de Rehabilitación Integral en Adicciones "Vive Mejor", A. C.	Calle Privada Miguel Hidalgo número 1, Col. Centro, C. P. 62580; Temixco, Morelos
CSM5	Fundación "Mi otro yo", A.C.	Calle Miguel Hidalgo número 52, Col. Atlacomulco, C.P. 62560, Jiutepec, Morelos
CSM6	Centro de Rehabilitación para Adictos "Proyecto Ave Fénix 2000", A. C.	Higueras número 3, Colonia Pedregal de las Fuentes, C.P. 625554, Jiutepec, Morelos
CSM7	Clínica de Rehabilitación "Paraíso", S. C	Avenida Las Palmas número 126, Colonia Bellavista, Código Postal 62140, Cuernavaca Morelos

C. Información de los centros con registro y sin registro por el CONADIC³³

Tabla 5. Centros con registro y sin registro por el CONADIC.³⁴

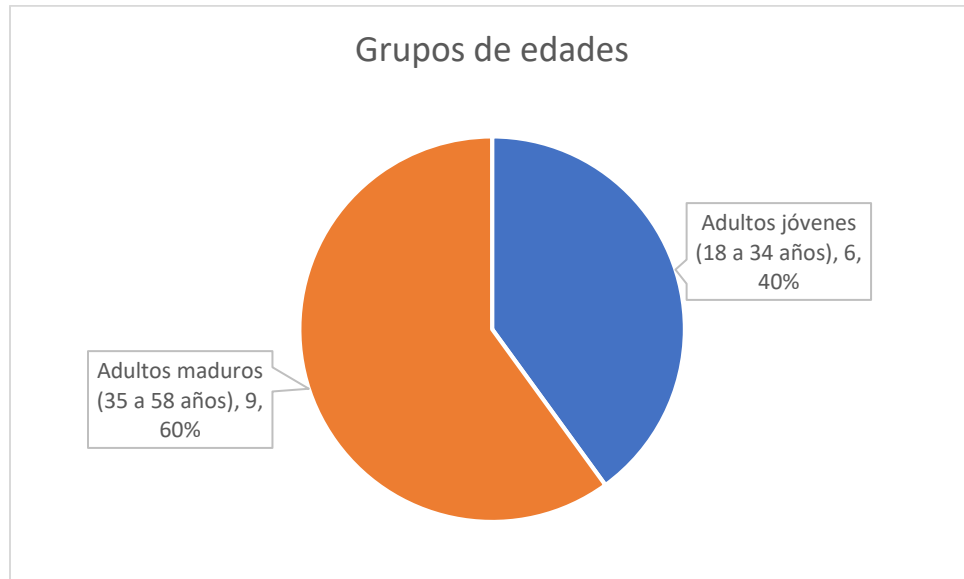
Clave	Registro	Tipo de establecimiento	Sexo de la población atendida	Rango de edad	Duración del tratamiento	Costo	Fecha de vencimiento del Reconocimiento
CSM1	No	-	-	-	-	-	-
CSM2	No	-	-	-	-	-	-
CSM3	No	-	-	-	-	-	-
CSM4	No	-	-	-	-	-	-
CSM5	No	-	-	-	-	-	-
CSM6	No	-	-	-	-	-	-
CSM7	Si	Mixto	Ambos	18 - 59 años (adultos) y 60 y + (adultos mayores)	Otro	65,000 pesos (cuota fija)	2020

³³ 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

³⁴ No se tiene información en las celdas "tipo de establecimiento, sexo de la población atendida, rango de edad, duración del tratamiento, costo y fecha de vencimiento del reconocimiento" para los centros CSM1, CSM2, CSM3, CSM4, CSM5 y CSM6 al no tener registro ante CONADIC.

