

MNPT



MECANISMO NACIONAL DE
PREVENCIÓN DE LA TORTURA

INFORME DE SUPERVISIÓN ISP- 06/2020 DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA



CNDH
M É X I C O



**INFORME DE SUPERVISIÓN ISP-06/2020
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
NAYARIT.**

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.**

Poder Legislativo del Estado de Nayarit

Secretaría de Salud del Estado de Nayarit.

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

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 19 al 22 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 Nayarit:

- **Centro de Rehabilitación Contra las Adicciones “Las Puertas”, A. C.**
- **Centro de Rehabilitación “Jóvenes Mazatlán Una Oportunidad de Vida”, A. C.**
- **Centro “Jóvenes Tepic Alcohólicos y Drogadictos”, A.C.**
- **Centro “Jóvenes, Vida y Esperanza”, A.C.**
- **Comunidad Terapéutica “Vivir en la Verdad”, A.C.**
- **Centro “Aprendiendo a Vivir en Cristo”, A.C.**
- **Instituto “Marakame”.**

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

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

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



Índice

I.	COMPETENCIA DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA	5
II.	CONTEXTO.....	7
A.	Concepto jurídico de tortura y métodos de tortura fuera del ámbito de investigación penal.	7
B.	Responsabilidad de agentes no estatales en la comisión de tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.....	9
C.	La atención a la salud, los trastornos por consumo de sustancias y la discapacidad psicosocial	12
D.	La atención residencial a personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos y la garantía de los derechos humanos.....	14
III.	PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN	17
A.	Enfoques analíticos	18
1.	Enfoque de derechos humanos	18
2.	Enfoque centrado en el hecho a prevenir	20
B.	Método	23
1.	Recolección de la información primaria	23
2.	Recolección de información secundaria.....	24
3.	Análisis de los datos	24
IV.	EVIDENCIAS	24
A.	Revisión documental	24
B.	Centros supervisados.....	27
C.	Información de los centros con registro y sin registro por la CONADIC	27
D.	Procedimientos normativos.....	28
E.	Perfil demográfico de las personas adultas	28
F.	Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud	30
1.	Reducción de daños	30
V.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	47
A.	Registro ante la CONADIC	47
B.	Cumplimiento de procedimientos normativos.....	47
C.	Características demográficas de las personas privadas de la libertad entrevistadas.	48
D.	Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud	48
E.	Consentimiento voluntario e informado y derecho a no sufrir detención arbitraria.....	50
F.	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	52
G.	POSICIONAMIENTO	53



H.	RECOMENDACIONES	53
A.	A la Secretaría de Salud:	54
	De mediano plazo	54
	De largo plazo	54
B.	A la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.....	54
	Inmediatas	54
	De mediano plazo.....	55
C.	A la Comisión Nacional Contra las Adicciones.....	55
	Inmediatas	55
	De mediano plazo.....	55
	De largo plazo	55
D.	A la Secretaría de Salud del Estado de Nayarit	56
	Inmediatas	56
	De mediano plazo.....	56
	De largo plazo	56



I. COMPETENCIA DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA

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

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

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

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

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

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



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

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

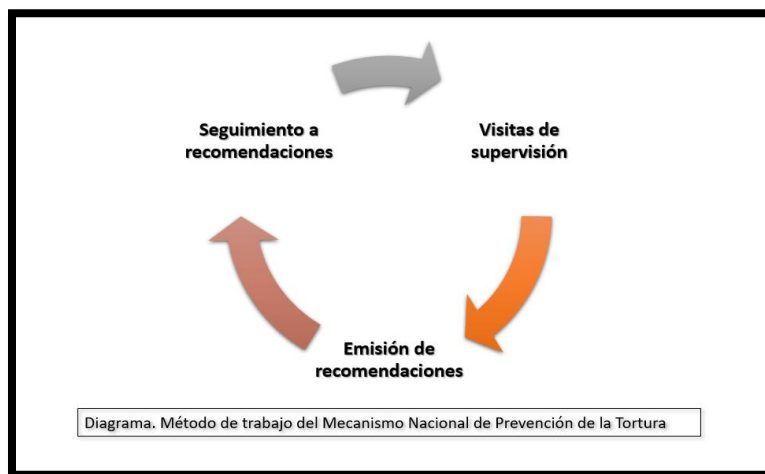


Figura 1. Diagrama del método de trabajo del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

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

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

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



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

Además, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, ha señalado que se entiende entre la 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 Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes⁹.

Tabla 1. Elementos constitutivos del concepto jurídico de Tortura.

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>

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



Elemento del concepto jurídico	Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura	Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
Sujeto activo	Serán responsables del delito de tortura: a) Los empleados o funcionarios públicos que actuando en ese carácter ordenen, instiguen, induzcan a su comisión, lo cometan directamente o que, pudiendo impedirlo, no lo hagan. 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)

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 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**

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

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



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 (CoiDH):

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

Con este fundamento, la **Corte Interamericana de Derechos Humanos** en la sentencia del caso **Ximenes Lopes vs Brasil**¹³, subrayó **que la responsabilidad estatal también puede generarse por actos de particulares en principio no atribuibles al Estado**, debido a las obligaciones que tienen los Estados:

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

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



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 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

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.



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).

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**

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

¹⁶ *Idem*.



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.
 - 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

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



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 intimidad que implican estos entornos, y a que:

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

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

¹⁹ Idem.



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 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.

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=IPauJy6bKkg>; 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-derechos-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

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



III. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

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

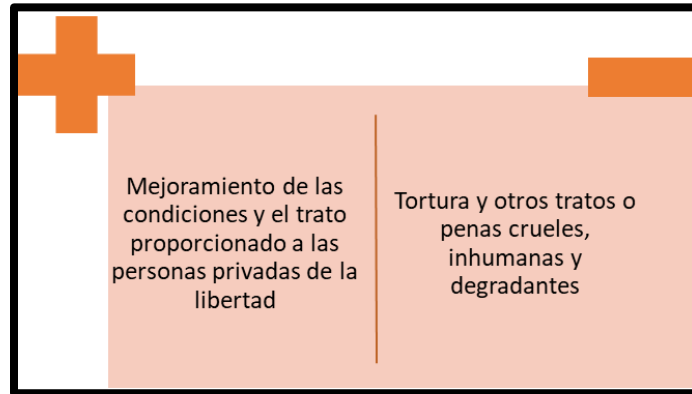


Figura 2. Relación entre condiciones, trato y tortura.

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 utilizador para el análisis de la información y el procedimiento de investigación.



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 4**).

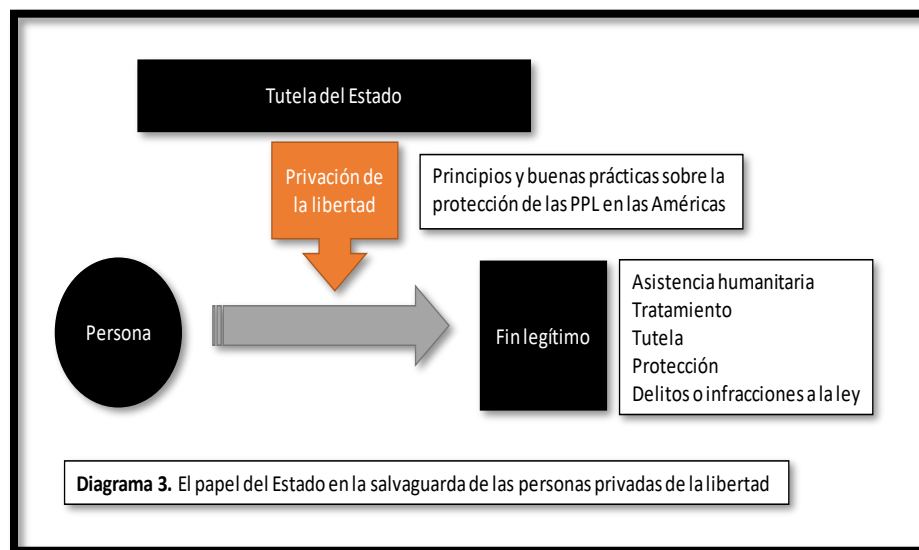


Figura 3. Diagrama del papel del Estado en la salvaguarda de las personas privadas de la libertad.

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 acción” (p. 233) (Serrano-García & Vázquez-Valencia, 2015). Estas dimensiones servirán para la presentación de los resultados y el análisis de los datos recabados mediante los instrumentos de observación aplicados durante las visitas de supervisión.

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

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

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



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

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

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

2. Enfoque centrado en el hecho a prevenir

La violencia, entendida como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (p. 5) (Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002), una de cuyas manifestaciones la constituyen la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes²⁵, es un problema de salud pública que, por sus repercusiones a corto, mediano y largo plazo, individuales, familiares, comunitarias y sociales, puede prevenirse. Para ello se puede hacer uso de herramientas de la salud pública y la medicina social, para así, identificar sus causas y abordar sus consecuencias (Temoche-Espinosa, 2007; Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002).

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

“Para garantizar de manera integral la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, se crea el Mecanismo Nacional de Prevención como la instancia encargada de la supervisión permanente y sistemática de los lugares de privación de libertad en todo el territorio nacional, conforme al Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes” (Artículo 72 de la LGPIST²⁶)

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 produzca” (p. 752) (González & Agudo, 2003), así, en epidemiología el riesgo se define como probabilidad de que se presente el hecho concreto durante un periodo determinado.

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

²⁶ Fuente: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPIST_260617.pdf



Además, la probabilidad no puede estimarse usando de forma aislada los datos que proporcionan las personas, sino que es necesario el estudio de un grupo de estas (una población). Por ello, en el presente informe diferenciamos entre unidad de análisis y unidad de observación. Por la primera entendemos que se trata de una categoría analítica, por ejemplo, “centros de atención residencial a las adicciones” o “personas privadas de la libertad”, mientras que la segunda, son los casos concretos, representantes de la categoría analítica de interés sobre la que se realizarán las observaciones, por ejemplo, “centro X de rehabilitación” o “persona X” (Barriga & Henríquez, 2011).

