

MNPT



MECANISMO NACIONAL DE
PREVENCIÓN DE LA TORTURA

INFORME DE SUPERVISIÓN ISP- 08/2020 DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA



CNDH
M É X I C O



**INFORME DE SUPERVISIÓN ISP-08/2020
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
QUERÉTARO.**

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.**

**Secretaría de Salud del Estado de
Querétaro.**

**Poder Legislativo del Estado de
Querétaro.**

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

P R E S E N T E S¹

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



Preámbulo

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

- **Casa de Rehabilitación Femenil “Soledad Valencia”, A.C.**
- **Casa Hogar del Alcohólico I.A.P.**
- **Clínica de Rehabilitación Contra las Adicciones “Un Regalo de Dios”.**
- **Grupo “Lazos de Fe.”**
- **“Portal del Cielo” A.C.**
- **“Sendero de Luz Querétaro”, A.C.**
- **“Un Nuevo Amanecer” I.A.P.**

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 diferenciado	20
3.	Enfoque centrado en el hecho a prevenir	20
B.	Método	23
1.	Recolección de la información primaria	23
2.	Recolección de información secundaria.....	23
3.	Análisis de los datos	24
IV.	EVIDENCIAS	24
A.	Revisión documental	24
B.	Centros supervisados.....	27
C.	Registro Fotográfico De Los Centros	43
V.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	48
A.	Registro ante el CONADIC.....	48
B.	Cumplimiento de procedimientos normativos	48
C.	Características demográficas de las personas privadas de la libertad entrevistadas.....	49
D.	Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.....	49
E.	Consentimiento voluntario e informado y derecho a no sufrir detención arbitraria .	51
F.	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	54
VI.	POSICIONAMIENTO	55
VII.	RECOMENDACIONES	56
A.	A la Secretaría de Salud:	56
	De mediano plazo.....	56



De largo plazo	56
B. A la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.....	56
Inmediatas	56
De mediano plazo.....	57
C. A la Comisión Nacional Contra las Adicciones.....	57
Inmediatas	57
De mediano plazo.....	57
De largo plazo	57
D. Al Gobernador del Estado de Querétaro.....	58
E. A la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro	58
Inmediatas	58
De mediano plazo.....	58
De largo plazo	59



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**).

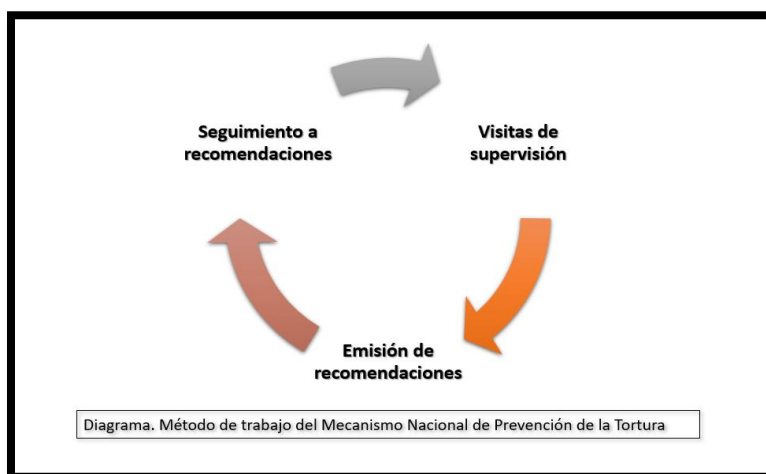


Diagrama del método de trabajo del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

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

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

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



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

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

II. CONTEXTO

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

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

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

Elementos constitutivos del concepto jurídico de Tortura.

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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁵ *Idem*.



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁸ Idem.



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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



III. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

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

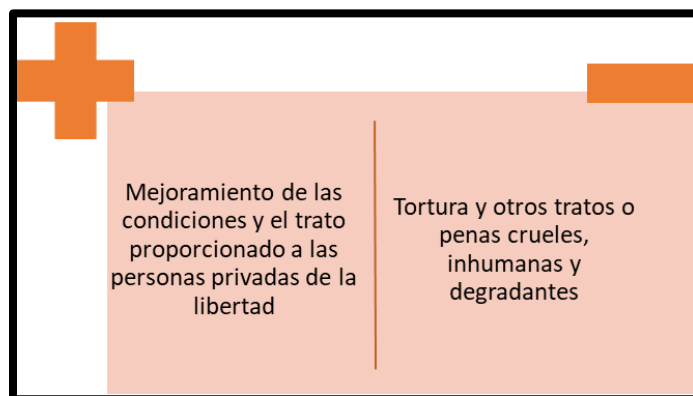


Figura 1. Relación entre condiciones, trato y tortura.

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 los enfoques aplicados en el presente informe y el procedimiento de recolección de información y análisis de los datos.



A. Enfoques analíticos

1. Enfoque de derechos humanos

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

Una herramienta esencial para alcanzar este objetivo es el enfoque de derechos humanos, el cual se define como “un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que se basa normativamente en estándares internacionales de derechos humanos y está operacionalmente dirigido a promover y proteger los derechos humanos”²³. Este enfoque implica identificar un sistema de derechos y obligaciones establecidas por el derecho internacional, el cumplimiento de los principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de la libertad en las Américas y el análisis del cumplimiento del fin legítimo que justifica la privación de la libertad (**Figura 4**).

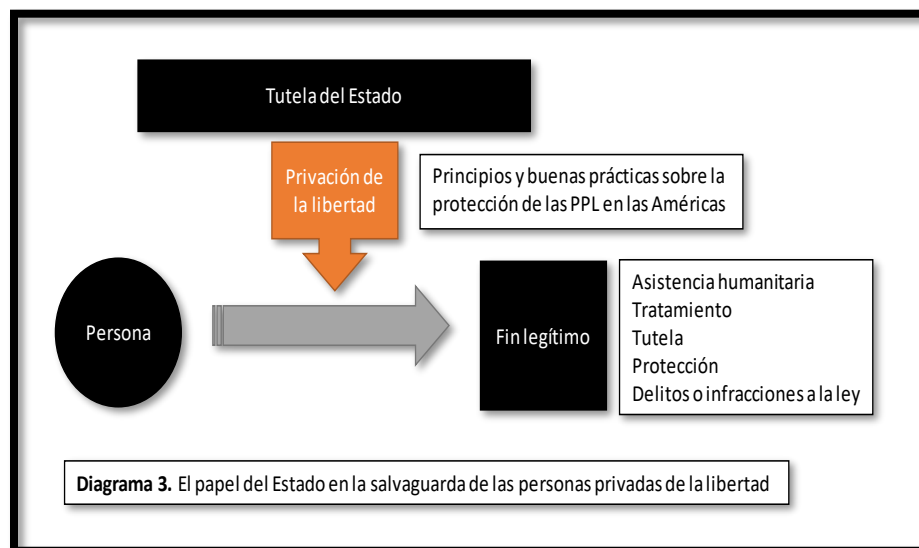


Diagrama del papel del Estado en la salvaguarda de las personas privadas de la libertad.

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

²³

Fuente:

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



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

Así, siguiendo las Directrices mencionadas, utilizaremos la desagregación que propone este instrumento, dado que “un derecho humano está constituido por múltiples subderechos en su interior” pues “en su mayoría los tratados internacionales y declaraciones establecen principios generales y no mandatos específicos de 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 siguiente tabla. Es importante señalar que esta presentación no implica que se trate de obligaciones independientes, sino de diferentes niveles que permiten un mejor análisis.

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 diferenciado

La Resolución WHA49.25, “Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública” (Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002), indica que, con el fin de “velar por la seguridad de los ciudadanos del mundo entero” y con el fin de que los Estados evalúen y comuniquen la información disponible sobre el problema, pide: “Caracterizar los diferentes tipos de violencia, definir su magnitud y evaluar las causas de la violencia y sus repercusiones de salud pública, incorporando así mismo en el análisis una perspectiva basada en las diferencias entre sexos” (p. 2)

Ello concuerda con lo indicado en la **observación general número 2 del Comité Contra la Tortura de las Naciones Unidas, CAT/C/GC/2**²⁴, del 24 de enero de 2008, que indica que los informes que presenten los Estados Parte deben contener:

“datos desglosados por edad, género y otros factores fundamentales (...) [los cuales] permiten (...) determinar y comparar tratos discriminatorios que de lo contrario pasarían desapercibidos y no se abordarían, y adoptar medidas correctoras (...) [además, los Estados Parte describirán], en la medida de lo posible, los factores que afectan la incidencia y la prevención de la tortura y los malos tratos, así como las dificultades que experimentan para impedir la tortura y los malos tratos contra determinados sectores relevantes de las población, como las minorías, las víctimas de tortura, los niños y las mujeres, teniendo en cuenta las formas generales y particulares que pueden adoptar esos actos de tortura y malos tratos” (numeral 23, p. 7)

Respecto a los derechos específicos, utilizaremos las **Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Políticas de Drogas ya referidas.**

3. 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,

²⁴ Fuente: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8782.pdf?view>

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



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.