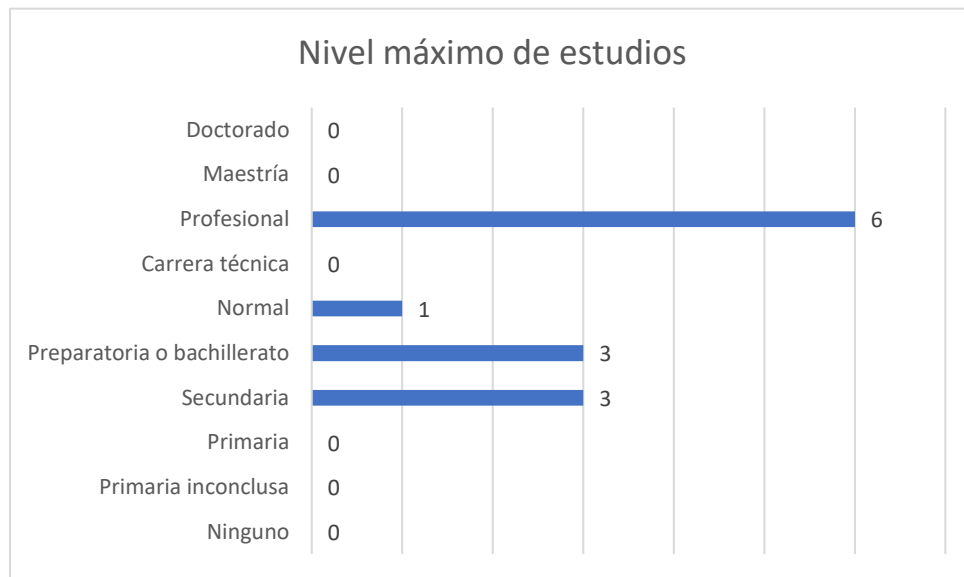


D. Perfil demográfico de las personas adultas



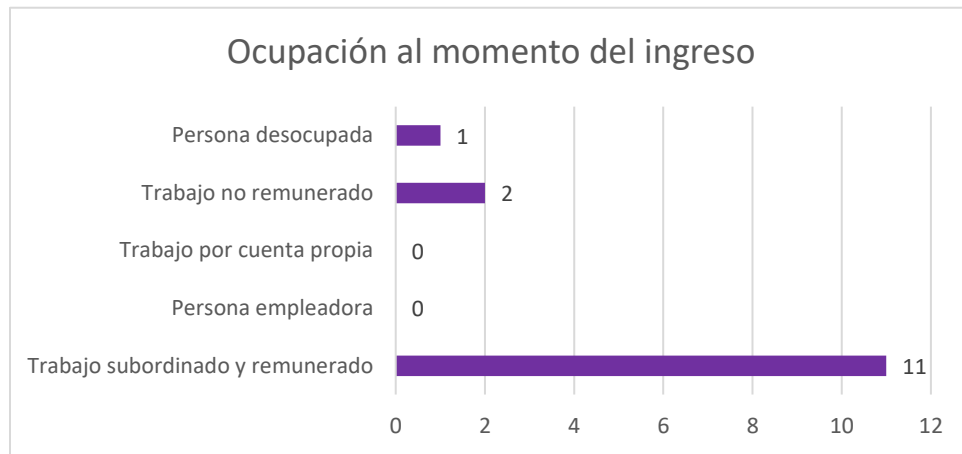
Gráfica 1. Grupos de edades de las personas adultas privadas de la libertad.

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 maduros (35 a 58 años), en un 60%, en contraste con un 40% de población de adultos jóvenes, sin contar con población mayores a 60 años en los centros visitados.