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 Unidas²⁷.

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

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

²⁷ En los casos particulares, el MNPT tiene el seguimiento a casos.

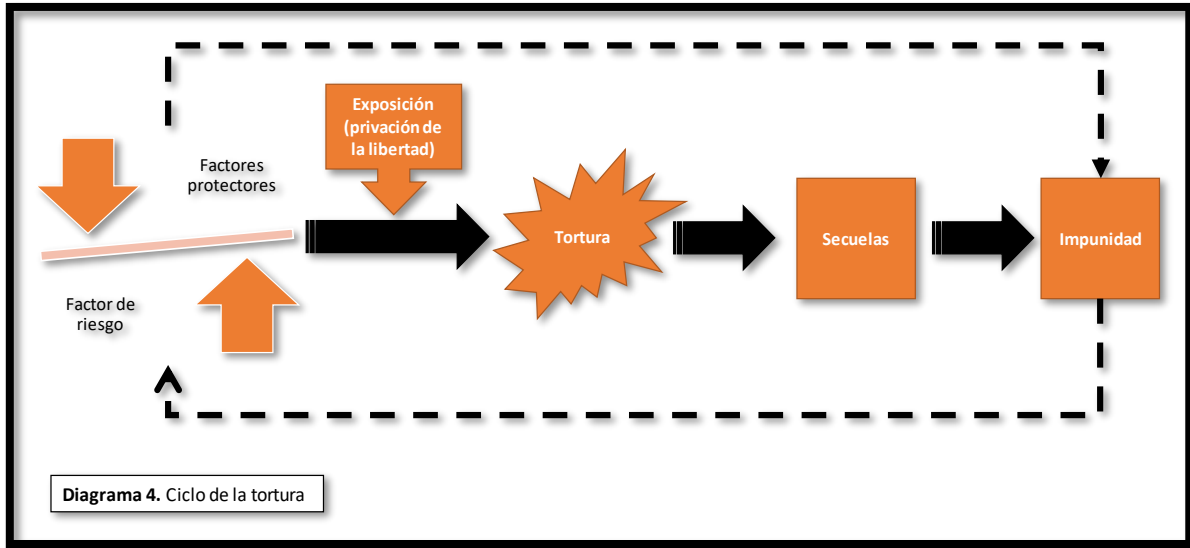


Figura 4. Ciclo de la tortura.

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



B. Método

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

1. Recolección de la información primaria

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

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

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

En cuanto a las entrevistas a personas usuarias, éstas se realizaron de manera individual, se cuidó la confidencialidad de la información y la seguridad de la persona entrevistada. En total se realizaron 53 entrevistas con la distribución indicada en la siguiente tabla.

DISTRIBUCIÓN DE NÚMERO DE ENCUESTAS A USUARIOS DE LOS LUGARES SUPERVISADOS	
LUGAR SUPERVISADO	NÚMERO DE ENTREVISTAS
Centro de Rehabilitación Contra las Adicciones “Las Puertas”, A.C.	10
Centro de Rehabilitación “Jóvenes Mazatlán Una Oportunidad de Vida”, A. C.	8
Centro “Jóvenes Tepic Alcohólicos y Drogadictos”, A.C.	2
Centro “Jóvenes, Vida y Esperanza”, A.C.	7
Comunidad Terapéutica “Vivir en la Verdad”, A.C.	8
Centro “Aprendiendo a Vivir en Cristo”, A.C.	8
Instituto “Marakame”.	10
Total de entrevistas realizadas	53

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 Reconocidos²⁸, 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 53 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.

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 (CSN#, Centro Supervisado Nayarit Número #).

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

A. Revisión documental

De acuerdo con el Periódico Oficial del Estado de Nayarit²⁹, en 2001 se creó el Consejo Estatal Contra las Adicciones de esa entidad (CECA), como organismo público

²⁸ Fuente: <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/conadic-cuenta-con-un-directorio-nacional-de-establecimientos-residenciales-de-atencion-a-las-adicciones-reconocidos>

²⁹ Órgano del Gobierno del Estado de Nayarit (24 de noviembre de 2001). *Decreto Administrativo que crea el organismo público descentralizado denominado: Consejo Estatal Contra las Adicciones*. Periódico Oficial. Recuperado de: <https://transparencia.nayarit.gob.mx/resources/uploads/ceca/pdfs/DecretoCECA.pdf>



descentralizado, cuyo objetivo principal es “implementar todo tipo de acciones que tiendan a abatir las adicciones y los problemas sociales relacionados con el uso y abuso de drogas; asimismo, con las instituciones públicas y privadas diseñar programas y estrategias que tiendan a fomentar mejores conductas sociales en la población” y “proporcionar tratamiento profesional a los individuos que sufran de algún problema relacionado con el uso o abuso de sustancias psicoactivas, con respecto a sus derechos individuales en un ambiente de calidad y calidez humana” (p. 3), entre otros. Así mismo, el Reglamento Interior del Consejo Estatal Contra las Adicciones³⁰, publicado en el Periódico Oficial del Estado en el año 2003, señala que una de las atribuciones del CECA es el “diseño y aplicación de programas que tiendan a la prevención, atención, tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de adicción” (p.2).

Posteriormente, en el año 2012 se realizó una modificación a la Ley de Salud del Estado³¹, en la que se indicaba que el Ejecutivo del Estado, en conjunto con la Secretaría de Salud Federal, realizarían trabajos conjuntos para la ejecución del Programa Nacional para la Prevención y Tratamiento de la Farmacodependencia, el cual hacía obligatorio para los sectores público, privado y social la puesta en práctica de actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones. El título décimo de esta misma ley contiene las especificaciones del Programa Contra las Adicciones que se debe llevar a cabo en el estado, en el cual se señalan como objetivos la prevención, tratamiento, y en su caso, rehabilitación de personas usuarias de distintas sustancias, entre otros. Sin embargo, no se cuenta con una regulación específica referente a los centros que ofrecen tratamiento y rehabilitación de adicciones.

Así, al indagar sobre malos tratos y abusos ocurridos en centros de rehabilitación de adicciones en el estado de Nayarit, la búsqueda documental arrojó el siguiente panorama:

1. En enero del año 2016, el diario digital Astrolabio³² publicó una nota periodística donde se documentó el caso de S. G. de 25 años, quien fue víctima de maltrato dentro del centro de rehabilitación de adicciones “Aprendiendo a vivir con Cristo”, en la ciudad de Tepic, Nayarit. En la nota se describe que S. vivió diferentes abusos, durante 3 meses, en dicho centro de rehabilitación y del cual fue rescatado por sus familiares. Los malos tratos que vivió incluyen: insultos, privación de contacto con sus familiares, golpes y privaciones. S. declaró para el diario digital “me golpeaban entre cuatro o más y me arrojaban al mingitorio y todos orinaban encima de mí. Otro castigo consistía en obligarnos a hacer por horas “patitos” (es cuando te hacen caminar en sentadillas en círculos por todo el patio) y hasta nos hacían hacer ‘cuac, cuac’, si te caías o cansabas, te golpeaban”. Referente a las cuotas, la madre del joven relató que pagaron 2500 pesos para que ingresara, además de un pago semanal de 500 pesos. Finalmente, S. y su madre comentan que, al asistir a una Fiscalía a realizar una denuncia, los agentes policiales del lugar le hicieron comentarios respecto a que *era normal que trataran de esa manera a las personas internas en centros de rehabilitación de adicciones*.
2. También, en 2016, después de que se llevara a cabo la clausura del centro de rehabilitación de adicciones “Despertar Espiritual”, en Tonalá, Jalisco, la Comisión

³⁰ Órgano del Gobierno del Estado de Nayarit 29 de marzo de 2003). *Reglamento interior del Consejo Estatal Contra las Adicciones*. Periódico Oficial. Recuperado de: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Nayarit/wo109085.pdf>

³¹ Congreso del Estado Libre y Soberano de Nayarit (20 de septiembre de 2019). *Ley de Salud para el Estado de Nayarit*. Poder Legislativo del Estado de Nayarit. Recuperado de: http://www.congresonayarit.mx/media/1238/salud_para_el_estado_de_nayarit_ley_de.pdf

³² Rentería, M. (8 de enero de 2016). *Centros de rehabilitación alternativos: un infierno para los internos*. Astrolabio. Recuperado de: <https://www.astrolabio.com.mx/centros-de-rehabilitacion-alternativos-un-infierno-para-los-internos/>



Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) coordinó la verificación y clausura de los centros de rehabilitación de adicciones de distintos estados de la República, entre ellos, Nayarit³³.