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?**

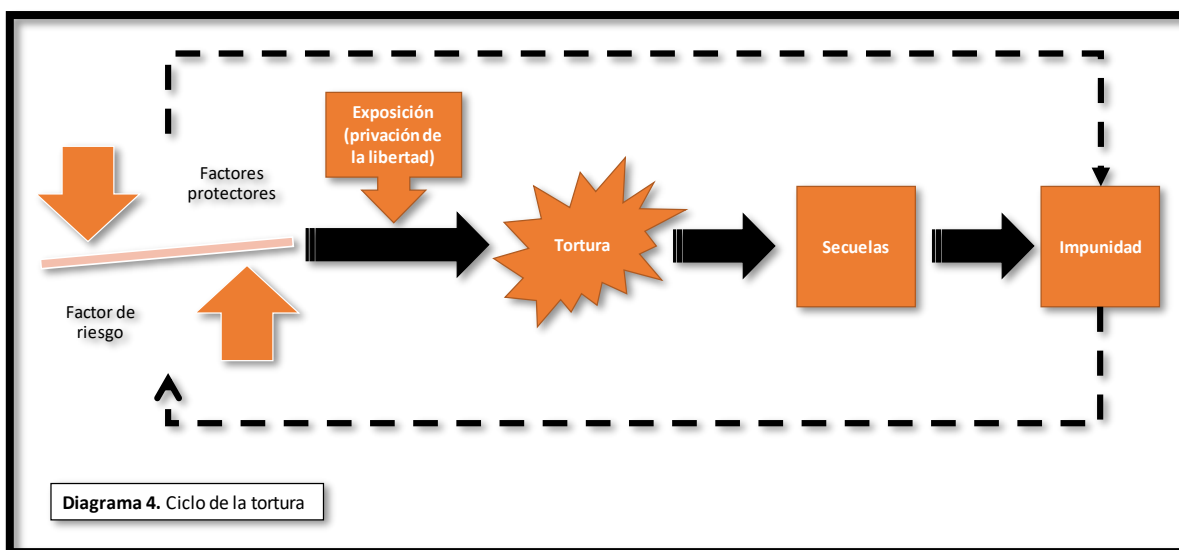
los miembros de la familia humana porque ataca a la misma base de nuestra existencia y de nuestras esperanzas de un futuro mejor” (p. 1) (Naciones Unidas, 2004).

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

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



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?



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 57 entrevistas con la distribución indicada en la **Tabla 3**.

Tabla 1. Distribución de número de encuestas a personas usuarias de los lugares supervisados.

Lugar Supervisado	Número de entrevistas
Casa de Rehabilitación Femenil “Soledad Valencia A.C.”	8
Casa Hogar del Alcohólico I.A.P.	8
Clínica de Rehabilitación Contra las Adicciones “Un Regalo de Dios”.	8
Grupo “Lazos de Fe.”	8
“Portal del Cielo A.C.”	8
“Sendero de Luz Querétaro A.C.”	9
“Un Nuevo Amanecer I.A.P.”	8
Total	57

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

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

IV. EVIDENCIAS

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

Acorde con el Decreto que crea el Consejo Estatal para el Control de las Drogas, actualmente denominado Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA)²⁹, publicado por el gobierno del estado de Querétaro en 2001, el estado cuenta desde entonces con este órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, “que tendrá por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a la prevención y combate del alcoholismo, el tabaquismo, la farmacodependencia, y demás adicciones que considere el Consejo, así como proponer, ejecutar o coordinar y evaluar los programas correspondientes” (p.1).

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 Gobierno del Estado de Querétaro. (12 de octubre de 2001). Decreto que crea el Consejo Estatal para el Control de las Drogas. P.O. No. 46. Archivo pdf recuperado de: <https://www.queretaro.gob.mx/transparencia/marcojuridico.aspx?q=YhT5iDRJbDCPCMxfuvsGiA==>



Además, de acuerdo a la Ley de Salud del Estado de Querétaro³⁰, en el seguimiento al Programa Nacional contra la farmacodependencia, el estado tiene la obligación de crear centros especializados para la prevención, atención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de personas usuarias de drogas (Artículo 19), dichos centros deberán contar con programas desarrollados “con base en sistemas modernos de tratamiento y rehabilitación, fundamentados en el respeto a la integridad y a la libre decisión del farmacodependiente” (Artículo 131) y serán supervisados con regularidad por el CECA y la Secretaría de Salud (p.38).

No obstante, la búsqueda documental referente a malos tratos y abusos en centros de rehabilitación de adicciones en el estado de Querétaro arrojó que en esta entidad se han presentado varias quejas y denuncias por irregularidades en la operación de dichos centros.

En 2011 la diputada local Blanca Pérez Buenrostro señaló que de los 50 centros de rehabilitación que había entonces en el estado, tan sólo 5 contaban con la certificación adecuada³¹, por lo que instó a dichos centros a regularizarse y así evitar situaciones de abuso.

Para 2016 medios locales del estado reportaron un aumento en la cantidad de centros y en las irregularidades de estos. Una nota periodística elaborada por Código Informativo documentó que “de acuerdo con Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA) y su titular Guillermo Tamborrel Suárez, en el estado de los 90 centros identificados por el CECA, al menos 50 de ellos deberían de ser clausurados al no contar con estándares médicos adecuados para preservar la integridad física, mental y psicológica de los pacientes; de este número total, sólo 10 cuentan con certificaciones legales, mientras que 30 operan sin avales oficiales, pero funcionan adecuadamente”³².

En la misma nota se señala que en el estado han ocurrido situaciones de abuso en centros de rehabilitación que han tenido como desenlace la muerte de los internos, tal como el caso del centro “Tercer Paso, Vida y Voluntad”, ubicado en la colonia Azucenas, donde un joven murió en febrero del mismo año a causa de prácticas de tortura llevadas a cabo en dicho lugar; ante estas denuncias el CECA declaró que no estaba dentro de sus facultades la inspección o sanción de los centros de rehabilitación con irregularidades.

También en 2016, una nota periodística del periódico Milenio³³ informó sobre el caso de Raquel, una mujer que huyó del “Centro de Tratamientos Juamai”, ubicado en el municipio de El Marqués, lugar al que acudió buscando atención y en donde sufrió abusos físicos y sexuales por parte de las personas encargadas de dicho centro. De acuerdo con la nota, la víctima relató que “el encargado de la disciplina identificado como Raúl “N”, comenzó a acosarla hasta que finalmente abusó sexualmente de ella en dos ocasiones durante las guardias nocturnas”, Raquel relató que tras huir del centro solicitó apoyo policial que no recibió, y acudió a la Procuraduría de Justicia de Querétaro, donde fue revictimizada por

³⁰ Gobierno del Estado de Querétaro. (30 de enero de 2010). Ley de Salud del Estado de Querétaro. P.O. No. 7. Archivo pdf recuperado de: <https://www.queretaro.gob.mx/transparencia/marcojuridico.aspx?q=YhT5iDRJbDCPCMxfuvsGiA==>

³¹ Notimex. (15 de diciembre de 2011). *Denuncian falta de certificación de centros de rehabilitación*. SDP Noticias. Recuperado de: <https://www.sdpnoticias.com/nacional/rehabilitacion-certificacion-denuncian-centros-falta.html>

³² Staff Código Informativo. (14 de marzo de 2016). *De 90 “anexos” que existen en Querétaro, 50 operan sin estándares médicos adecuados*. Código Informativo. Recuperado de: <https://codiceinformativo.com/2016/03/de-90-anexos-que-existen-en-queretaro-50-operan-sin-estandares-medicos-adecuados/>

³³ Álvarez, E. (28 de abril de 2016). *Paciente denuncia violación sexual en anexo de Querétaro*. Milenio. Recuperado de: <https://www.milenio.com/estados/paciente-denuncia-violacion-sexual-anexo-queretaro>



las autoridades del lugar quienes consideraron que no contaba con señales que indicaran agresión sexual.

Para agosto del mismo año, el Consejo Estatal Contra Adicciones llevó a cabo la revisión y clausura de dos centros de rehabilitación en este estado, debido a denuncias ciudadanas que reportaban irregularidades en la operación de estos.

En una nota realizada por El Universal Querétaro³⁴, se documentó que Carlos Maya, director del centro de rehabilitación “Fuente de Vida IAP”, el cual fue uno de los centros sometidos a revisión y clausura parcial, comentó al respecto de las revisiones que

“nos revisaron igual o peor que si fuéramos un hospital. Había muchas exigencias que nosotros no cumplíamos porque como instituciones de Asistencia Social, no somos negocio. Pedían póliza de seguro, dictámenes eléctricos, de gas, y como no las cumplíamos nos pusieron sellos de clausura parcial”

Además, esta persona consideró que “el comisionado estatal contra las adicciones, lejos de apoyarnos, ya no tanto de que nos den, porque ya no nos dan nada, siquiera que nos apoyara con los trámites, que nos diera tiempo para regularizarnos o para tratar de completar los requerimientos que piden”.