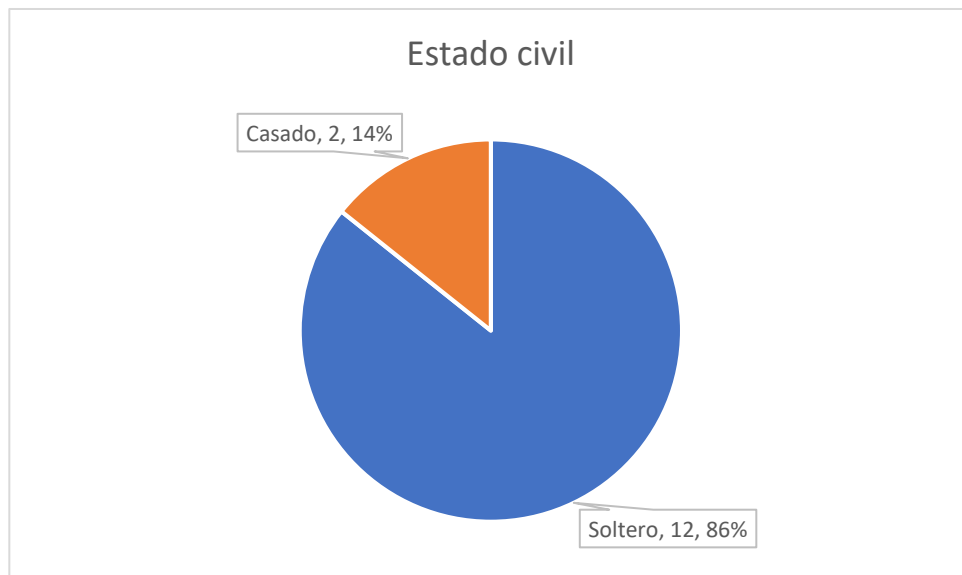
Gráfica 2. Nivel máximo de estudios de las personas adultas privadas de la libertad.

El nivel educativo predominante en las personas entrevistadas es el profesional, seguido de la educación media (secundaria) y media superior (preparatoria y bachillerato), en igual porcentaje.



Gráfica 3. Ocupación al momento del ingreso de las personas adultas privadas de la libertad.

Cabe destacar que derivado de las observaciones realizadas durante las visitas de supervisión, se constató que el 73% de los entrevistados se desempeñaban como personas económicamente activas, por medio de un trabajo remunerado; seguido de un 13% de personas con un trabajo no remunerado; el 7% de las personas manifestó encontrarse desempleada, y una persona se abstuvo de brindar respuesta al cuestionamiento.



Gráfica 4. Estado civil de las personas adultas privadas de la libertad.

Sobre el **estado civil** de las personas adultas privadas de la libertad, tenemos que el número más alto es de personas solteras, con un 86%, seguido de un 14% de personas casadas, sin reportarse personas en unión libre.



E. 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

Tabla 6. Disponibilidad y accesibilidad de los servicios de reducción de daños.

Centros	Reducción de daños	
	Disponibilidad y accesibilidad de los servicios de 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)
CSM1	50	-
CSM2	100	-
CSM3	60	"Se les habla de la manera que puedan ser controlados". "Se les aísla o lleva al médico".
CSM4	33.33	"responsable de área". "La persona no fue atendida cuando se volvió agresiva, hubo personas que la sometieron".

Con relación a la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de reducción de daños, encontramos que existe una **alta prevalencia** (mayor al 50% de reporte por las personas entrevistadas) **de situaciones de crisis en los centros CSM1, CSM2 Y CSM3**.

Destacando que solo en CSM3 y CSM4 se brindó referencia sobre **las intervenciones** específicas ante la presencia de crisis (en CSM4 reportando la negativa de atención médica y sometimiento por parte de las personas presentes), mientras que en el centro CSM3 se gestionan las crisis **"amonestando de manera verbal"** y **"se les aísla"**.

1. Tratamiento de la dependencia de drogas

a. Disponibilidad y accesibilidad de servicios de tratamiento

Tabla 7. Disponibilidad y accesibilidad de los servicios de tratamiento.

Centros	Tratamiento de la dependencia de drogas		
	Disponibilidad y accesibilidad de los servicios de tratamiento		
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportó haber sido revisado médicamente al ingresar al centro (24)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportó prescripción de medicamentos por profesional médico (34)	Porcentaje de personas que refirió habersele ofrecido algún tipo de atención en salud mental (37)
CSM1	100	50	100
CSM2	100	100	100



CSM3	80	80	80
CSM4	71.42	85.71	57.1

En cuanto al tratamiento de la dependencia de drogas, en particular la atención médica, encontramos que en todos los centros se reportó la prescripción de medicamentos por médicos/as profesionales; sin embargo, estos datos fueron proporcionados en distinto porcentaje con relación a cada centro, ya que, en el CSM4, el 14.29% de las personas entrevistadas indicaron que alguien más les proporcionó medicamentos.