3. Para, 2017, el Gobierno de Nayarit integró la Comisión Mixta Reguladora de los Centros de Atención, con el objetivo de que ésta vigile que tales centros laboren con apego a las normas oficiales³⁴. En agosto de 2018 se inauguró el Centro de Investigación Clínica y Psicosocial en Adicciones, en el estado de Nayarit, con el fin de realizar investigaciones integrales acerca del problema de las adicciones en el estado y el país³⁵.
4. También, en 2018, en el mes de septiembre, J. A. C., director del CECA de Nayarit, realizó un comunicado donde indicó que en el estado existen 22 centros de rehabilitación de adicciones, precisando que no todos cuentan con las condiciones adecuadas para laborar, por lo que instó a las y los ciudadanos a realizar la denuncia de cualquier irregularidad en dichos centros ante el CECA³⁶. En septiembre de 2019, Juan Antonio Cambero señaló que se llevaría a cabo la supervisión de los centros de rehabilitación de adicciones en el estado, para 2020³⁷.
5. En 2020, el director del CECA de Nayarit, Juan Antonio Cambero, señaló que la lista de centros de rehabilitación de adicciones aumentó de 22 a 44, aunque se sabe de la existencia de alrededor de 60. Asimismo, externó que se llevarían a cabo las inspecciones necesarias con apoyo de la Fiscalía General del Estado y del Sector Salud para poder asignar las sanciones correspondientes en los casos en que se requiera³⁸.
6. Finalmente, en enero de 2021, el periódico La Jornada³⁹ publicó una nota periodística donde narra la detención de S. P. B., quien fuera fundador del Colectivo Familias Unidas por Nayarit para la búsqueda de personas desaparecidas, y encargado del centro de rehabilitación de adicciones “Laguna Azul”, en el municipio de Tepic. El motivo de la detención fue por las denuncias realizadas, en 2006, por parte de dos menores de edad que se encontraban internas en el citado centro de rehabilitación, quienes refieren haber sido víctimas de agresiones físicas, psicológicas y sexuales por parte de S. P.. Las ex internas mencionaron que “recibían castigos, como sentarse en un bote todo el día sin moverse, las amarraban de pies y manos, metiéndolas al agua fría; permanecer hincadas durante todas las

³³ Valadez, B. (27 de noviembre de 2016). *Por violar derechos humanos, suspenden 46 centros de rehabilitación*. Milenio. Recuperado de: <https://www.milenio.com/politica/violar-derechos-humanos-suspenden-46-centros-rehabilitacion>

³⁴ Gobierno del Estado de Nayarit. (4 de diciembre de 2017). *Gobierno de Nayarit focaliza esfuerzos en tratamiento contra las adicciones*. Gobierno del Estado de Nayarit. Recuperado de: https://www.nayarit.gob.mx/notas/gobierno_de_nayarit_focaliza_esfuerzos_en_tratamiento_contra_las_adicciones

³⁵ Ocho Columnas. (9 de agosto de 2018). *Inauguran centro de investigación en adicciones en Nayarit*. Ocho Columnas. Recuperado de: <https://ochocolumnas.mx/2018/08/09/inauguran-centro-de-investigacion-en-adicciones-en-nayarit/>

³⁶ Ulloa, F. (27 de septiembre de 2018). *Llaman a denunciar centros de rehabilitación “patitos” en Nayarit*. News Network Communication MX. Recuperado de: <https://nnc.mx/categoria/portada/llaman-a-denunciar-centros-de-rehabilitacion--patitos--en-nayarit/1538076311>

³⁷ Cardona, A. (17 de septiembre de 2019). *Llegará inspección CONADIC a centros de rehabilitación nayaritas*. MegaNoticias. Recuperado de: <https://www.meganoticias.mx/tepic/noticia/llegara-inspeccion-conadic-a-centros-de-rehabilitacion-nayaritas/98697>

³⁸ Benítez, C. (10 de febrero de 2020). *Incrementan centros de rehabilitación contra adicciones en Nayarit*. El Occidental. Recuperado de: <https://www.eloccidental.com.mx/local/incrementan-centros-de-rehabilitacion-contra-las-adicciones-en-nayarit-4814953.html>

³⁹ Navarro, M. (29 de enero de 2021). *Detienen a líder del Colectivo Familias Unidas por Nayarit*. La Jornada. Recuperado de: <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/01/29/estados/detienen-a-lider-del-colectivo-familias-unidas-por-nayarit/>



reuniones y cuando el “padrino” les hablaba tenían que hincarse frente a él, ya que lo reconocen como una persona agresiva y violenta”.

B. Centros supervisados

Datos de identificación de los centros supervisados.

Clave	Nombre legal del establecimiento	Domicilio
CSN1	Centro de Rehabilitación Contra las Adicciones “Las Puertas”, A. C.	Calle Obreroismo número 97, Col. El Mirador, C. P.63038 Tepic, Nay.
CSN2	Centro de Rehabilitación “Jóvenes Mazatlán Una Oportunidad de Vida”, A. C.	Calle Egipto, número 78, Col. 2 de agosto, C. P. 63175 Tepic, Nay.
CSN3	Centro “Jóvenes Tepic Alcohólicos y Drogadictos”, A.C.	Calle 18 de Marzo número 268, Col. Lomas de Cortez, C. P.63059, Tepic, Nay.
CSN4	Centro “Jóvenes, Vida y Esperanza”, A.C.	Calle Bugambilias número 519, Col. Los Sauces, C.P. 63197, Tepic, Nay.
CSN5	Comunidad Terapéutica “Vivir en la Verdad”, A.C.	Parcela número 17, Avenida del Canal-Camino a La Misión, Col. Brasiles, C. P. 63732, Bahía de Banderas, Nay.
CSN6	Centro “Aprendiendo a Vivir en Cristo”, A.C.	Lerdo No. 15 Poniente. Col. Heriberto Casas, C. P. 63080, Tepic, Nay.
CSN7	Instituto “Marakame”.	Carretera Presa Aguamilpa Km 7- No.10, Col. Vistas de la Cantera, C.P. 63173, Tepic, Nay.

C. Información de los centros con registro y sin registro por la CONADIC⁴⁰

Centros con registro y sin registro por la CONADIC.

Clave	Registro	Tipo de establecimiento	Sexo de la población atendida	Rango de edad	Duración del tratamiento	Costo	Fecha de vencimiento del Reconocimiento
CSN1	No	-	-	-	-	-	-
CSN2	No	-	-	-	-	-	-
CSN3	No	-	-	-	-	-	-
CSN4	No	-	-	-	-	-	-
CSN5	No	-	-	-	-	-	-
CSN6	Sí	Ayuda mutua	Hombres	18-59	6 meses	\$16. 800	27/03/21
CSN7	Sí	Mixto	Ambos	12-17 y 18-59	Otro	\$65, 000	26/03/2021

⁴⁰ 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

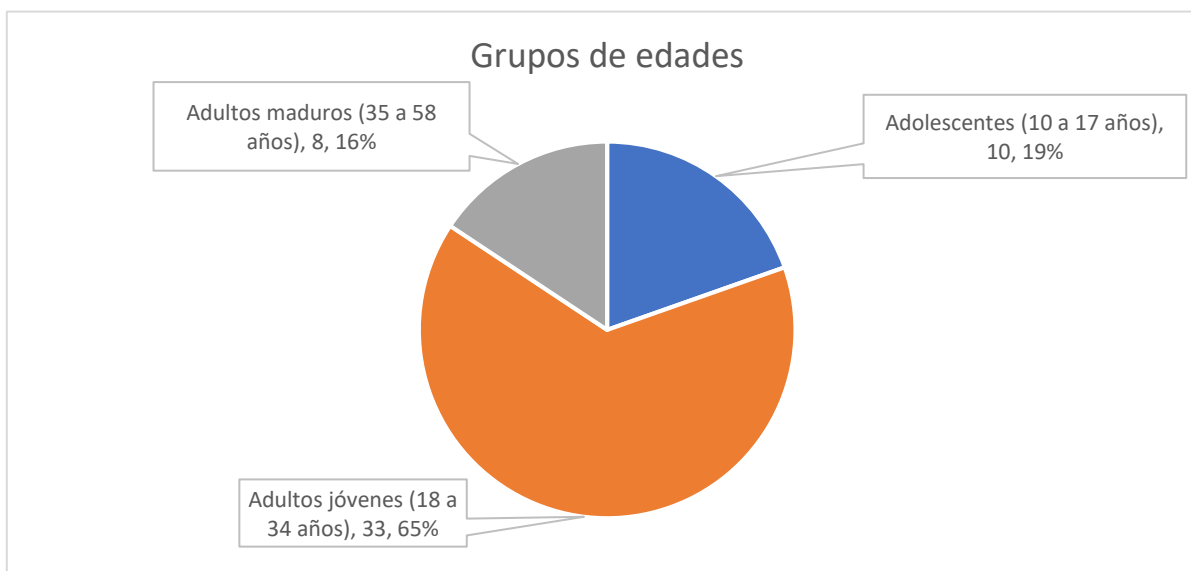


D. Procedimientos normativos

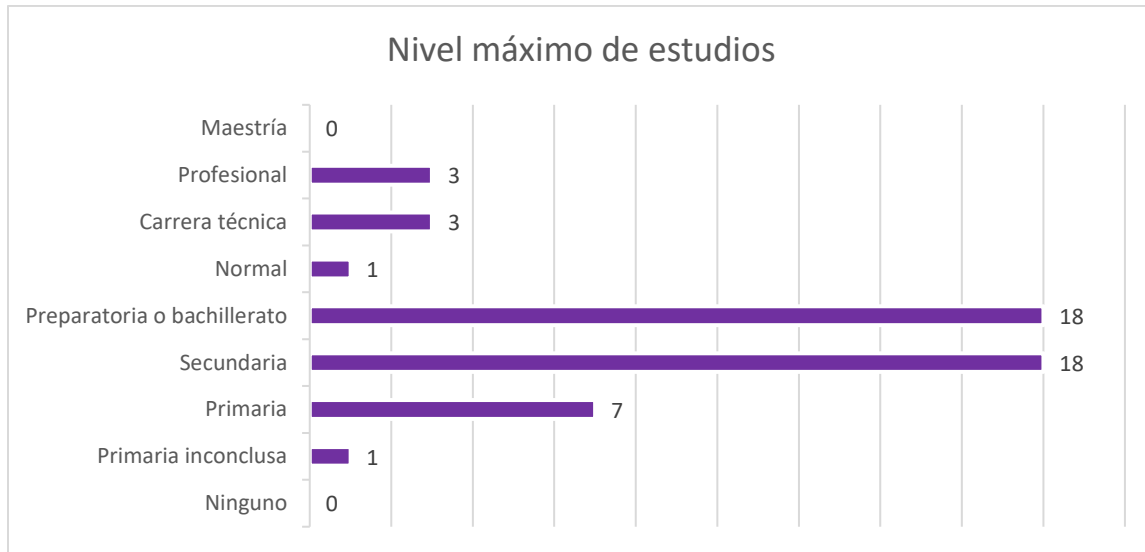
Cumplimiento de procedimientos normativos.