Posteriormente en el mes de septiembre, se detectaron 60 centros de rehabilitación que operaban de manera ilegal, de los cuales la mayoría tenían reportes que señalaban que en estos lugares la rehabilitación era “a través de golpes y torturas”.³⁵

Un año después, 2017, el titular del Consejo Estatal Contra Adicciones señaló que los centros de rehabilitación de adicciones del estado se habían vuelto “depósitos de personas” sin regulación alguna, propiciando situaciones de abuso hacia los internos. Esta declaración se dio tras hacerse público el caso de una mujer que fue internada en un centro de rehabilitación de adicción debido a su orientación sexual.

Por otra parte, en una nota elaborada por El Diario de Querétaro³⁶, se indicó que en aquel año se tenía conocimiento de la existencia de 90 directores o “padrinos” a nivel estatal, de los cuales, al menos la mitad, no contaban con la capacitación adecuada para ofrecer servicios de rehabilitación.

En marzo de 2018 la presidenta de la Defensoría de Derechos Humanos de Querétaro, Roxana de Jesús Ávalos Vázquez denunció serias deficiencias operativas en centros de rehabilitación de adicciones, principalmente en lo que se refiere a la falta de capacitación de quienes laboran en dichos lugares, y a la calidad de las instalaciones³⁷. Unos meses después el presidente municipal de Tequisquiapan, José Antonio Mejía Lira pedía vigilar de cerca que los derechos humanos de los internos no fueran violentados, esto a partir de

³⁴ El Universal Querétaro. (21 de agosto de 2016). *Clausuran dos anexos luego de denuncias ciudadanas*. El Universal Querétaro. Recuperado de: <https://www.eluniversalqueretaro.mx/metropoli/21-08-2016/clausuran-dos-anexos-luego-de-denuncias-ciudadanas>

³⁵ Zohar, A. (22 de septiembre de 2016). *Detectan en Querétaro 60 centros de rehabilitación ilegales*. UnoTV. Recuperado de: <https://www.unotv.com/noticias/estados/queretaro/detalle/detectan-queretaro-60-centros-rehabilitacion-ilegalmente-077172/>

³⁶ López, P. (10 de marzo de 2017). *Anexos, casas de terror; golpes y abusos contra adictos en centros de rehabilitación*. El Diario de Querétaro. Recuperado de: <https://www.diariodequeretaro.com.mx/local/anexos-casas-de-terror-golpes-y-abusos-contra-adictos-en-centros-de-rehabilitacion-441447.html>

³⁷ El Queretano. (3 de marzo de 2018). *Denuncia ombudsman queretana irregularidades en “anexos”*. El Queretano. Recuperado de: <https://elqueretano.info/trafico/denuncia-ombudsman-queretana-irregularidades-anexos/>



denuncias ciudadanas por malos tratos en el centro de rehabilitación “Los Sabinos”, ubicado en dicho municipio.³⁸

B. Centros supervisados

Datos de identificación de los centros supervisados.

CLAVE	NOMBRE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO
CSQ1	Casa de Rehabilitación Femenil “Soledad Valencia”, A.C.	Calle Rio Lerma s/n, Fraccionamiento Ampliación Santa Fe, C.P. 76755; Tequisquiapan, Querétaro.
CSQ2	Casa Hogar del Alcohólico I.A.P.	Calle Emilio Portes Gil, núm. 99, esquina con Manuel Ávila Camacho, Col. Santa Bárbara, Sector II, C.P. 76925; Corregidora, Querétaro.
CSQ3	Clínica de Rehabilitación Contra las Adicciones “Un Regalo de Dios”.	Río Bravo núm. 38, Col. San Cayetano, C.P. 76806; San Juan del Río, Querétaro.
CSQ4	Grupo “Lazos de Fe.”	Calle Aquiles Serdán, núm. 41, Col. San Centro, C. P. 76800; San Juan del Río, Querétaro.
CSQ5	“Portal del Cielo” A.C.	Calle Felipe Ángeles, núm. 21-A, Col. Los Alcanfores, C. P. 76150; Santiago de Querétaro, Querétaro,
CSQ6	“Sendero de Luz Querétaro”, A.C.	Calle Manuel de la Peña y Peña núm. 217, Col. Presidentes, C.P. 76080; Querétaro, Querétaro.
CSQ7	“Un Nuevo Amanecer” I.A.P.	Prolongación Lázaro Cárdenas núm. 1, Comunidad El Rodeo, C.P. 76800; San Juan del Río, Querétaro.

a) Información de los centros con 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
CSQ1	No	-	-	-	-	-	-
CSQ2	No	-	-	-	-	-	-
CSQ3	Sí	Mixto	Hombres	12 - 59	3 meses	\$ 7, 000	2020
CSQ4	No	-	-	-	-	-	-
CSQ5	No	-	-	-	-	-	-
CSQ6	No	-	-	-	-	-	-
CSQ7	No	-	-	-	-	-	-

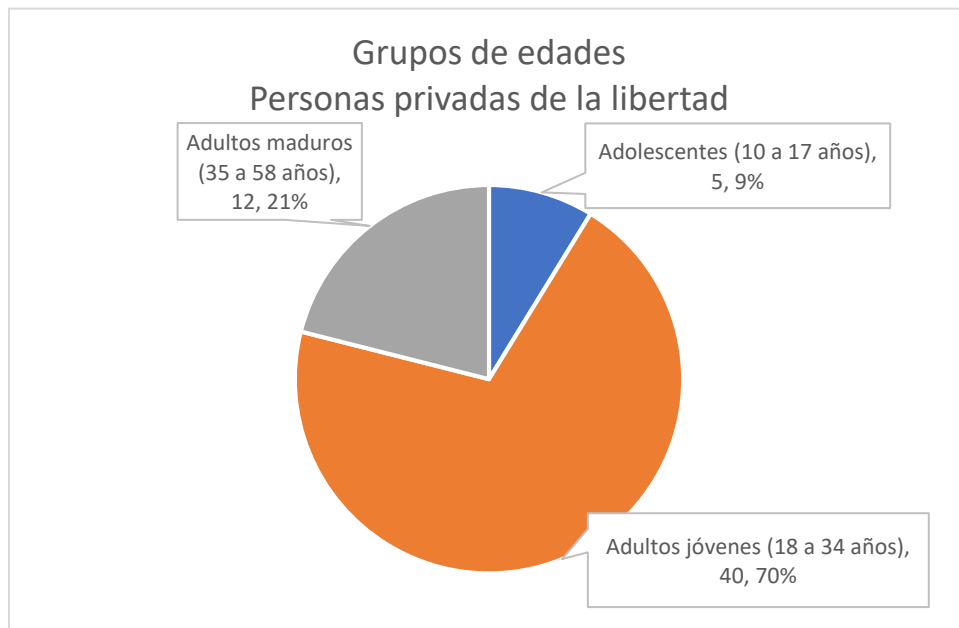
³⁸ Nieves, R. (3 de octubre de 2018). *Pide alcalde se investigue anexo tras denuncias de maltrato*. El Sol de San Juan del Río. Recuperado de: <https://www.elsoldesanjuandelrio.com.mx/local/pide-alcalde-se-investigue-anexo-tras-denuncias-de-maltrato-2041744.html>



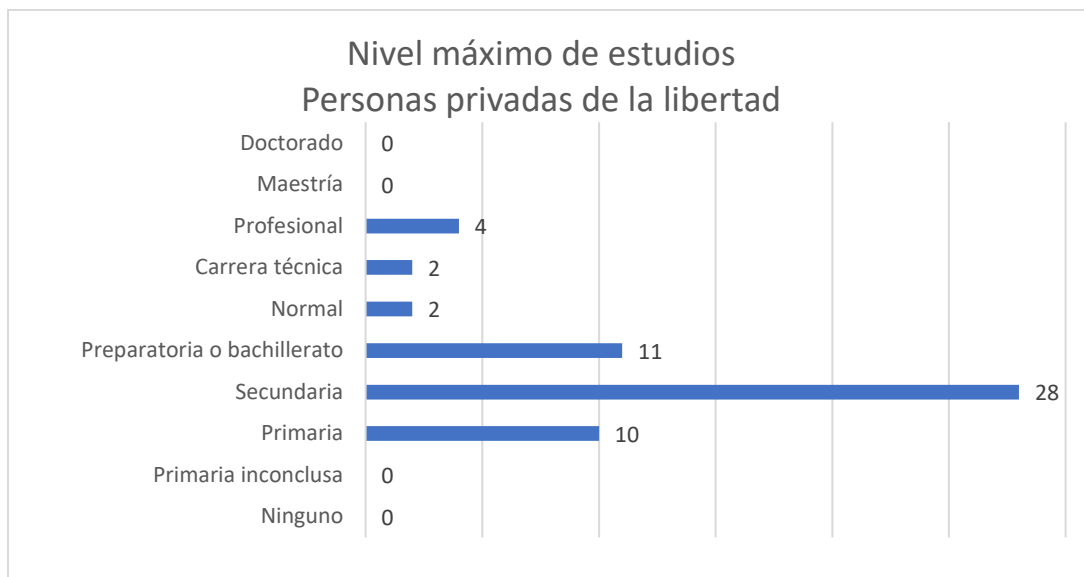
b) Avisos de funcionamiento, licencia sanitaria, lineamientos de seguridad, supervisión por protección civil