Estos tratamientos se relacionan con la evaluación médica al ingreso, la cual se realizó a todas las personas entrevistadas en el CSM1 y el CSM2, mientras que el 20% y 14.3% de los CSM3 y CSM4, respectivamente, manifestaron no haber sido revisados por personal médico a su ingreso.

Al respecto, al cuestionarles a las personas encargadas de los centros sobre el tipo de modelo de atención que implementan, en ningún caso se señaló el de reducción de daños, coincidiendo todos con señalar que aplicaban el modelo *Minnesota*, los “12 pasos”, la “ayuda mutua” y, en algunos casos, se mencionó terapia “cognitivo conductual”. Todas las personas entrevistadas refirieron que el objetivo del tratamiento era la “abstinencia total”.

En contraste, el ofrecimiento de servicios de salud mental, en su totalidad, se reportó en el CSM1 y CSM2; seguido del 80% en el CSM3. Llama la atención que en el CSM4 sólo el 57.1% de las personas entrevistadas refirieron que se les ofreció este tipo de atención.

b. Consentimiento voluntario e informado

Tabla 8. Consentimiento voluntario e informado.

Centros	Tratamiento de la dependencia de drogas				
	Consentimiento voluntario e informado				
	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 informado (14)	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 se les informó para qué es y sus posibles efectos secundarios (32)
CSM1	100	100	100	100	-
CSM2	100	100	100	100	100
CSM3	100	100	100	60	80
CSM4	71.42	40	71.42	57.14	14.28



Sobre el **ingreso voluntario**, este se reportó, en un 100%, en los CSM1, CSM2 y CSM3; mientras que en el CSM4 fue del 71.42%. Este dato coincide con lo indicado sobre la firma de formatos de consentimiento informado, con excepción del CSM4, en donde, un poco menos de la mitad de las personas entrevistados que refirieron encontrarse de manera voluntaria, reportaron haber realizado este procedimiento.

Por otra parte, encontramos la coincidencia entre la firma de consentimiento informado y la recepción de información sobre derechos. Así mismo, la información sobre la duración del tratamiento y el momento del egreso presenta menores porcentajes de reporte positivo en los CSM3 y CSM4, lo cual fue indicado por poco más de la mitad de las personas entrevistadas.

En los CSM1 y CSM2 se observó que las personas privadas de la libertad han tenido información adecuada desde su ingreso voluntario, apegado a la norma, al conocer sus derechos, durante su internamiento, siendo relevante indicar que en cuanto al tipo y efectos de los tratamientos que se les administran, así como, el tiempo de su internamiento, no es informado a toda la población de los CSM3 y CSM4.

Sólo la totalidad de las personas entrevistadas en el CSM2 indicaron que se les informó de los efectos secundarios del medicamento brindado en el centro, seguido en porcentaje del CSM3. Resalta que, en el CSM4, se expresó una constante la falta de información en todos los rubros referentes al tratamiento.

A. Derecho a un nivel de vida adecuado

1. Derecho a una alimentación adecuada

Tabla 9. Derecho a una alimentación adecuada.

Centros	Derecho a un nivel de vida adecuado	
	Derecho a una alimentación adecuada	
	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 regular o mala (68)
CSM1	-	-
CSM2	-	-
CSM3	100	40
CSM4	100	42.85

Si bien solo los centros CSM3 y CSM4 reportaron, por lo menos, el suministro de 3 alimentos diarios, la percepción de la calidad de los alimentos es variable: reportando la menor satisfacción sobre este rubro en los mismos, pues el 40% y el 42.85%, respectivamente, refirió que la calidad de la comida era de regular a mala. Cabe destacar que en el CSM1 y CSM2 las personas entrevistadas no indicaron una cantidad específica de alimentos.

2. Derecho a vestido adecuado



Tabla 10. Derecho a un vestido adecuado.