Clave	Aviso de funcionamiento	Licencia sanitaria	Lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de usuarios por protección civil
CSN1	Sí	Sí	Sí
CSN2	Sí	No	No
CSN3	-	-	-
CSN4	Sí	No	No
CSN5	No	No	Sí
CSN6	No	No	No
CSN7	Sí	No	No

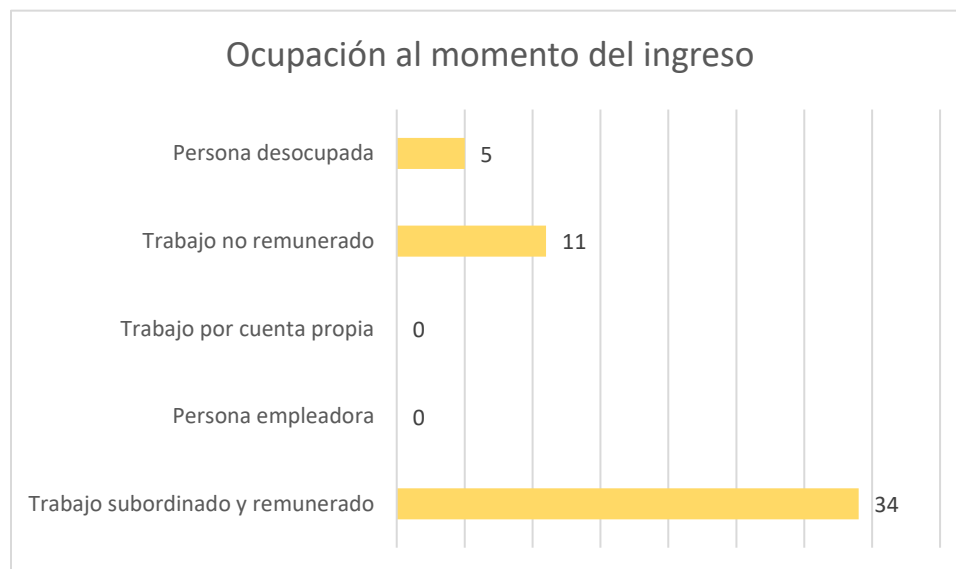
E. Perfil demográfico de las personas adultas



Durante la realización de las visitas, personal del Mecanismo Nacional observó que el rango de edad predominante en la población usuaria es de adultos jóvenes (18 a 34 años de edad) en un 65%, en contraste con un 19% de adolescentes (10 a 17 años), seguido del 16% de población de adultos maduros (35 a 58 años), sin contar con población de personas mayores de 60 años, en los centros visitados.



El nivel educativo predominante en las personas entrevistadas es la educación básica (preescolar, primaria y secundaria⁴¹) y media superior (preparatoria y bachillerato), en ambos casos, en igual porcentaje (33.96%), con la presencia significativa de personas con educación inicial (primaria) en un 13.20%. No se detectó la presencia de personas con niveles de educación inferior a la básica.



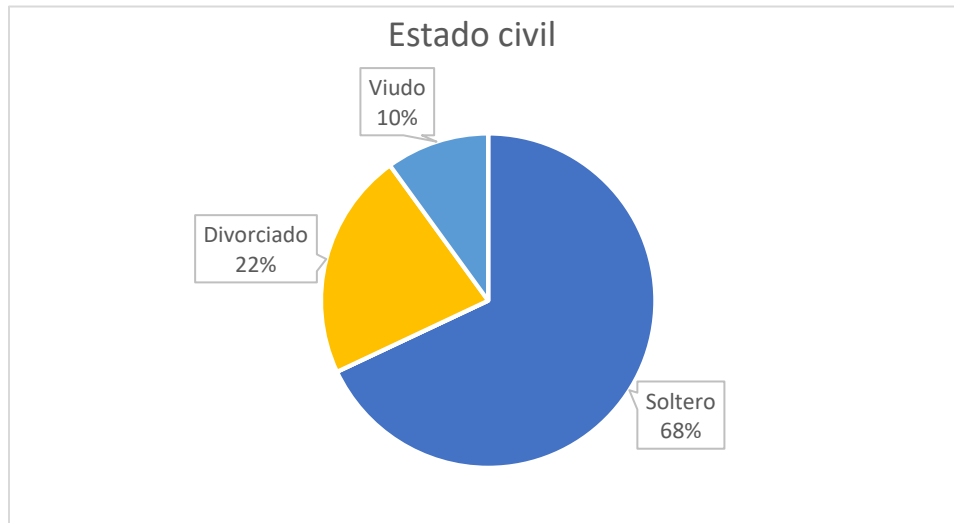
Otro de los hallazgos importantes de las visitas *in situ* es que las personas en los establecimientos especializados pertenecían, mayormente, al momento de la visita, a la **población ocupada**⁴², en los rubros de subordinados y remunerados (personas que tenían

⁴¹ Fuente: http://www.planeducativonacional.unam.mx/CAP_01/Text/01_03a.html

⁴² Definida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía como: "Personas de 15 y más años de edad que en la semana de referencia realizaron alguna actividad económica durante al menos una hora. Incluye a los ocupados que tenían trabajo, pero no lo desempeñaron temporalmente por alguna razón, sin que por ello perdieran el vínculo laboral con este;



un trabajo asalariado), en un 64.15%; siguiendo, en menor medida, las persona con trabajo no remunerado⁴³, en 20.7%, finalizando con las personas desocupadas⁴⁴ en un 9.43%.



Sobre el **estado civil** de las personas privadas de la libertad, tenemos que el número más alto es de personas solteras, con 68%; seguidas, en menor cantidad, por personas divorciadas, en un 22%. En cuanto a personas viudas, sólo se reportó el 10% de PPL entrevistadas.

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

1. Reducción de daños

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

Centros	Reducción de daños	
	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)
CSN1	40	"Se les da una junta de ayuda para que tenga una buena disciplina". "Se les da tolerancia y un compañero los cuida".
CSN2	87.5	"Los apoyos o los de recepción". "Los tranquilizan los apoyan o reposición".
CSN3	-	-

así como a quienes ayudaron en alguna actividad económica sin recibir un sueldo o salario." Glosario, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>

⁴³ Definidas por el INEGI como "Es el trabajador independiente que emplea los servicios de uno o varios trabajadores a cambio de una remuneración económica en monetario o especie."

⁴⁴ Personas de 15 y más años de edad que en la semana de referencia buscaron trabajo porque no estaban vinculadas a una actividad económica o trabajo." Instituto Nacional de Estadística y Glosario, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>



CSN4	42.85	"Se medica". "Se ayuda para que no se lastime".
CSN5	100	"Le dan un ansiolítico y tratan de hablar con la persona para que se tranquilice". "Le ponen las esposas".
CSN6	25	"Castigos".
CSN7	50	"Ansiedad, los terapeutas hablan conmigo y me ayudan a calmar mi ansiedad". "Se atiende inmediato".

En relación a la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de reducción de daños, encontramos que existe una **alta prevalencia de situaciones de crisis** en los CSN2 y CSN5 (con 87.5y 100% respectivamente), de manera específica en el CSN5, se da gestionando las crisis, ya sea, *medicando a los usuarios o colocándoles esposas*; mientras que en el CSN2 lo hacen *"tranquilizándolos"* y a través del apoyo por parte del personal de la institución. Le sigue el CSN5 (con un 33.33%), donde se busca *"que los terapeutas hablen con los usuarios"*

Los CSN1, CSN4 y CSN7, le siguen, con porcentajes similares al 50%; sin embargo, en los CSN4 y CSN5, llama la atención la referencia de medicación para mitigar dichas crisis, así como el uso de esposas en este último, con la finalidad de brindar contención.

1. Tratamiento de la dependencia de drogas

a. Disponibilidad y accesibilidad de 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 consideró que la atención médica que se le ha brindado en el establecimiento es mala o no hay (26)	Se reportó prescripción de medicamentos por profesional médico (34)	Porcentaje de personas que refirió haberse ofrecido algún tipo de atención en salud mental (37)
CSN1	100	-	60	60
CSN2	62.5	37.5	25	62.5
CSN3	-	-	50	-
CSN4	85.71	28.57	85.71	71.42
CSN5	75	12.5	87.5	87.5
CSN6	100	-	100	62.5
CSN7	100	-	70	80



Con respecto a la disponibilidad y accesibilidad de servicio médico de los establecimientos visitados, en los CSN1, CSN6 y CNS7, se reportó que la totalidad de las personas encuestadas manifestaron haber sido revisadas por un médico; le siguen los CSN2, CSN4 y CSN5, donde señalaron que se revisó a más de la mitad de personas privadas de la libertad (alcanzando un 62.5%, 85.71% y 75%, respectivamente), siendo importante indicar que en el CSN3, el 100% de las personas entrevistados manifestaron no haber sido valorado por personal médico a su ingreso.

Con relación a la prescripción de medicamentos por parte de una persona profesional de la salud, en los CSN4, CNS5 y CNS6, se reportó un porcentaje por arriba del 80%; mientras que en los CSN1, CSN3 y CSN7 oscila del 70 al 50%; encontrando en el CSN2, el menor porcentaje de prescripción, al indicar las personas usuarias, que no se aplican medicamentos en el 37.5% de los casos; el mismo porcentaje de personas se abstuvo de brindar una respuesta sobre este rubro.

El ofrecimiento de servicios de salud mental reportó una alta prevalencia, la cual oscila entre el 80 y 60% en la mayoría de los centros, con excepción del CSN3, donde no se cuenta con atención médica. Además de reportarse deficiencias en los servicios médicos, en los CSN4 y CSN5, donde la calificaron como mala, en 12.5 y 28.5%, respectivamente.