CLAVE	AVISO DE FUNCIONAMIENTO	LICENCIA SANITARIA	LINEAMIENTOS DE SEGURIDAD	PROTECCIÓN Y VIGILANCIA DE USUARIOS POR PROTECCIÓN CIVIL	SEÑALIZACIONES EXTERNAS
CSQ1	Sí	Sí	Sí	Sí	No
CSQ2	No	No	Sí	Sí	Sí
CSQ3	Sí	No	Sí	Sí	No
CSQ4	Sí	No	Sí	No	Sí
CSQ5	Sí	No	No	No	Sí
CSQ6	Sí	No	No	No	Sí
CSQ7	Sí	No	No	No	No

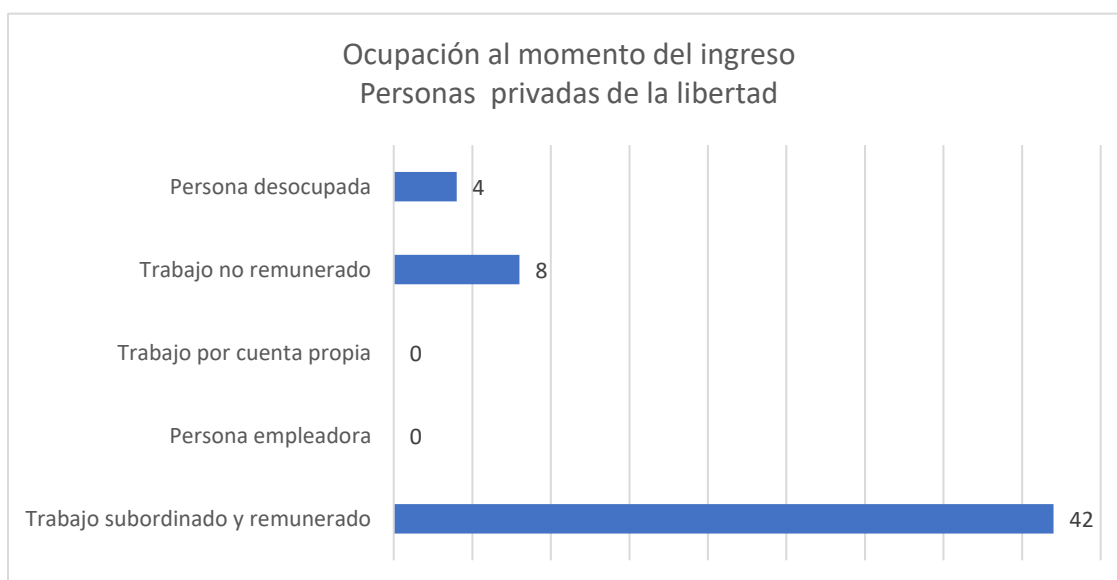
c) Perfil demográfico de las personas privadas de la libertad



Durante la realización de las visitas, personal del Mecanismo Nacional encontró que el rango de edad predominante en la población de usuarios es de adultos jóvenes (18 a 34 años) en un 70%, en contraste con un 21% de adultos maduros (35 a 58 años), seguido del 9% de población de adolescentes (10 a 17 años) la cual se encuentra en CSQ3 y CSQ6 (2 y 3 adolescentes entrevistados respectivamente), 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 secundaria³⁹) con el 49.12%, seguido de la media superior (preparatoria, bachillerato y carrera técnica) con 22.80%, con la presencia de personas solo con educación inicial (primaria) en un 17.54% y educación superior en 7.01%. No se detectó la presencia de personas con niveles de educación a inferior a la inicial.



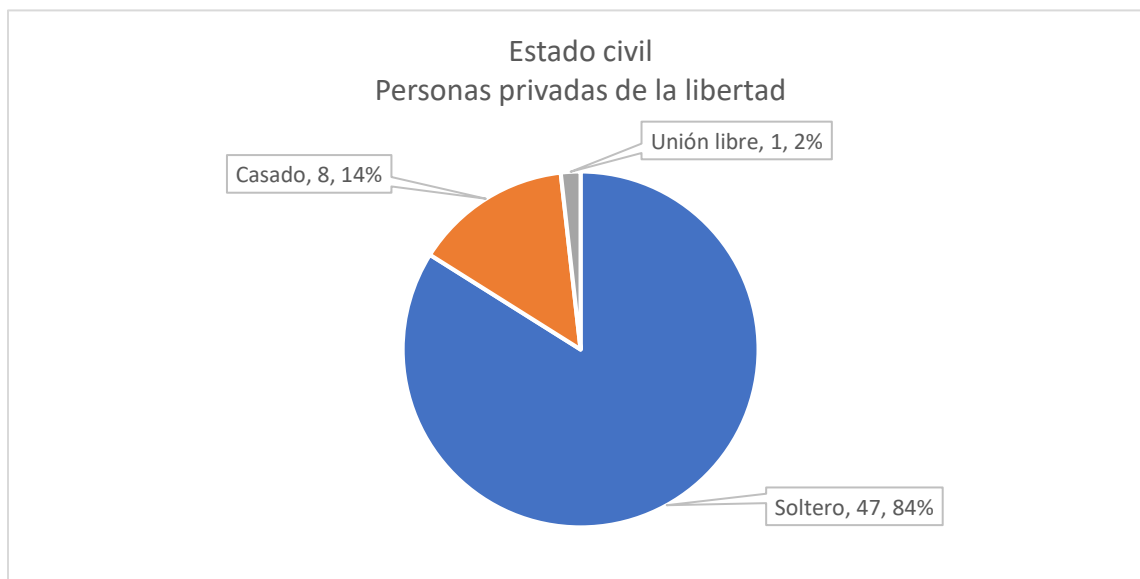
Otro de los hallazgos importantes de las visitas in situ es que las personas en los establecimientos especializados pertenecían mayormente, al momento de la visita, a la **Población Ocupada**⁴⁰ en su rubro de subordinados y remunerados (personas que tenían

³⁹ Fuente: http://www.planeducativonacional.unam.mx/CAP_01/Text/01_03a.html

⁴⁰ 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 77.77%; siguiendo en menor medida las persona con trabajo no remunerado⁴¹ con 14.81%, finalizando con las personas desocupadas⁴² en un 7.40%.



Sobre el **estado civil** de las personas privadas de la libertad, las personas solteras reportaron la prevalencia más elevada con un 84%, seguidas en menor cantidad por personas casadas en un 14%. En cuanto a personas en unión libre sólo se reportó en el 2% de PPL entrevistadas.

d) 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)
CSQ1	62.5	"Toman una liga, le dan vueltas y toman agua para bajar la ansiedad". "Nos dejan que nos tranquilicemos solas o nos suben al cuarto de reflexión".

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>

⁴¹ 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."

⁴² 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>



CSQ2	37.5	"Se acude a enfermería". "Me quitan la droga y me siento muy bien".
CSQ3	62.5	"Pues se habla con la persona y según el médico se trata". "Se busca la mejor manera de solucionar el problema con ayuda de especialistas". "Me rasco".
CSQ4	25	"Se le da atención médica, cuidados intensivos". "Absolutamente revisar, no obstante, nada de eso pasa".
CSQ5	37.5	"Se le atiende como se debe con la capacidad para atenderlo". "Se le aísla de población y se le dan unos calmantes en cuarto de reposo".
CSQ6	88.88	"Me da ansiedad por el dolor en un testículo y siento agresividad por no tener atención, dicen que estoy mintiendo". "Tomar precauciones". "Se le aplica amarrando o hincando por horas, o se les pone bozal".
CSQ7	87.5	"Se aplican primeros auxilios o emergencias". "Lo atienden inmediatamente". "Los atiende el doctor".

En relación con la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de reducción de daños, encontramos que existe una **alta prevalencia de situaciones de crisis en CSQ6 y CSQ7** (con 88.88 y 87.5% respectivamente), contrastando la disparidad del manejo ante dicha situación en los diversos centros, ya que, de manera específica en CSQ6 se gestionan las crisis, "amarrando o hincando por horas, o se les pone bozal". Cabe destacar que durante la entrevista un usuario refirió que la ansiedad era generada ante la falta de atención médica a los síntomas referidos; mientras que en CSQ7 lo hacen siendo apoyados por personal de la institución por medio de *"atención inmediata"* y *asistencia médica*.