Centros	Derecho a un nivel de vida adecuado		
	Porcentaje de personas que reportaron considerar podían bañarse y cambiarse con regularidad y privacidad (61)	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)	Porcentaje de personas que reportó tener oportunidad de lavar su ropa con regularidad (65)
CSM1	100	100	100
CSM2	100	100	100
CSM3	80	80	100
CSM4	71.42	42.85	71.42

De los resultados obtenidos, sobresale la relación entre la privacidad para bañarse y cambiarse la vestimenta, con el acceso a productos de higiene personal y ropa limpia, como ejemplifican los CSM1, CSM2 y CSM3, en la tabla que antecede. Los porcentajes son inferiores en los 3 rubros en las entrevistas a personas del CSM4, en el que los porcentajes muestran que el 71.42% de las personas reportaron poder bañarse y cambiarse con regularidad y no tener oportunidad de lavar su ropa con regularidad; mientras un porcentaje menor, 42.85% refirió tener oportunidad de acceder, ante la ausencia de estos insumos, a ropa y artículos de higiene personal.

3. Derecho a una vivienda adecuada

Tabla 11. 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 reportaron que hay quienes han tenido que dormir en el suelo o en posiciones incómodas (55)	Observaciones sobre el centro
CSM1	100	100	100	100	-
CSM2	-	-	100	100	-
CSM3	100	100	100	20	-
CSM4	85.71	57.14	42.85	14.28	“En general es un establecimiento de rehabilitación muy bueno, lo único que no me gusta es la forma en que ingresas, que es a la fuerza”.



					“Hay un baño que siempre está sucio por cuestión de un usuario que ya es mayor de edad, se hace el esfuerzo de limpiar este baño, pero el olor a orina no se va”.
--	--	--	--	--	---

En este rubro 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 CSM1 y CSM3, observando que, con relación a estos rubros, el CSM4 reportó los más bajos porcentajes. Con respecto a los espacios dentro de las instalaciones, en CSM1 y CSM2, la totalidad de las personas entrevistadas manifestaron haber tenido que dormir en el suelo o posiciones incómodas, mientras que en los CSM3 y CSM4 menos del 20% reportó esta situación; absteniéndose de brindar una respuesta el 28.57% de la población del CSM4.

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

1. Abolir castigos corporales

Tabla 12. Abolir castigos corporales.

Centros	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes				
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportó haber recibido o presenciado maltratos por parte del personal del establecimiento (82)	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 o (83.1)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de sujeción física por parte de alguien del establecimiento (83.4)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de amenazas por parte de alguien del establecimiento (83.3)
CSM1	50	100	-	-	-
CSM2	-	-	-	-	-
CSM3	80	-	-	20	-
CSM4	85.71	14.28	14.28	14.28	-

En cuanto al reporte de la **aplicación de sanciones o castigos** (malos tratos, aislamiento, golpes, sujeción física y amenazas), solo en el CSM2 no se encontró ninguna referencia al respecto. Una situación diferente se documentó en CSM1 y CSM3, donde se reportó la presencia de aislamiento y malos tratos en el primero, mientras que en CSM3 se reportó maltrato por parte de alguien del establecimiento.

En el caso particular de CMS4 se reportó el uso del aislamiento como forma recurrente de sanción, así como sujeciones físicas, golpes y maltratos.



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

Tabla 13. 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)
CSM1	-	-
CSM2	-	100
CSM3	No	100
CSM4	No	85.71

Con relación a la garantía del acceso a los medicamentos esenciales para el tratamiento, se reportó que el tiempo de espera con malestar o dolor fue “oportuno” en los CSM3 y CSM4 (en su totalidad). Mientras que el 100% de los usuarios de los CSM 2 y CSM3 refirieron que el medicamento o atención fue suficiente para mejorar el dolor o malestar ante alguna dolencia, en el CSM4 la eficacia del medicamento o atención proporcionada se reportó como suficiente solo en el 85.71%.

C. 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

Tabla 14. 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
CSM1	“Mi mujer me trajo”. “Papá”.
CSM2	-
CSM3	-
CSM4	“Me trajeron a la fuerza”.