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)
CSN1	70	85.71	100	70	50
CSN2	25	100	100	50	12.5
CSN3	100	-	100	-	50
CSN4	57.14	100	85.71	42.85	71.42
CSN5	50	25	100	-	75
CSN6	62.5	100	87.5	50	62.5
CSN7	90	88.88	100	80	50

Sobre el **ingreso voluntario**, en el CSN3, se reportó que la totalidad de las personas encuestadas ingresaron de esa manera; mientras que en los CSN1, CNS4, CSN5, CSN6 y CSN7 oscila entre 90 y 50%, siendo el CSN2, el único lugar que reportó solo la cuarta parte de este tipo de ingresos. Este dato difiere con lo indicado por las personas usuarias en cuanto a la firma del consentimiento informado, ya que nadie del CSN3 refirió haber



firmado el formato correspondiente; mientras que, en el CSN5, menos de la cuarta parte señaló esta circunstancia; en contraste, en los CSN2, CSN4 y CSN6, se informó de la aplicación de consentimiento en todos los ingresos voluntarios reportados, seguidos de los CNS1 y CSN7, con más del 85%.

Por otra parte, en cinco de los establecimientos visitados (CSN1, CSN2, CSN3, CSN5 y CSN7) todas las PPL entrevistadas manifestaron haber sido informadas, a su ingreso, sobre los derechos que les asisten como usuarios; en menor proporción se encuentran los CNS4 y CSN6, donde solo fue el 86% y 87% respectivamente.

Cabe destacar que la información sobre el momento de egreso de la persona, al terminar su tratamiento, no fue proporcionada en los CSN3 y CSN5; mientras que en el CSN4 solo fue referido en el 42.85%. No así en los CSN1, CSN2, CSN6 y CSN8, donde es mayor al 50%. Por otra parte, la información sobre los posibles efectos secundarios de los medicamentos administrados dentro de las instalaciones, fue proporcionada, en poco menos de tres cuartas partes de la población, en los CSN1, CSN3 y CSN7, donde, en promedio, se informó solo al 50%, encontrando que el centro más deficiente en este tenor, fue el CSN2, donde solo el 12.5% así lo refirió.

Como ya se señaló, los CSN2 y CSN4, son los centros que registran las más bajas prevalencias de ingresos voluntarios, aunque se observa la constante disponibilidad de brindar información a las personas usuarias, con relación a sus derechos y duración del tratamiento. En el CSN5 la información se brinda de manera constante, en cuanto a sus derechos y los posibles efectos secundarios de medicamentos.

a) Derecho a un nivel de vida adecuado

1. 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 mala (68)
CSN1	100	-
CSN2	100	-
CSN3	100	-
CSN4	100	-
CSN5	87.5	-
CSN6	100	-
CSN7	100	10

Con relación al suministro de alimentos, en los centros (6), encontramos que en el 86%, se reportó, por lo menos, el suministro de 3 alimentos diarios; observando que, en solo 5 de los centros, la percepción de la calidad de los alimentos es adecuada; con excepción del CSN7, donde el 10 por ciento consideró que la calidad de la comida es mala. Por su parte



solo CSN5 el 87.5% indicó el consumo de 3 alimentos al día, mientras que el restante se abstuvo de responder.

2. Derecho a vestido adecuado

Centros	Derecho a un nivel de vida adecuado		
	Derecho a vestido adecuado		
	Porcentaje de personas que reportaron considerar podían bañarse y cambiarse con regularidad y privacidad (61)	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)
CSN1	80	80	80
CSN2	25	62.5	50
CSN3	100	100	-
CSN4	100	71.42	100
CSN5	62.5	75	75
CSN6	100	100	100
CSN7	90	-	70

De los resultados obtenidos, sobresale la relación entre la privacidad para bañarse, cambiarse la vestimenta, con el acceso a productos de higiene personal y ropa limpia, como ejemplifican los centros CSN1, CSN3, CSN4 y CSN6. Pues, en este sentido se observa que, a pesar de que en el CSN7, el 90% refirió contar con privacidad y oportunidad para lavar su ropa, esta situación fue menor, con un 70%, que indicó la falta de apoyo por parte de personal del centro para facilitar enseres de higiene personal, de requerirlo; por su parte, en el CSN2 se reportó, que solo el 50% de las PPL manifestaron contar con la oportunidad de lavar su ropa con regularidad y, el 25%, con privacidad durante el baño.

3. Derecho a un nivel de vida adecuado

Centros	Derecho a un nivel de vida adecuado				
	Derecho a una vivienda adecuada				
	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 han tenido que dormir en el suelo o en posiciones incómodas (55)	Observaciones sobre el centro
CSN1	90	80	90	20	"Solicito tener más contacto con mi familia, principalmente con mis hijos".



CSN2	87.5	37.5	62.5	62.5	“La comida que está echada a perder no las dan de comer y cuando nos bañamos, nos bañamos con otras dos compañeras o más”. “No hay privacidad, mucha higiene tanto en el baño, cocina, dormitorio, hay muchas cacas de rata”.
CSN3	100	-	100	-	“Si se desobedece el reglamento merece o será obligado a ser sancionado a la persona, 24 horas, en la silla sin tener derecho de sus cosas normalmente”.
CSN4	85.71	71.42	85.71	71.42	“Me siento agradecido con el establecimiento por una nueva oportunidad de salir adelante”. “Yo quisiera que se usara el teléfono o para transportarnos a veces si se ocupa más con la familia”.
CSN5	62.5	87.5	75	25	“La visita de mis familiares, papá y mamá, fue al mes; antes no tuve llamadas ni información ni nada”. “Cuestión de higiene de transmisiones, que los castigos sean para la persona que los ocasionó”.
CSN6	87.5	87.5	87.5	50	“No pues un 7.2, son 72 horas sentado con manos a las rodillas en espalda en escuadra hasta 200 horas”.
CSN7	90	90	100	-	“Me gustaría tener más llamadas mínimo 3 por semana y las actividades que no sean rutinarias”. “Me gustaría tener más llamadas y más tiempo libre”.

En lo que respecta a las condiciones de vivienda, también hay coincidencia entre el reporte de percepción de la comodidad y seguridad de las instalaciones, con las condiciones de estas y el estado de limpieza. Los centros en los que se reportaron mejores condiciones fueron CSN3 y CSN7, cabe destacar que, en estos, las personas entrevistadas manifestaron no haber tenido que dormir en el suelo o en posiciones incómodas, contando con suficientes espacios para los usuarios. Seguidos de los CSN1, CSN2, CSN4 y CSN6, donde los porcentajes relacionados a estancia cómoda y segura, así como limpieza de las instalaciones, se encuentra entre el 90 y 60%; no obstante, esta proporción cambia en lo



que respecta a la percepción de las instalaciones, aspecto en el cual, el CSN4 reportó el mayor porcentaje, con un 71.42%, mientras que el CSN2, el menor, con un 37.5%.

En este tenor, las personas usuarias del CSN1, manifestaron la necesidad de espacios para descansar, ya que el 20% refirió haber tenido que dormir en el suelo; en el CNS5 el 25% señaló esta situación, seguido del CSN6, donde la mitad de los entrevistados aseveró dicha situación, con la prevalencia más alta por parte de los CSN2 y CSN4, con 62.5% y 71.42%, respectivamente.

b) Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

1. Abolir castigos corporales

Centros	Tabla A. Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes		
	Abolir castigos corporales		
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron que en el establecimiento se aplica alguna clase de sanción o castigo (80)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido aisladas del resto de sus compañeros dentro del establecimiento (81)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de golpes por parte de alguien del establecimiento (83.1)
CSN1	60	40	-
CSN2	100	12.5	37.5
CSN3	100	-	-
CSN4	28.57	-	-
CSN5	50	-	-
CSN6	37.5	12.5	12.5
CSN7	-	-	-

Centros	Tabla B. Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes			
	Abolir castigos corporales			
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de humillaciones por parte de alguien del establecimiento (83.2)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de amenazas por parte	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctimas de privación de agua o comida por	Porcentaje de personas entrevistadas que manifestaron haber sido informados sobre qué hacer en caso de haber sido



		de alguien del establecimiento (83.3)	parte de alguien del establecimiento (83.6)	víctima de malos tratos (87)
CSN1	-	30	-	10
CSN2	75	12.5	50	-
CSN3	-	-	-	-
CSN4	-	-	-	14.28
CSN5	-	12.5	-	12.5
CSN6	12.5	12.5	-	-
CSN7	-	-	-	-

En cuanto al reporte de la **aplicación de sanciones o castigos**, mientras que en los CSN2 y CSN3, la totalidad de las personas entrevistadas manifestaron la aplicación de sanciones, en el CSN7, las personas indicaron que dichos actos no son implementados en las instalaciones de ese centro.

Destacando la prevalencia de malos tratos, por parte de personal de la institución hacia la población de usuarios, en los CSN3, CSN4 y CSN5, situación que fue referida por el 100% de las PPL entrevistadas; mientras que en el CSN6, fue del 87.5%, seguido del CSN, con el 50%.

Entre las practicas relacionadas a este tema, es frecuente la implementación de amenazas en los CSN1 (30%), CSN2 (12.5%), CSN5 (12.5%) y CSN6 (12.5%), seguida de aislamiento en los CSN1 (40%), CSN2 (12.5%) y CSN6 (12.5%); los golpes se encontraron en los CSN2 (37.5%) y CSN6 (12.5%), las humillaciones en los CSN2 (75%) y CSN6 (12.5%), así como la privación de agua y alimento en el CSN2 (50%).

De manera particular, en el caso de los CSN2 y CSN6, se referió el uso de maltratos, aislamiento, golpes, humillaciones y amenazas como forma recurrente de sanción por parte del personal operativo del establecimiento, dichas prácticas que pueden ser prevenidas con mecanismos eficaces para su denuncia. Inicialmente se informó sobre el procedimiento que se realiza, en caso de que la persona usuaria fuera víctimas; en este tenor, de los centros visitados, en 3 de ellos (CSN1, CSN2 y CSN5), se le informó, a menos de la cuarta parte de PPL entrevistadas (43%), mientras que en el 57% no se brindó referencia al respecto a los usuarios y usuarias.