Mientras en CSQ1 con el 62.5% de prevalencia de crisis, el personal del centro no realiza ninguna intervención, *dejando que las usuarias se tranquilicen solas o las llevan a un cuarto de reflexión*. Este porcentaje fue similar en el CSQ3 con 62.5%, seguidos de CSQ2 y CSQ5 con porcentajes iguales (37.5%). En CSQ5 llama la atención la referencia de medicación para mitigar dichas crisis.

2. 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)
CSQ1	100	12.5	Sí	12.5
CSQ2	100	-	Sí	75
CSQ3	100	-	Sí	100



CSQ4	100	-	Sí	87.5
CSQ5	75	12.5	Sí	50
CSQ6	100	25	Sí	-
CSQ7	100	-	Sí	87.55

Con respecto a la disponibilidad y accesibilidad de servicio médico de los establecimientos visitados, solo en CSQ5 el 25% indico no haber sido valorado por personal médico a su ingreso, mientras que la totalidad de CSQ1, CSQ2, CSQ3, CSQ4, CSQ6 y CSQ7 refirieron que sí.

En relación con la calidad de la atención médica proporcionada, en CSQ6 el 25% de las PPL entrevistadas indicaron que es mala, mientras que esta misma opinión se presentó en CSQ1 y CSQ5 en un 12.5%. Por otra parte, la prescripción de medicamentos por una persona profesional de la salud se reportó en la totalidad de los establecimientos visitados, sin embargo, en CSQ4, CSQ6 y CSQ7 en un 12.5%, 11.1% y 25% respectivamente, también indicaron que, alguien más los había recetado, sin precisar el cargo de la persona.

El ofrecimiento de servicios de salud mental es variable, ya que se reportó una alta prevalencia, la cual oscila entre el 100 y 87.5% en CSQ3, CSQ4 y CSQ7, mientras que en CSQ2 fue del 75%, seguido de CSQ5 con solo el 50%, destacando que en CSQ1 fue del 12.5% y en CSQ6 simplemente no se ofrece este tipo de servicios a los usuarios.

b. 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)
CSQ1	12.5	100	87.5	37.5	37.5
CSQ2	50	75	87.5	37.5	75
CSQ3	87.5	100	100	75	25
CSQ4	62.5	60	100	87.5	50
CSQ5	87.5	42.85	75	87.5	75
CSQ6	33.33	33.33	88.88	44.44	11.11
CSQ7	100	75	100	100	62.5



Sobre el **ingreso voluntario**, este se solo se reportó en la totalidad de las personas encuestadas en CSQ7, mientras que en CSQ2, CSQ3, CSQ4 y CSQ5 oscila entre 90 y 50%. Los porcentajes más bajos se documentaron en CSQ1, con 12.5%, y CSQ6 con 33.33%.

Esto no necesariamente se acompaña de la firma de un consentimiento informado en los centros CSQ2, CSQ4, CSQ5, CSQ6 y CSQ7. En particular se debe destacar que en CSQ5 y CSQ6 fue menos de la mitad las personas que refiriendo encontrarse internadas de forma voluntaria, refirieron haber firmado el formato de consentimiento correspondiente.

Por otra parte, en tres de los establecimientos visitados (CSQ3, CSQ4 y CSQ7) todas las PPL entrevistadas manifestaron haber sido informados sobre sus derechos como usuarios a su ingreso, en menor proporción en CSQ1, CSQ2 y CSQ6, donde solo fue el 87.5 y 88% respectivamente, mientras que en CSQ5 solo fue 75%.

Cabe destacar que la información sobre el momento de egreso del tratamiento es proporcionada en CSQ7 en la totalidad de los usuarios, mientras que en CSQ3, CSQ4 y CSQ5 fue más del 75%, seguido de CSQ1 y CSQ2 donde solo fue referido en el 37.5%. Por otra parte, la información sobre los posibles efectos secundarios de los medicamentos administrados dentro de las instalaciones es proporcionada en el 75% de la población, en CSQ2 y CSQ5, así como el 62.5% en CSQ7 y el 50% en CSQ4, siendo los centros más deficientes en este rubro el CSQ1, CSQ3 y CSQ6 (donde se refirió el 37.5, 25 y 11.11% respectivamente).

e) 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)
CSQ1	Sí**	-
CSQ2	Sí*	-
CSQ3	Sí*	-
CSQ4	Sí*	-
CSQ5	Sí	-
CSQ6	Sí	11.11
CSQ7	No	-

*: centros donde se reporto el suministro de 4 alimentos al día, **: lugares donde se reporto el suministro de 5 alimentos al día.

En relación con el suministro de alimentos, en 6 de los centros se reportó por lo menos el suministro de 3 alimentos diarios, donde CSQ1 proporciona 5 alimentos al día, mientras que en CSQ2, CSQ3 y CSQ4 se proporcionan 4. En relación con la percepción de la calidad



de los alimentos, de manera global es regular en el 33% de los centros referidos. Por su parte solo en CSQ6 el 11.11% indicó que es de mala calidad.

2. Derecho a vestido adecuado

Centros	Derecho a un nivel de vida adecuado		
	Derecho a vestido adecuado		
	Porcentaje de personas que reportaron considerar podían bañarse y cambiarse con regularidad y privacidad (61)	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)
CSQ1	12.5	50	100
CSQ2	75	50	62.5
CSQ3	100	100	100
CSQ4	62.5	62.5	87.5
CSQ5	75	75	100
CSQ6	11.11	55.55	44.44
CSQ7	50	75	75

Al analizar la relación entre la privacidad para bañarse, cambiarse la vestimenta con el acceso a productos de higiene personal y ropa limpia, solo el centro CSQ3 cumple en la totalidad de estos rubros. En contraste, en CSQ1 y CSQ6 el 12.5 y 11.11% respectivamente refirieron no contar con dicha privacidad. Por otra parte, solo la mitad de CSQ1 y CSQ2, así como poco más del 50% de CSQ6, reportaron que se ha proporcionado artículos de higiene personal en las instalaciones.

En relación con la posibilidad del aseo frecuente de la ropa, la totalidad de CSQ1, CSQ3 y CSQ5, indicaron contar con oportunidad para lavar sus prendas, no así en CSQ2 y CSQ6 donde solo lo refirió el 62.5 y 44.44% respectivamente.

3. Derecho a una vivienda adecuada

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 que hay quienes han tenido que dormir en el suelo o en posiciones incómodas (55)	Observaciones sobre el centro



CSQ1	12.5	12.5	25	87.5	"Es incómodo el exceso de internas..." "No puedo expresarme bien con mi familia, les lavan la mente a los familiares para que terminemos el tratamiento, dicen que, aunque nos saquen antes debemos pagar todo el tratamiento". "Necesitamos más lugar para dormir"
CSQ2	87.5	75	87.5	12.5	"Hay cucarachas en la cocina, chinches en las camas, alimentos en mal estado". "Hay goteras en el comedor, chinches en todos lados hasta en mi casa; la comida está muy buena y hay mucha higiene".
CSQ3	100	100	100	0	"Un contrato firmado dice 90 días y a veces los tardan más y en eso no me gustaría estar más tiempo".
CSQ4	75	62.5	62.5	50	"Pues en el tiempo que he estado internamente todo ha sido bueno, el trato hacia mí ha sido bueno, la comida de igual manera ha sido perfecta".
CSQ5	87.5	100	62.5	75	"En general es una casa hogar que facilita la oportunidad de una rehabilitación por medio de la palabra, aceptando a personas con problemas de adicción que se encuentran en situación de calle".
CSQ6	33.33	11.11	44.44	22.22	"No me gusta estar aquí estoy en contra de mi voluntad me golpean, amarran y me privan de muchas cosas, esto es terrible, me humillan y maltratan a diario y nada de esto lo dicen, todo lo callan y si decimos nos va muy mal". "No me gusta estar aquí, pues me privan de mi mucha cosa y aparte estoy en contra de mi voluntad y no creo necesario el estar aquí". "El establecimiento está bien, pero siento que tengo derecho a ser evaluado por un doctor para determinar si las condiciones son aptas para mi problema médico". "Pienso que los anexos son necesarios, pero deben de cambiar los malos tratos, las tribunas directas, castigos, gritos, amenazas"
CSQ7	100	87.5	87.5	25	-

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 CSQ2, CSQ3, CSQ5 y CSQ7, destacando CSQ3 con el 100% de referencia en relación con la comodidad, seguridad, condiciones de las instalaciones, así como su limpieza. Además, en este centro las personas entrevistadas manifestaron no haber tenido que dormir en el suelo o en posiciones incómodas, contando con suficientes espacios para los usuarios.