En la garantía de no ser detenido únicamente por el uso o dependencia de las drogas, se manifestaron irregularidades en CSM1 y CSM4.

Al respecto, en el CSM1, a pesar de contar con ingresos voluntarios, las personas entrevistadas manifestaron que la iniciativa de su ingreso fue externada por parte de un integrante de su familia nuclear. En el caso del CSM4 se manifestó que una persona usuaria fue llevada a la fuerza, a las instalaciones.

Esta situación no se reportó por las personas entrevistadas en el resto de los centros.

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



Tabla 15. 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)
CSM1	14	31	22.5
CSM2	-	-	-
CSM3	17	31	27.5
CSM4	2	248	115.71

Como se observa, en CSM4 se encontró una media de internamiento de 116 días, observando casos de estancia de entre 6 a 8 meses de internamiento, al momento de la entrevista.

D. Derecho a la privacidad

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

Tabla 16. 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 revisión médica fue en condiciones de privacidad (25)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportó haber podido comunicarse con su familia o con personas de su confianza (18)	Porcentaje de personas entrevistadas que indicaron que su familia o personas de confianza han podido visitarle (19)	Porcentaje de personas entrevistadas que indicaron que el personal del centro le ha apoyado para comunicarse al exterior del centro (20)	Porcentaje de personas entrevistadas que refirieron ser libres de dormir o descansar a la hora que usted desee (56)	Porcentaje de personas entrevistadas que se le retuvieron sus pertenencias cuando ingresó (58)	Porcentaje de personas entrevistadas que indicaron que son libres de no participar en las actividades organizadas en el establecimiento (72)
CSM1	100	100	100	100	100	100	100
CSM2	100	100	100	-	100	100	100
CSM3	100	60	60	100	40	40	80
CSM4	100	71.42	57.14	71.42	66.66	71.42	71.42

Sobre la prevención de la interferencia en la privacidad, la vida familiar y la comunicación con el exterior, en lo que respecta al tema de la privacidad durante la revisión médica, la totalidad de las personas entrevistadas manifestaron contar con adecuada privacidad durante el procedimiento; en el caso de CSM1 y CSM2, las PPL entrevistadas no manifestaron inconformidad relacionada con su vida familiar, comunicación con el exterior, descanso dentro de las instalaciones ni su participación en actividades del centro.



Sin embargo, en CSM3 y CSM4, los aspectos en el que presentaron porcentajes negativos, fue en la libertad que las PPL tienen para establecer comunicación, recibir visita de familiares. Reportándose la retención de pertenencias como una actividad frecuente en la totalidad de los centros visitados, la prohibición de dormir o descansar a la hora que lo deseen; así como la de participar en las actividades del centro. Resalta que en el CSM2 la totalidad de personas entrevistadas indicaron que no se les apoyó para comunicarse al exterior del centro.

E. 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

Tabla 17. 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 inconformidad con su estancia involuntaria (16)	Cambios, comentarios o quejas expresadas por las personas (46)
CSM1	-	-
CSM2	-	-
CSM3	20	"No han escuchado sobre peticiones".
CSM4	14.28	"Ser más informado".

El porcentaje en este rubro, para el centro CSM3, fue de 20%, mientras que para el CSM4 fue de 14.28%, recordando que ninguno de los centros visitados cuenta actualmente con registros ante la Comisión Nacional contra las Adicciones.

Al preguntarse sobre los comentarios o quejas respecto a la atención recibida, estos se centran en aspectos como recibir mayores explicaciones sobre su tratamiento y que sus peticiones sean escuchadas.

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

Tabla 18. 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 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)
CSM1	100	"No tiene idea"	100
CSM2	100	"No tiene idea"	100



CSM3	100	“No frecuentar los mismos lugares” “Salud”. “La idea de que sea la de rehabilitación”. “Recuperación total”	100
CSM4	42.85	“Salir adelante”. “Se basa en los principales de A.A.”. “Mantener estado de sobriedad, sanar heridas emocionales”.	42.85

En tres de los centros, CMS1, CSM2 y CSM3, el 100% de las personas entrevistadas fueron informadas sobre los principios de su plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación, mientras que en CSM4 solo fue informado el 42.85%.