En específico, en el caso del CSN2, la persona responsable del centro indicó que, cuando una usuaria presenta una conducta que va contra las reglas del establecimiento, el personal encargado pasa el reporte al padrino de la persona usuaria y dialogan con ella para hacerle ver el comportamiento inadecuado, a fin de que lo modifique. Sin embargo, como se señaló en las tablas anteriores, se manifestó la presencia de diversas formas de maltrato, y durante las entrevistas realizadas a las personas usuarias que estaban presentes al momento de la visita, dos manifestaron que a quien desobedece el reglamento interno se le sanciona “aplicándolas”, es decir dejándolas de pie junto a la pared por hasta 16 horas, tiempo en el cual pueden orinar o defecar paradas; asimismo, refieren que se bañan tres usuarias a la vez, sin condiciones de privacidad.



En el caso del CSN6, la persona encargada negó, de manera categórica, que se aplicara algún tipo de sanción o castigo; sin embargo, uno de los usuarios entrevistados reportó que los servidores, padrinos, o consejeros⁴⁵, son responsables de realizar distintos tipos de castigos, llamados comúnmente “aplicaciones”, entre ellos se encuentran: 1) el “7-2” (estar 72 horas sentado, con las manos en las rodillas, de espalda en contra de la pared, “en escuadra”), y 2) permanecer hasta 200 horas continuas sin dormir. Usualmente estos castigos se aplican si el usuario “viene renuente” o “intolerante”, lo que implica no desear participar en el programa de “rehabilitación”. El usuario, al que se hace referencia, reportó además que dos compañeros fueron “aplicados”, y enviados “a dormir”, en el momento en el que llegaba el personal del Mecanismo Nacional, para que no estuvieran presentes durante la visita.

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

Centros	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	
	Garantizar acceso a los medicamentos esenciales para el tratamiento de la dependencia a drogas, el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos	
	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)
CSN1	10	90
CSN2	62.5	62.5
CSN3	50	50
CSN4	28.57	85.71
CSN5	37.5	87.5
CSN6	25	87.5
CSN7	-	90

Respecto 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”, esto fue en el CSN1, en 90%, y en el CSN6, en 75%. Mientras que en los CSN2 y CSN3, más del 50% refirieron que tuvieron que esperar mucho tiempo para que se atendiera su malestar. Por lo que hace al suministro de medicamento o atención suficiente para mejorar el dolor ante algún malestar o dolencia, en los CSN1 y CSN7, se encontró, que en 90% respectivamente, dieron respuesta favorable; en tanto que, en los CSN5 y CSN6, fue el 87.5%, seguido de los CSN4

⁴⁵ En lo que respecta al tratamiento ofertado en modalidad residencial, los datos del Diagnóstico Nacional de Servicios Residenciales (2011), revelan que el 85% de los servicios que se brindan en estos establecimientos son de grupos de ayuda mutua. El personal que participa en estos grupos son en su mayoría ex consumidores rehabilitados a través de esquemas de atención similares, de pares a pares. La mayoría oferta su experiencia como el eje principal de su servicio de apoyo para dejar el consumo, a través de actividades de asesoría ó “consejería”. El perfil de estos prestadores de servicios, comúnmente identificados como “madrinas o padrinos”, “servidoras o servidores”, “operadoras u operadores”, es principalmente de hombres (88%), con un nivel de escolaridad promedio de secundaria completa (33%), en un rango de edad de 30 a 59 años (74%), y sólo el 24% cuenta con estudios especializados en adicciones. “Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones”, consultable en: https://conocer.gob.mx/contenido/publicaciones_dof/EC0548.pdf



y CSN2, con un 85.71% y 62.5%, respectivamente. El CSN3 fue el centro que contó con la menor tasa de efectividad, con el 50%.

c) Derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria

1. 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		
	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		
	Tiempo mínimo de internamiento (días) (6)	Tiempo máximo de internamiento (días) (6)	Media (6)
CSN1	31	186	77.5
CSN2	31	93	56
CSN3	3	7	5
CSN4	31	93	73
CSN5	31	217	87.12
CSN6	62	155	116.25
CSN7	3	31	16

En lo que respecta al tiempo de estancia, derivado al tratamiento, se observa que el tiempo mínimo fue de 3 días (en el CSN7), con una estancia máxima reportada en el CSN5 de 217 días (7 meses). Encontrando que la media de internamiento máxima es de 116.25 días en el CSN6. Se observaron casos de estancia que oscilan, entre 5 a 7 meses de internamiento, en los CSN1, CSN5 y CSN6, 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

Centros	Derecho a la privacidad		
	Prevenir la interferencia arbitraria e ilegal con la privacidad, la vida familiar, el hogar y la correspondencia		



	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 refirieron 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)
CSN1	90	70	80	90	50	90	50
CSN2	75	37.5	62.5	50	-	75	12.5
CSN3	50	-	-	100	100	100	-
CSN4	85.71	85.7	100	71.42	28.57	71.42	71.42
CSN5	62.5	100	100	75	12.5	75	62.5
CSN6	100	100	87.5	71.42	-	87.5	75
CSN7	90	100	90	90	-	50	40

Sobre la prevención de la interferencia arbitraria e ilegal de 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, en el CSN6, manifestaron contar con privacidad durante el procedimiento; este dato es seguido de los CSN1 y CSN7, donde el 90% también contestaron en manera afirmativa. Mientras que la mitad de las personas usuarias del CSN3 manifestaron no haber contado con privacidad. En el caso de los CSN2, CSN4 y CSN5, más de la mitad de la población indicó haber contado con la adecuada privacidad durante la valoración médica.

En cuanto a la comunicación de las PPL con sus familiares o persona de su confianza, el 100% de las que se encuentran en los CSN5, CSN6 y CSN7, señaló que si les permite; seguido del CSN4, con 85.7%, y del CSN1, donde se observó el 70%; mientras que el CSN2 registró solo el 37.5%, lo cual coincide con las cifras relacionadas a las visitas que reciben las personas usuarias en las instalaciones, en este caso, el CSN2 reportó la prevalencia más baja, con el 62.5%.

Llama la atención que en lo que respecta a la libertad de tiempo para el descanso, que la totalidad de las PPL que se encuentran en el CSN3 informaron que cuentan con dicha libertad; mientras que en el CSN1, solo la mitad señaló esta circunstancia, precedido del CSN4 donde se fue un 29% y, en el CSN5 un 12.5%, hizo referencia a ello; coincidiendo con la limitante de la participación de los PPL en las actividades organizadas por el establecimiento, donde los CSN4, CSN5 y CSN6 reportaron un porcentaje de más de la mitad (entre el 62.5% y 75%) que contestaron de manera afirmativa; mientras que en los CSN2 y CSN7 esta situación se observó por debajo del 40%. En el CSN3, la totalidad de las PPL entrevistadas indicaron que en ese centro no se cuenta con actividades; mientras que en el CSN2, fue del 37.5% y, en el CSN1 del 20%.



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

Centros	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	
	Porcentaje de personas que no están por cuenta propia y tuvieron la oportunidad de mostrar inconformidad con su estancia involuntaria (16)	Cambios, comentarios o quejas expresadas por las personas (46)
CSN1	50	"Como el mantenimiento sobre este plan". "Algo que necesites".
CSN2	0	"Que no quisiera mucho tiempo".
CSN3	100	"Cambiar mis actitudes y mantenerme limpio".
CSN4	28.57	"Psicólogo".
CSN5	-	"Más atención con las mujeres".
CSN6	-	"Algo que no me agrade".
CSN7	10	"Hasta el momento ninguna".

El porcentaje de personas entrevistadas que no se encuentran por cuenta propia en las instalaciones y tuvieron la oportunidad de mostrar inconformidad en el CSN3, fue del 100%; seguido del CSN1, con el 50%. Mientras que para el CSN4 fue del 28.5%, y, con el 10%, en el CSN7. Al preguntar sobre los comentarios o quejas que existen, los comentarios se centran en aspectos como recibir trato individualizado con equidad de género, la reducción de la temporalidad del tratamiento, así como la mejora del plan e incorporación de actividades recreativas.

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

Centros	Libertad de pensamiento, conciencia y religión		
	Proporcionar información precisa y objetiva sobre las prácticas de drogas, daños y bienes y servicios		
	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 el plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación (43)



CSN1	90	“Principalmente valorar mi vida y todo es por mi bienestar y por todos”. “Cambiar mi manera de vivir y cumplir mis objetivos”.	90
CSN2	75	“Cambiar mis hábitos, malas amistades y costumbres”. “Cambiar la ingobernable”.	50
CSN3	-	“Controlar mis actividades y enfrentar mi egoísmo”.	-
CSN4	85.71	“Responsabilidad con mi familia”. “Realizar un modo de vida más feliz”.	85.71
CSN5	75	“Aprender a vivir sin adicciones”. “Tengo esperanza de dejar de tomar”.	87.5
CSN6	87.5	“Mantenerse en abstinencia”. “Recuperar mis amistades, mi trabajo y estar más con mi familia”.	100
CSN7	100	“Liberar todas mis emociones y que Dios me ayude con esto”. “Dejar de consumir droga y desintoxicación”.	90

Solo en el CSN7, el 100% de las personas entrevistadas fueron informadas sobre los principios de su plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación; mientras que, en los CSN2 y CSN5, solo el 75% fue informada; en contraste, en el CSN3, a ninguna de las personas entrevistadas se les informó al respecto; en igual porcentaje se omite incluir a los familiares en la implementación del plan de tratamiento en dichos centros. A diferencia de los CSN1, CSN4, CSN5 y CSN7, en los cuales se dieron reportes, del 85% al 90%. Siendo relevante el fortalecimiento en esta área, ya que el involucrar a la familia en el proceso de recuperación, es vital para lograr la reinserción de las personas usuarias a su entorno social, al concluir el tratamiento residencial, reduciendo así la posibilidad de fracaso o abandono del tratamiento.