En CSN1, CSN2, CSN4 y CSN6 los porcentajes relacionados a estancia cómoda segura condiciones de las instalaciones y limpieza, fluctuaron entre un 90 y 60%, mientras que en CSQ1 y CSQ6 se obtuvieron las calificaciones de comodidad, adecuación y seguridad de las instalaciones menores al 40%. En particular en CSQ1 solo el 12.5% percibe sus condiciones de estancia como adecuadas y seguras; lo cual se relaciona con el reporte de que el 87.5% de las usuarias que refirieron haber tenido que dormir en el suelo o en posiciones incómodas, situación que se reportó en 50 y 70% de las personas entrevistadas en CSQ4 y CSQ5, respectivamente.

Así, al cuestionar a las personas entrevistadas respecto a sus inconformidades con los servicios de los centros supervisados, en CSQ1 se indicó la necesidad de espacios para descansar agregando que *“es incómodo el exceso de internas”*, mientras que en CSQ2 reportaron un problema de *“chinchas en las instalaciones”*, en CSQ3 la queja se relacionó con respecto a la prolongación de tiempos de tratamiento, mientras que en CSQ5, donde el mayor porcentaje de comentarios se relacionan a estar en contra de su voluntad, los malos tratos, tribunas directas, castigos, gritos y amenazas- Solo en CSQ4, CSQ5 y CSQ7 no se manifestaron inconformidades.

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

1. Abolir castigos corporales

Centro	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 reportó haber recibido o presenciado maltratos por parte del personal del establecimiento (82)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido informadas sobre qué hacer en caso de ser víctima de malos tratos (87)
CSQ1	75	75	25
CSQ2	62.5	25	0
CSQ3	75	0	0
CSQ4	25	25	12.5
CSQ5	25	0	36.5
CSQ6	100	77.77	0
CSQ7	37.5	0	36.5



En cuanto al reporte de la **aplicación de sanciones o castigos**, mientras que en CSQ6, la totalidad de las personas entrevistadas, manifestaron la aplicación de sanciones, en CSQ4 y CSQ5 las personas usuarias indicaron que dichos actos no son frecuentes en las instalaciones, reportando su aplicación en un 25%.

Centro	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes					
	Abolir castigos corporales					
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido aisladas del resto de sus compañeros dentro del establecimiento (81)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de golpes por parte de alguien del establecimiento (83.1)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de humillaciones por parte de alguien del establecimiento (83.2)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de amenazas por parte de alguien del establecimiento (83.3)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de sujeciones físicas (amarres) por parte de alguien del establecimiento (83.4)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctimas de privación de agua o comida por parte de alguien del establecimiento (83.6)
CSQ1	71.43	0	62.5	25	12.5	50
CSQ2	14.29	14.29	0	37.5	14.29	0
CSQ3	25	0	0	0	0	0
CSQ4	12.5	12.5	12.5	0	25	0
CSQ5	14.29	0	0	0	12.5	0
CSQ6	33.33	25	77.77	44.44	55.6	12.5
CSQ7	0	0	0	0	0	0

Dentro de las sanciones o castigos documentados, destaca el uso del aislamiento en 6 de los centros visitados, siendo la excepción CSQ7, con frecuencias que van de 62.5 y 33.33% en CSQ1 y CSQ6 respectivamente, al 25% en CSQ3, mientras que en CSQ2, CSQ4 y CSQ5 es del 12.5%.

En cuanto a golpes, estos fueron reportados por personas entrevistadas en los centros CSQ2, CSQ4 y CSQ6, teniendo mayor prevalencia en este último.

Por otra parte, la prevalencia de humillaciones se presentó con mayor frecuencia en CSQ1 (62.5%) y CSQ6 (77.77%) seguidos de CSQ4 con el 12.5%.

Estas cifras son consistentes con el reporte de amenazas en los centros supervisados, pues en CSQ1 se reportó en el 25%, CSQ2 con 37.5% y CSQ6 con 44.44%.

Las sujeciones físicas también fueron una práctica recurrente según reportaron las personas entrevistadas, en particular en CSQ6 (55.6%) y en menor medida en CSQ1, CSQ2, CSQ4 y CSQ5.



Por último, la privación de agua y alimento se reportó por el 50% de personas entrevistadas en CSQ1 y el 12.5% de las correspondientes a CSQ6.

De manera particular debemos señalar los casos de los centros CSQ6, en que fue referido el uso de aislamiento, golpes, humillaciones, amenazas, sujeciones y privación de agua o comida, como forma recurrente de sanción por parte del personal operativo del establecimiento. En el caso de CSQ1 se reportaron las mismas formas de maltrato, excepto los golpes. Mientras en CSQ2 y CSQ4 se reportó aislamiento, golpes, amenazas, humillaciones y sujeciones. Estos 4 centros concentran la mayor parte de los reportes de maltrato recabados durante las visitas de supervisión.

Por otra parte, en CSQ3 y CSQ5 se reportó aislamiento y, en este último, sujeción.

El único centro en el que no se reportó ningún tipo de maltrato fue CSQ7.

Por último, respecto a la información sobre el procedimiento a realizar en caso de ser víctimas de alguna forma de abuso o maltrato, solo en 4 de los centros visitados (CSQ1, CSQ4, CSQ5 y CSQ7) se reportó esta práctica, pero en cifras menores al 37% de PPL entrevistados, mientras que en CSQ2, CSQ3 y CSQ6 se refirió que no se proporcionó información al respecto.

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)
CSQ1	75	75
CSQ2	-	87.5
CSQ3	12.5	100
CSQ4	12.5	100
CSQ5	-	87.5
CSQ6	55.55	44.44
CSQ7	-	75

En relación a la garantía del acceso a los medicamentos esenciales para el tratamiento, se reportaron intervenciones “oportunas” en el 100% de CSQ2, CSQ5 y CSQ7; en contraste, se reportaron demoras para su atención en CSQ1 un 75%, seguido de CSQ6 con 55.55%.

Mientras que el 100% de los usuarios en CSQ3 y CSQ4 refirieron que el medicamento o atención fue suficiente para mejorar el dolor o malestar ante alguna dolencia, seguido por CSQ2 y CSQ5 con el 87.5%, mientras que en CSQ1 y CSQ7 fue del 75% en relación a la



eficacia del medicamento o atención proporcionada, cabe destacar que en CSQ6 menos de la mitad de los tratamientos resultaron eficaces para aminorar el malestar.

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

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

Centros	Derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria	
	Porcentaje de personas entrevistadas que indicó para ingresar a las instalaciones se le presionó/amenazó de alguna manera (15)	Garantizar que las personas no sean detenidas únicamente por su uso de drogas o dependencia de drogas (15.1)
CSQ1	37.5	Mentiras con ir a otro lugar
CSQ2	-	-
CSQ3	-	-
CSQ4	-	-
CSQ5	-	-
CSQ6	55.55	"Chantaje y manipulación". "Chantaje, me presionaron". "Me presionaron y golpearon".
CSQ7	-	-

En la garantía de no ser detenido únicamente por el uso o dependencia de las drogas, se manifestaron irregularidades en CSQ1 y CSQ6, donde el 37.5 y 55.55% manifestaron el haber sido presionados para su permanencia en las instalaciones.

Al respecto, en el CSM1, a pesar de contar con ingresos voluntarios, el 37.5% de los usuarios entrevistados manifestaron que su ingreso fue llevado a cabo mediante mentiras, siendo un caso similar CSQ6 en un 55.55%, donde se manifestaron chantajes y golpes. Esta situación no se reportó por las personas entrevistadas en el resto de los centros.

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

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)
CSQ1	62	93	69.75
CSQ2	15	93	52.6



CSQ3	62	93	69.75
CSQ4	31	124	73.62
CSQ5	31	730	133.87
CSQ6	31	62	44.77
CSQ7	31	93	69.75

En lo que respecta al tiempo de estancia, derivado al tratamiento, se observa que el tiempo mínimo fue de 15 días (en CSQ2), con una estancia máxima reportada en CSQ5 de 730 días (2 años, este último derivado de un ingreso obligatorio dictado por un juez), con una media de internamiento máxima de 133.87 días en CSQ5, observando casos de estancia que oscilan entre 1 a 4 meses de internamiento en nuestro universo de lugares visitados.

h) 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)
CSQ1	25	87.5	87.5	62.5	12.5	75	50
CSQ2	62.5	75	87.5	85.7	-	62.5	50
CSQ3	100	100	87.5	100	50	100	100
CSQ4	100	75	87.5	100	37.5	75	25
CSQ5	62.5	87.5	87.5	87.5	50	37.5	75
CSQ6	55.55	66.66	55.55	55.55	22.22	88.88	-
CSQ7	100	100	100	100	-	100	50



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 CSQ3, CSQ4 y CSQ7 manifestaron contar con privacidad durante el procedimiento, seguidas de CSQ2, CSQ5 y CSQ6 por arriba del 50%, mientras que solo la cuarta parte de CSQ1 manifestó haber contado con privacidad.