En cuanto al rubro de la percepción sobre su recuperación o rehabilitación, en el CSM3 manifestaron “no frecuentar los mismos lugares”, así como recuperación total, mientras que en CSM4 indicaron “salir adelante” y “sanar heridas emocionales”. Siendo importante destacar que, en este último, solo el 42.85% de las personas entrevistadas indicaron la inclusión de sus familiares en el **plan de tratamiento**.



REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS CENTROS



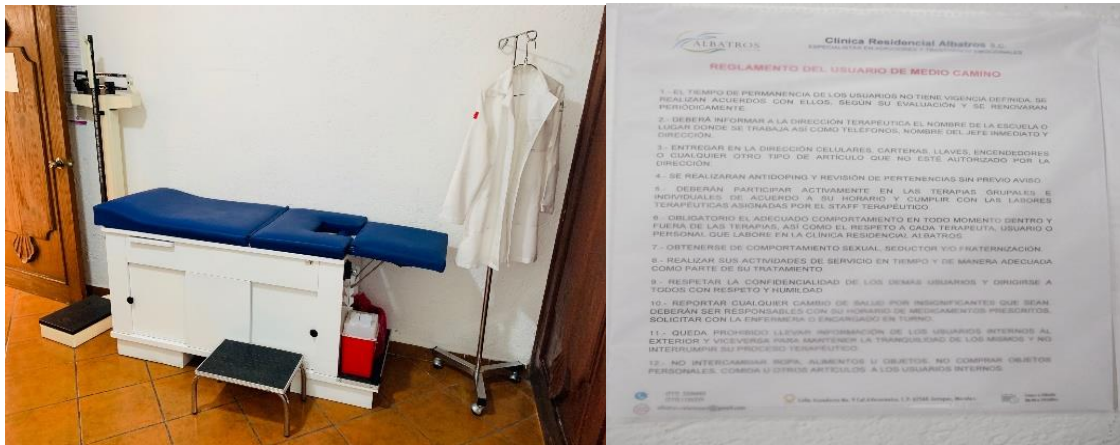
Dormitorio y comedor CSM1



Área de reuniones y consultorio médico CSM1



Dormitorios y baños CSM2



Área médica y reglamento CSM2



Dormitorios CSM3



Baños CSM3



Dormitorio y salón de usos múltiples CSM4



Registro y alberca CSM4



Comedor y áreas recreativas CSM5



Área médica y medicamentos controlados CSM5



Dormitorios y alberca CSM6



Comedor y centro de terapia CSM6



Baños y comedor CSM7



Comedor y reglamento CSM7



Consultorio médico y buzón de quejas CSM7



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 Morelos, 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 de maltrato que podrían constituir tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, que se pueden presentar en el resto de los centros en el Estado.

Las Recomendaciones que aquí se formulan se sustentan en los datos e información recabada durante las visitas de supervisión realizadas en los establecimientos mencionados en el preámbulo, durante el período 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.

A continuación, discutiremos los resultados obtenidos.

A. Registro ante la CONADIC

De los centros supervisados, solo el CSM7, Clínica de Rehabilitación “Paraíso”, S. C, cuenta con registro del CONADIC.

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).

B. 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 irreprimible 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”³⁵

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 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 Salud³⁶, 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

³⁵ 18 informe Comité de Expertos de la OMS en farmacodependencia

³⁶ https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf



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 fundamentos³⁷:

- 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, encontramos que existe una alta prevalencia (mayor al 50% de reporte por las personas entrevistadas) de situaciones de crisis en los centros CSM1, CSM2 y CSM3.

Destacando que solo en los CSM3 y CSM4 se brindó referencia sobre las intervenciones específicas ante la presencia de crisis; en el CSM4 se reportó la negativa de atención médica, mientras que en el centro CSM3 se gestionan las crisis “amonestando de manera verbal” y “se les aísla”.