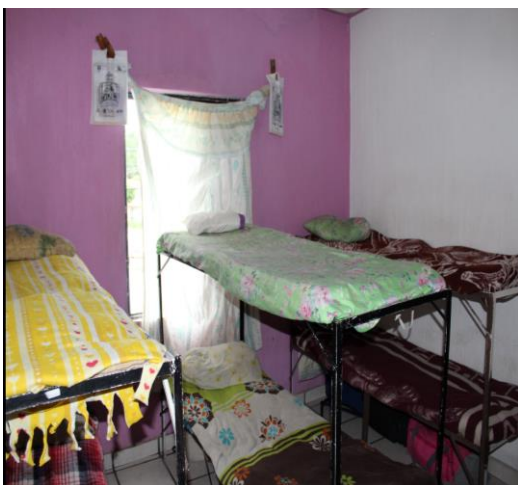
En cuanto al rubro de la percepción sobre su recuperación o rehabilitación, de manera global manifestaron ideas relacionadas a recuperar su bienestar físico y emocional, así como la mejora en su calidad de vida y preservar la abstinencia.



REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS CENTROS



Dormitorio y baños CSN1



Dormitorio y área común CSN2



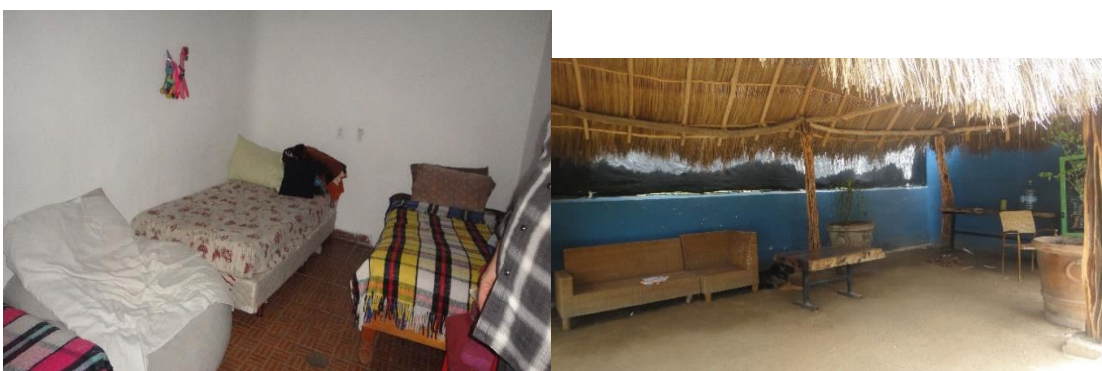
Baño y consultorio médico CSN2



Dormitorio y patio Jóvenes CSN3



Dormitorio y baños CSN4



Dormitorio y área de recepción CSN5



Listado de sanciones y regaderas CSN5



Baños y dormitorios CSN6



Oficinas para terapia y sala de usos múltiples, CSN7



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 Nayarit, si bien los resultados no se pueden extrapolar a todos los centros de atención residencial que actualmente operan en la entidad, permiten tener un panorama de las situaciones que se pueden presentar en el resto de los centros 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 siete establecimientos mencionados, en el período comprendido del 19 al 22 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.

A. Registro ante la CONADIC

Si bien los siete centros supervisados proporcionan atención residencial a los problemas de adicción a las sustancias, cinco de ellos, al momento de la visita, no contaban con registro ante la CONADIC (CSN1 Centro de Rehabilitación Contra las Adicciones “Las Puertas”, A.C.; CSN2, Centro “Jóvenes Mazatlán, una Oportunidad de Vida”, A. C.; CSN3, Centro “Jóvenes Tepic, Alcohólicos y Drogadictos”, A. C.; CSN4, Centro “Jóvenes, Vida y Esperanza”, A. C., y, CSN5, Comunidad Terapéutica “Vivir en la Verdad”, A.C.).

Los dos centros que contaban con registro son el CSN6, Centro “Aprendiendo a Vivir en Cristo”, A. C., de ayuda mutua, y, el CSN7, Instituto “Marakame”, del gobierno de la entidad, de tipo mixto.

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 la CONADIC” (numeral 5.2 y 5.2.1.1).

Este aspecto es particularmente relevante, dado que, como se verá más adelante, en 3 de los 5 centros que no cuentan con registro se reportó, al menos, un reporte de maltrato en las entrevistas a las personas internas (CSN1, Centro de Rehabilitación Contra las Adicciones “Las Puertas” A. C.; CSN2, Centro “Jóvenes Mazatlán, una Oportunidad de Vida”, A. C.; CSN5, Comunidad Terapéutica “Vivir en la Verdad”, A.C.), existiendo, además, diferencias cualitativas respecto a la forma de maltrato con relación a lo reportado en el CSN6, Centro Especializado en Tratamiento contra las Adicciones “Aprendiendo a Vivir en Cristo”, A. C., único centro con registro en el que se reportó alguna forma de maltrato.

Al respecto, debemos señalar que la Ley de Salud para el Estado de Nayarit, no refiere en su contenido, regulaciones en materia de la apertura y funcionamiento de centros de rehabilitación y tratamiento a personas con problemas de adicciones.

B. Cumplimiento de procedimientos normativos

Aunado a lo anterior, al verificar el cumplimiento de procedimientos normativos, como contar con aviso de funcionamiento, licencia sanitaria y lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de personas usuarias por protección civil, encontramos que los



centros CSN5 y CSN6 no cuentan con aviso de funcionamiento; sin embargo, todos los centros, con excepción del CSN1, no cuentan con licencia sanitaria.

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

Por otra parte, la Ley de Salud Para el Estado de Nayarit solo señala que “los establecimientos que prestan servicios de Asistencia Social, no requerirán, para su funcionamiento, de autorización sanitaria”; sin embargo, precisa que estos establecimientos “serán sujetos del control y vigilancia sanitaria, así como de los requisitos que establezcan las disposiciones reglamentarias y las normas que se expidan” (Artículo 240). No obstante, en la Ley de salud referida no se especifican las directrices normativas que deben acatar los establecimientos para la rehabilitación de personas con adicciones.

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

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

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

En este sentido, si bien la NOM-028-SSA2-2009 señala en su apartado de definiciones el concepto de “grupo de alto riesgo”, en el cuerpo de este instrumento jurídico no se hace mención de medidas de protección específicas tendientes a garantizar, promover y respetar los derechos humanos de las personas pertenecientes a estos grupos, mediante el establecimiento de acciones afirmativas que den un trato de mayor protección a la población con condiciones de vulneración estructural.

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

La farmacodependencia ha sido definida como:

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

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 Salud, los objetivos de tratamiento son:

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

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

1. 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)
2. 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
3. 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
4. Reconoce que resulta más factible, y menos costoso, incidir sobre los daños y consecuencias, que en pretender modificar del comportamiento adictivo

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

Al respecto, los datos obtenidos indican que existe una alta prevalencia de situaciones de crisis en los CSN2 y CSN5 (con 87.5% y 100%, respectivamente); sin embargo; las formas de abordar estas situaciones son claramente inapropiadas, pues mientras en el CSN5 se señaló que a las personas usuarias que presentaban alguna “crisis” se le medicaba, aun cuando se trata de un centro de ayuda mutua, o se les colocaban esposas, en el CSN2 se interviene “tranquilizándolos”. A esto se agrega que la percepción de que la atención médica que se les proporciona en los CSN2, CSN4 y CSN5, es mala, en un 12% a 37%, además de que en el CSN2 se señaló que el medicamento solo es prescrito por personal médico, en el 25% de los casos, lo que es congruente con lo señalado en cuanto a la medicación en un centro no facultado para ello.

Otro aspecto relevante que se señala, es que, si bien los problemas relacionados con sustancias son, como ya señalamos, reconocidos como problemas de salud mental, el ofrecimiento de este tipo de servicios hacia las personas usuarias de los centros supervisados no se da en todos los casos, teniendo reportes de ofrecimiento de este tipo de intervenciones en un rango del 60% al 87%. Incluso, en el CSN2 se indicó que las modalidades de tratamiento consisten en “juntas de motivación”, “resentimiento y recuerdos”, “servicios”, “aliviane” y “cadena de oración”, todos los cuales no son, propiamente, técnicas psicoterapéuticas especializadas para el tratamiento de problemas de adicción.



Así mismo, si bien, todos los centros indicaron que atendían problemas de adicción a sustancias varias, como alucinógenos, heroína, morfina, opioides, tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas y solventes, ninguno reportó esquemas de tratamiento específicos adaptados a la sustancia específica consumida.

Aunado a ello, se corroboró que no se realiza tratamiento específico para el síndrome de abstinencia que pueden presentar las personas internadas, señalándose que, en caso de que alguna persona acuda al establecimiento con un grado severo de intoxicación o con síndrome de abstinencia, no se refiere de inmediato a servicios de atención profesional que le corresponda y se ubica a las personas “en un dormitorio a efecto de que el síndrome de abstinencia lo pase en esta habitación” (ejemplo de ello es el CSN2).

En conclusión, mientras, a nivel internacional se reconoce a los trastornos derivados de la dependencia a sustancias psicoactivas, como un problema complejo y multifactorial, que requiere la implementación, según la NOM-028, “de tratamiento médico y/o psicosocial basado en principios científicos, sociales y éticos” (numeral 5.2.1.2), en la práctica, en los centros supervisados, esto no se realiza.

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

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

Como señala la Ley General de Salud (artículo 74 bis), respecto a los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, el consentimiento informado “sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente” (fracción III), de tal manera que las personas tienen “derecho a que le sean impuestas únicamente las restricciones necesarias para garantizar su protección y la de terceros. En todo caso, se deberá procurar que el internamiento sea lo menos restrictivo posible y a que el tratamiento a recibir sea lo menos alterador posible” (fracción IV).