En relación a la comunicación de las PPL con sus familiares o personas de su confianza el 100% de CSQ3 y CSQ7 manifestó haber podido establecer comunicación, seguido CSQ1 y CSQ5 con 87.5%, así como CSQ2 y CSQ4 con 75%, mientras que CSQ6 registro solo el 66.66%, lo cual coincide con las cifras relacionada a las visitas en las instalaciones donde CSQ6 reporto de manera general la prevalencia más baja con el 55.55%, así como el apoyo de la establecimiento para establecer comunicación con el exterior, en igual porcentaje.

Llama la atención que en lo que respecta a la libertad de descanso, las estadísticas se invierten, ya que la totalidad de CSQ3 y CSQ7 informaron que no cuentan con dicha libertad, precedido de CSQ1, CSQ4 y QSC6 donde manifiestan ser libres de descansar con cifras oscilando entre el 12.5 al 37.5%, mientras que en CSQ3 y CSQ5 solo fue la mitad de PPL entrevistadas.

En lo que respecta a la participación de manera limitada en las actividades realizadas en el establecimiento, la totalidad de las personas entrevistadas en CSQ3 manifestaron contar participación libre, mientras que en CSQ5 fue del 75%, siendo solo la mitad en CSQ1, CSQ2 y CSQ7, la mayor limitación fue reportada en CSQ4, donde solo 25% manifestó dicha libertad.

i) 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 tuvo la oportunidad de mostrar inconformidad con su estancia involuntaria (16)	Cambios, comentarios o quejas expresadas por las personas (46)
CSQ1	-	"Tiempo de baño". "Faltan camas, exceso de internas (espacio)". "Que 6 meses es demasiado".
CSQ2	50	"Ninguno, que nos dieron una oportunidad".
CSQ3	12.5	-
CSQ4	12.5	-
CSQ5	12.5	-
CSQ6	22.22	"Me están enseñando a vivir con valores". "Maltrato físico y verbal". "Que no quiero ya estar aquí".



CSQ7	12.5	"Que es mucho tiempo". "Que sí me escuchan".
------	------	---

El porcentaje más alto de personas entrevistadas que no se encuentran por cuenta propia en las instalaciones y contaron con la oportunidad de mostrar inconformidad en CSQ2 con el 50%, seguido de CSQ6 con 22%, mientras que en el caso de CSQ3, CSQ4, CSQ5 y CSQ7 solo fue de 12.5%. Al preguntarse sobre los comentarios o quejas al respecto, estos se centran en aspectos como no recibir malos tratos y la reducción de la temporalidad del tratamiento.

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 compartido los principios de su plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación (41)	Ideas de recuperación o rehabilitación que tienen las personas (42)	Porcentaje de personas a las que se ha incluido a su familia o personas de confianza en su plan de plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación (43)
CSQ1	12.5	"Programa de vida". "La idea de no sufrir más por un vicio, salir adelante". "Pues que nos den más comunicación con la familia".	25
CSQ2	87.5	"Dejar de drogarme y salir adelante". "Terminar la preparatoria y seguir trabajando".	62.5
CSQ3	100	"Tener una vida útil y feliz". "Hoy tengo muchas ambiciones laborales".	87.5
CSQ4	87.5	"Recuperarme mentalmente". "Pues tener mejores planes de vida".	87.5
CSQ5	87.5	"Con la idea de recuperar mi confianza familiar". "Tengo que buscar a Dios, pues yo la verdad quiero cambiar".	50
CSQ6	77.77	"No consumir". "Salir sin adicciones". "Hablar con mi padrino, compartir en mi grupo mis problemas".	55.5
CSQ7	100	"Salir el día de mañana a vivir una vida productiva". "Reparar el daño con la familia".	87.5

Solo en CSQ3 y CSQ7, el 100% de las personas entrevistadas fueron informadas sobre los principios de su plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación, mientras que en CSQ2, CSQ4 y CSQ5 fue informado el 87.5%, en contraste en CSQ1 solo el 12.5% de las personas entrevistadas fue informada al respecto; de igual forma que se omite el incluir a los familiares en la implementación del plan de tratamiento, a diferencia de CSQ3, CSQ4 y CSQ7 los cuales reportaron el 87.5%, mientras que en CSQ6 y CSQ1 se presentaron los porcentajes más bajos, con el 25 y 55.55% respectivamente. 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 los usuarios a su entorno social, al concluir el tratamiento residencial, reduciendo así la posibilidad de fracaso o abandono de 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 preservación de la abstinencia.

C. Registro Fotográfico De Los Centros



Dormitorio y baños CSQ1



Área médica y material de curación CSQ1



Dormitorio y baños CSQ2



Resguardo de medicamentos y dormitorio CSQ2



Dormitorios y regaderas CSQ3



Consultorio médico y área de esparcimiento CSQ3



Dormitorio y baños CSQ4



Pasillos y botiquín CSQ4



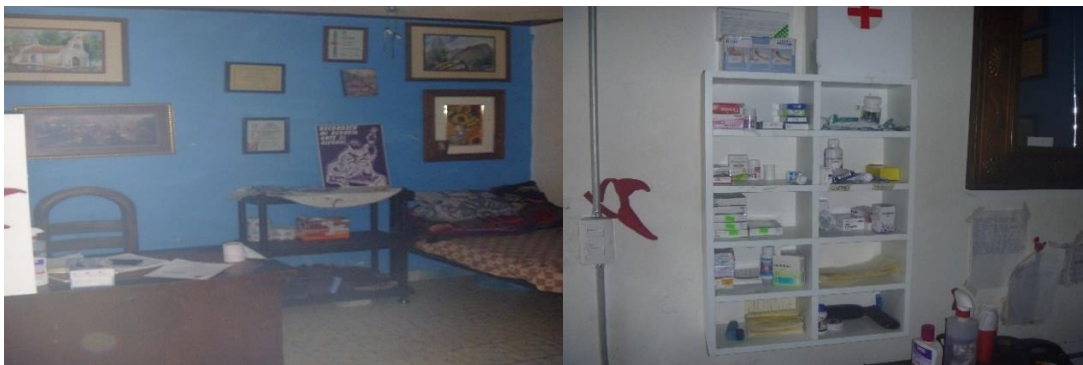
Dormitorios CSQ5



Dormitorios de nuevo ingreso y área médica CSQ5



Dormitorio y baños CSQ6



Consultorio médico CSQ6



Dormitorios CSQ7



Regaderas y consultorio médico CSQ7



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 Querétaro, y, si bien los resultados no se pueden extrapolar a todos los centros de atención residencial que actualmente operan en la entidad, permiten tener un panorama de las situaciones que se pueden presentar en el resto de los centros de la entidad.

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

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

A. Registro ante el CONADIC

Los siete centros supervisados proporcionan atención residencial a los problemas de adicción a las sustancias, sin embargo, solo uno de ellos CSQ3 Clínica de Rehabilitación Contra las Adicciones "Un Regalo de Dios" cuenta con registro ante el CONADIC, estableciendo que se trata de un tipo de establecimiento mixto.

El hecho de que 6 de los centros supervisados no cuenten con registro del CONADIC es muy relevante debido a que la NOM-028 indica que "los establecimientos especializados en adicciones, que brinden atención residencial deben contar con (...) el registro como institución especializada ante el CONADIC" (numeral 5.2 y 5.2.1.1).

Este aspecto y el tipo de internamientos realizados predominantemente en estos centros (involuntario), es particularmente relevante tomando en cuenta que en estos establecimientos se documentaron la mayor parte de los reportes de maltratos y abusos.

Al respecto, debemos señalar que la Ley de Salud para el Estado de Querétaro, si bien señala en su capítulo Octavo, sobre la salud mental, que dentro de "la atención a las enfermedades mentales" se comprende "la rehabilitación psiquiátrica y psicológica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas" (Artículo 76, numeral I) y la "creación, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales" (Artículo 76, numeral II), no existen en la citada Ley especificaciones respecto a la apertura y funcionamiento de centros de rehabilitación y tratamiento de personas con problemas de adicciones.

B. Cumplimiento de procedimientos normativos

En contraste a lo anterior, al verificar el cumplimiento de procedimientos normativos como contar con aviso de funcionamiento, licencia sanitaria y lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de personas usuarias por protección civil, encontramos que 2 de 7 centros no contaban con aviso de funcionamiento, mientras 6 de 7 no contaban con licencia sanitaria.



Por otra parte, los lineamientos de seguridad y de protección y vigilancia de usuarios por protección civil no fueron acreditados por todos los centros.