Así mismo, en ninguno de los centros supervisados se documentó el uso de tratamiento con agonistas o terapias de sustitución con psicofármacos.

Por otra parte, en cuanto a la disponibilidad del tratamiento médico y psicológico, solo en CSM2 se reportó la disponibilidad de ambos servicios; sin embargo, en CSM4 la disponibilidad de la atención en salud mental fue reportado en el 57.1%.

En conclusión, mientras en los estándares internacionales se reconoce que los trastornos derivados de la dependencia a sustancias psicoactiva 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.

C. 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

³⁷ <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510003.pdf>



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 restringido³⁸.

En este sentido, las personas entrevistadas en los centros CSM1, CSM2 y CSM3 reportaron que se encontraban ingresadas de manera voluntaria, habían firmado consentimiento informado y se les había informado sobre sus derechos.

En contraste, en el CSM4 casi tres cuartas partes de las personas entrevistadas señalaron encontrarse internadas de forma voluntaria, y de estas, menos de la mitad habían firmado algún tipo de consentimiento informado. Así mismo, este centro reportó menor frecuencia en el reporte de que las personas usuarias fueran informadas a cerca de sus derechos, sobre el egreso del centro y los efectos de los medicamentos que se les administran.

Esto es importante debido a que encontramos la coincidencia entre la firma de consentimiento informado y la recepción de información sobre derechos.

También llama la atención que en el caso de los internamientos voluntarios sean los familiares quienes autorizan esta modalidad de ingreso y es posteriormente cuando se realiza la valoración médica de ingreso, señalando que fueron ingresados por “mi mujer”, CSM1, y “a la fuerza”, CSM4, a lo que se agrega, en el caso de este último centro, tiempos de internamiento de hasta 248 días, teniendo una media de 115.71 días.

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

³⁸ 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.



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.

Al respecto 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 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.

D. 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, con excepción del CSM2, Clínica Residencial “Albatros”, S. C., donde no se encontró ninguna referencia al respecto.

En cambio, en el CSM1, Centro Psicoterapia y Adicciones, S. C. y en el CSM3, Centro de Rehabilitación con Albergue Mixto, “Nuevo Horizonte”, A. C.; en el primero, se reportó la práctica de aislamiento y malos tratos, mientras que en el CSM3 se reportó maltrato por parte de algún integrante del centro y sujeción física.

En el caso particular del CMS3, Centro de Rehabilitación con Albergue Mixto, “Nuevo Horizonte”, A. C. y CMS4, Centro de Rehabilitación Integral en Adicciones “Vive Mejor”, A.C., se reportó el uso del aislamiento como forma recurrente de sanción, así como sujeciones físicas. Cabe mencionar que, en estos mismos establecimientos, el 20% y el 14.28% de las personas entrevistadas, no brindaron respuestas en este rubro.



VI. POSICIONAMIENTO

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 tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, derecho a no ser sometido a detención 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, fue el *Centro de Rehabilitación Integral en Adicciones Vive Mejor, A.C.*

Este centro tiene la característica de no contar con registro ante el CONADIC, lo que, aunado a otros factores, como la admisión de personas de manera involuntaria, el realizar detenciones arbitrarias en los domicilios de las personas, constituyen factores de riesgo para la violación al derecho a la libertad y al derecho a la integridad de las personas, en particular, al derecho a no ser sometida a tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

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 Crueles, 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 debido 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 (COFEPRIS)

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 (CONADIC)

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 crueles, 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, fijando 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 Morelos

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, particularmente, 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 Morelos, 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 Morelos

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 Gobernador Constitucional del Estado de Morelos.

Inmediata.

1. Modificar el Acuerdo publicado en el Periódico Oficial de la entidad, el 5 de diciembre de 2001, por el que se crea el Consejo Estatal contra las Adicciones, con el fin de dotar de atribuciones al Consejo Estatal Contra las Adicciones —organismo público, sectorizado a la Secretaría de Salud, para la promoción y apoyo de las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por el alcoholismo, el tabaquismo y la fármaco-dependencia—, con el fin de que, de manera periódica, 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