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

En este sentido, llama la atención que sólo en uno de los centros supervisados (CSN3), el 100% de las personas entrevistadas reportaron encontrarse internadas de forma voluntaria; seguido del CSN7, con el 90%. En contraste, la cifra menor se documentó en el CSN2, con el 25%; mientras que en los CSN1, CSN4, CSN5 y CSN6 se reportaron cifras del 50 al 70%. Esto es relevante señalarlo debido a que todos los centros referidos, excepto el CSN7, al



ser centros sin registro ante la CONADIC o tratarse de centros de ayuda mutua —como es el caso del CSN6—, no estarían facultados a recibir internamientos involuntarios.

Aunado a ello, al cuestionar a las personas responsables de estos lugares, se indicó que el internamiento involuntario era solicitado y “autorizado” por los familiares de la persona que presenta problemas derivados del consumo de sustancia, sin verificarse lo señalado respecto a la Ley General de Salud y el Consejo Europeo de derechos Humanos.

Por otra parte, el señalamiento de encontrarse internadas/os de manera voluntaria no concuerda en todos los casos con el haber firmado un consentimiento informado, y esto es congruente con los bajos porcentajes en que se reportó, por parte de las personas entrevistadas, conocer los criterios para su egreso y cuándo sería este, así como los efectos y uso de la medicación que se les administran y sus derechos como pacientes. De estos resultados fueron especialmente bajos los porcentajes del CSN2.

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

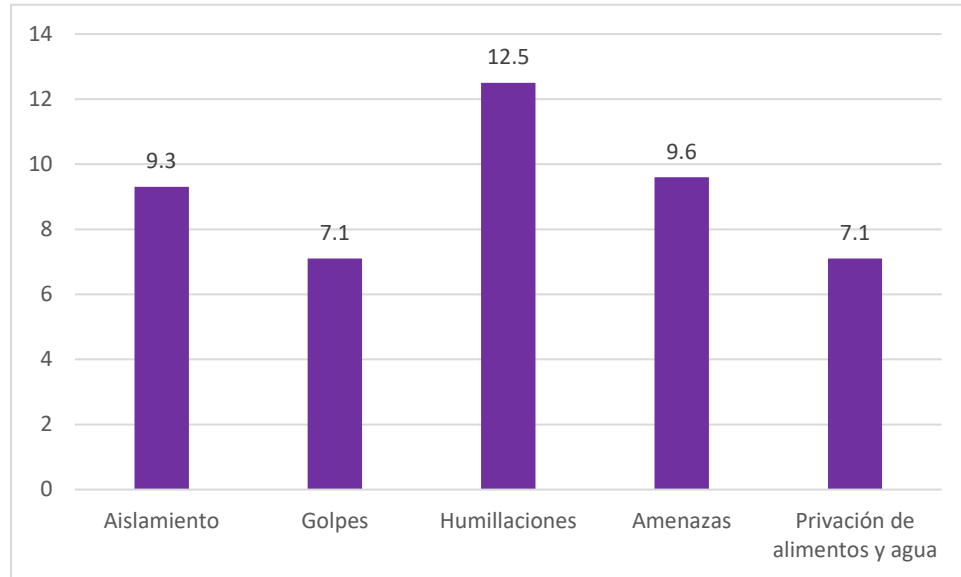
Al respecto, la Ley General de Salud, en la cual se indica que el internamiento involuntario solo puede proceder cuando “se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente” (artículo 74 bis fracción III). Esta necesidad de 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. Sin embargo, en los casos documentados en el presente informe, aun este mínimo no se cumple.



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

A lo anterior se agregan los reportes de diversas formas de maltrato documentadas por el personal del MNPT. Tomando en cuenta el universo de 53 entrevistas, la prevalencia de maltrato global se presenta en la siguiente gráfica:

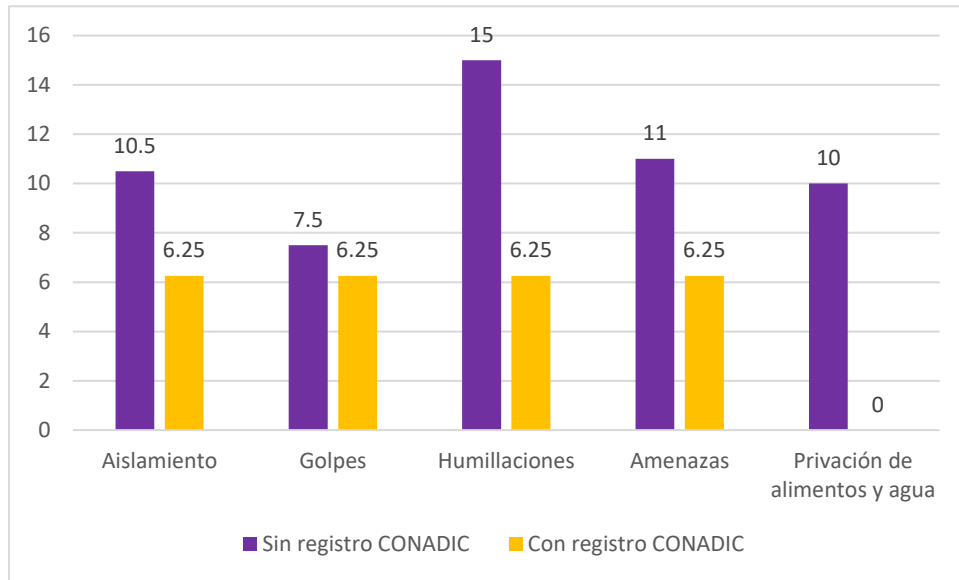


Gráfica 8. Prevalencia de formas de maltrato reportadas por personas privadas de la libertad entrevistadas, Estado de Nayarit

Esta prevalencia global; sin embargo, se debe leer a la luz del análisis de cada centro en particular.

Como se mostró en los resultados, solo en los centros CSN3, CSN4 y CSN7 no se reportó ningún caso de maltrato; mientras que, tanto en el CSN5 se reportaron solamente amenazas, y, en CSN1, se reportó aislamiento y amenazas. En contraste, en los CSN2 y CSN6 se reportaron aislamiento, golpes, humillaciones, amenazas y privaciones de agua o comida, diferenciándose por el número de personas que lo reportaron.

De tal manera que la prevalencia de estas diversas formas de maltrato en centros con y sin registro de la CONADIC se distribuye de la siguiente manera:



Gráfica 9. Prevalencia, expresada en porcentaje, de diversas formas del maltrato en centros con y sin registro CONADIC.

Esto contrasta con el hecho de que las personas responsables de los centros en cuestión refirieron que “no se ha presentado ningún caso hasta el momento” y que, en caso de que alguna persona refiera haber sido víctima de malos tratos, tortura o cualquier tipo de abuso, “se investiga y valora la situación, notificando al patronato y a la autoridad”.

Todos estos datos concuerdan con la revisión documental realizada para la elaboración del presente informe en el sentido de que, en los centros residenciales de atención a personas con problemas de adicción a sustancias psicoactivas, el maltrato es una práctica frecuente.

G. POSICIONAMIENTO

El registro de los establecimientos ante el CONADIC hace una diferencia relevante en la existencia de condiciones que limitan o niegan el derecho a la integridad personal, en particular el derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria, derecho a la privacidad, protección de la libertad de pensamiento, conciencia y religión y derecho a un nivel de vida adecuado y al disfrute del más alto nivel posible del derecho a la salud; sin embargo tanto en el CSN2, Centro “Jóvenes Mazatlán una Oportunidad de Vida”, A. C. y el CSN6, Centro “Aprendiendo a Vivir en Cristo”, A.C., se detectaron los casos de maltrato más graves, aunque el primero no tiene registro y el segundo sí.

El internamiento involuntario en condiciones de ilegalidad es otro de los factores relevantes que exponen a las personas al riesgo de vulneración de diversos derechos, en especial el derecho a la integridad personal, en particular el derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria y el derecho a la libertad.

H. 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 y 81 de la Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos y Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes y 41 del Reglamento del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, realiza informes y derivado de estos emite Recomendaciones a las autoridades competentes, de conformidad con lo que establecen los artículos 19, inciso b), y 22 del Protocolo Facultativo y con el objeto de mejorar el trato y las condiciones en que se encuentran las personas privadas de su libertad, así como prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, tomando en consideración las normas nacionales e internacionales en la materia, se emiten las siguientes **RECOMENDACIONES**:

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

De mediano plazo

1. Establecer criterios con perspectiva de derechos humanos, género y enfoque diferenciado para el otorgamiento de licencias sanitarias de los establecimientos de atención residencial de personas con trastornos 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

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

C. A la Comisión Nacional Contra las Adicciones

Inmediatas

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

De mediano plazo

3. 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.
4. 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 debido 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.
5. 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.

De largo plazo

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



(numerales 95-97) y a las visitas oficiales a los centros de detención (numerales 127-134).

D. A la Secretaría de Salud del Estado de Nayarit

Inmediatas

1. 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

2. 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

3. 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.
4. 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 Nayarit

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 Poder Legislativo del Estado de Nayarit

De mediano plazo

1. Legislar en materia de prevención y detección del consumo de drogas y prevención de las adicciones, con perspectiva de derechos humanos, género y enfoque diferencial, estableciendo la obligatoriedad de realizar la supervisión periódica de los centros especializados contra las adicciones, tanto públicos, como privados, al Consejo Estatal contra las Adicciones de la entidad, con el fin de garantizar los derechos de las personas que se encuentran en los establecimientos, en especial su derecho a la integridad personal.



En atención a lo dispuesto por los artículos 72, 73, 78 y 81 de la Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos y Penas Crueles, 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, que en su artículo 22 señala:

“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