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

Por otra parte, la Ley de Salud Para el Estado de Querétaro señala que “Es competencia del Poder Ejecutivo del Estado y, en su caso, de las autoridades en materia de salud, ejercer el control y regulación sanitaria de los establecimientos y actividades enunciadas en el artículo anterior, mediante la realización de acciones de vigilancia y verificación de establecimientos, aplicación de medidas de seguridad, imposición de sanciones y, en general todos aquellos actos que tengan por objeto prevenir riesgos y daños a la salud de la población” (Artículo 4), sin embargo, como en el caso de los criterios para la adopción del registro ante el CONADIC para el funcionamiento de los centros de atención residencial a las personas con problemas de adicciones, no hay señalamientos expresos respecto a la obligatoriedad de que los establecimientos para la rehabilitación de personas con adicciones requieran de licencia sanitaria, un responsable sanitario y otros requisitos de acuerdo con el tipo de atención que proporcione.

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 daño⁴³.

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”⁴⁴

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

⁴³ <https://www.amnesty.org/download/Documents/4000/amr410202014es.pdf>

⁴⁴ 18 informe Comité de Expertos de la OMS en farmacodependencia



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

De acuerdo con las “Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas” de la Organización Mundial de la Salud⁴⁵, 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 fundamentos⁴⁶:

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

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

Al respecto, los datos obtenidos indican que existe una alta prevalencia de situaciones de crisis, especialmente en CSQ1, CSQ3, CSQ6 y CSQ7, contrastando la disparidad del manejo ante dicha situación en los diversos centros, pues mientras en CSQ1 *“Toman una liga, le dan vueltas y toman agua para bajar la ansiedad”*, *“Nos dejan que nos tranquilicemos solas o nos suben al cuarto de reflexión”*, en CSQ6 se gestionan las crisis, *“amarrando o hincando por horas, o se les pone bozal”*, en CSQ3 se soluciona *“el problema con ayuda de especialistas”* y en CSQ7 lo hacen siendo apoyados por personal de la institución por medio de *“atención inmediata”* y asistencia médica.

En congruencia con los anterior, en los centros CSQ1, CSQ5 y CSQ6 se reportó la percepción de una deficiente calidad de la atención médica, y, por ejemplo, en CSQ5 la persona responsable del centro que no cuentan con medicamentos del cuadro básico, psicofármacos, ni material de curación, y que en caso de requerirse se solicita vía telefónica a los familiares de la persona interna, quienes son las persona encargadas de proporcionarlo.

⁴⁵https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf

⁴⁶ <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510003.pdf>



Un aspecto relevante relacionado con todo lo anterior, es que, si bien, como vimos anteriormente, la Ley de salud del Estado señala que las personas con problemas “alcohólicos” y consumo habitual de “estupefacientes o sustancias psicotrópicas” son parte de los “padecimientos mentales” y su atención se contempla en el capítulo Octavo de dicha Ley, el ofrecimiento de este tipo de atención es una práctica común solo en 4 de los centros supervisados (CSQ2, CSQ3, CSQ4 y CSQ7), siendo solo el en centro con registro CONADIC en donde este tipo de atención se reportó por el 100% de las personas entrevistadas. En contraste, en CSQ1, CSQ5 y CSQ6 el ofrecimiento y la disponibilidad de este tipo de atención es poco frecuente, cuando no nula como en el caso de CSQ6.

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

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

En conclusión, mientras en los estándares internacionales se reconoce a los trastornos derivados de la dependencia a sustancias psicoactivas, como un problema complejo y multifactorial, que requiere la implementación, según la NOM-028, “de tratamiento médico y/o psicosocial basado en principios científicos, sociales y éticos” (numeral 5.2.1.2), en la práctica, esto se realiza como excepción y no como regla general, documentándose incluso casos como el de los centros CSQ4 y CSQ5 en donde se refirió que se implementa un modelo de atención “*crístocéntrico*”, comentarios como el recabado en el CSQ6 en el sentido de que, si bien “*el establecimiento está bien*”, la persona entrevistada agregó, “*pero siento que tengo derecho a ser evaluado por un doctor para determinar si las condiciones son aptas para mi problema médico*” (CSQ6).

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, 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 restringido⁴⁷.

En este sentido, llama la atención que la proporción de ingresos voluntarios en los centros supervisados fluctuaba entre el 100 al 12%. Los centros con mayor proporción de ingresos voluntarios, reportados por las personas entrevistadas, fueron CSQ3, CSQ4, CSQ5 y CSQ7, mientras que la menor proporción de ingresos voluntarios se reportaron en CSQ1, CSQ2 y CSQ6.

Esta situación se relaciona con la inconformidad respecto al internamiento, ya sea por la incomunicación, el trato o las condiciones de la estancia. Por ejemplo:

- “No puedo expresarme bien con mi familia, les lavan la mente a los familiares para que terminemos el tratamiento, dicen que, aunque nos saquen antes debemos pagar todo el tratamiento” (CSQ1)
- “No me gusta estar aquí estoy en contra de mi voluntad me golpean, amarran y me privan de muchas cosas, esto es terrible, me humillan y maltratan a diario y nada de esto lo dicen, todo lo callan y si decimos nos va muy mal” (CSQ6)
- “No me gusta estar aquí, pues me privan de muchas cosas y aparte estoy en contra de mi voluntad y no creo necesario el estar aquí” (CSQ6)
- “Pienso que los anexos son necesarios, pero deben de cambiar los malos tratos, las tribunas directas, castigos, gritos, amenazas” (CSQ6)

En especial es relevante señalar lo documentado en los centros CSQ1 y CSQ6, en los cuales se reportó por personas entrevistadas que se habían recibido presiones y amenazas para internarse e incluso se indicó por una persona que había sido llevado por la fuerza y golpeado (CSQ6).

A esta situación se agrega que en los centros referidos (CSQ1 y CSQ6) se documentaron tiempos prolongados de estancia y la falta de información respecto al momento y los criterios para su egreso y a la explicación respecto al tipo de tratamiento farmacológico que se le administra.

Todo lo anterior contraviene lo señalado en la NOM-028, la cual indica que el ingreso en forma involuntaria “se presenta en el caso de los usuarios que requieren atención urgente o representan un peligro grave e inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, el usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del establecimiento” (numeral 5.3.2). Tomando en cuenta que

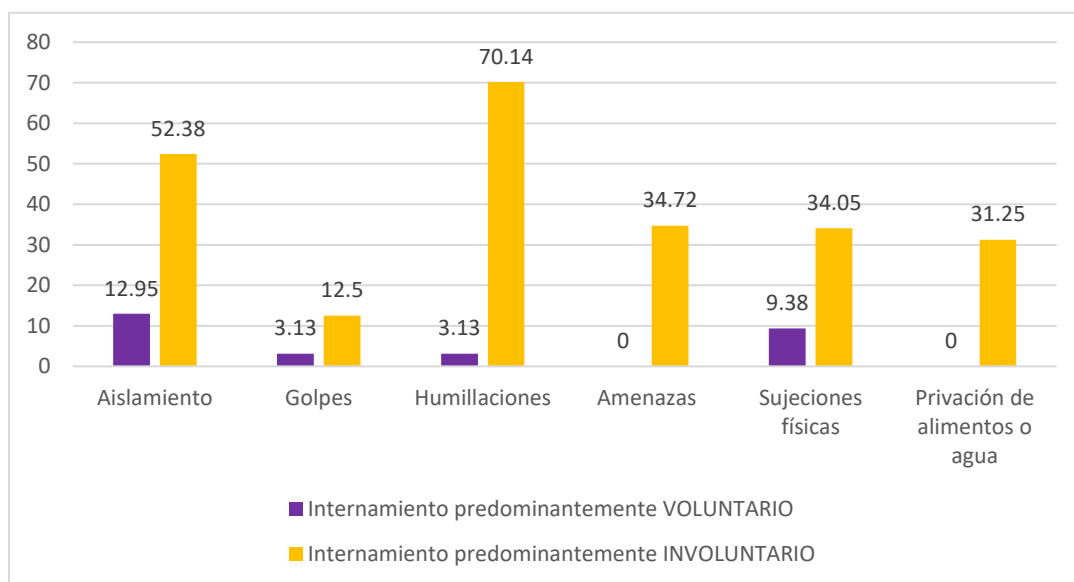
⁴⁷ Guimón, José. La discriminación de los pacientes mentales: un reto para los derechos humanos; las recomendaciones del Consejo Europeo. Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, No. 28, Universidad de Deusto, 2004.



en los centros en donde se documentó esta práctica se señaló que la valoración médica es posterior al ingreso de la persona, podemos afirmar que se trata de una práctica irregular y violatoria de derechos humanos.

Así mismo, la Ley General de Salud indica que el internamiento involuntario solo puede proceder cuando “se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento 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, lo cual, como se muestra en la siguiente gráfica, se relaciona con la prevalencia de diversas formas de maltrato, al comparar la prevalencia de este en centros con predominio de ingresos voluntarios y centros con predominio de ingresos involuntarios.

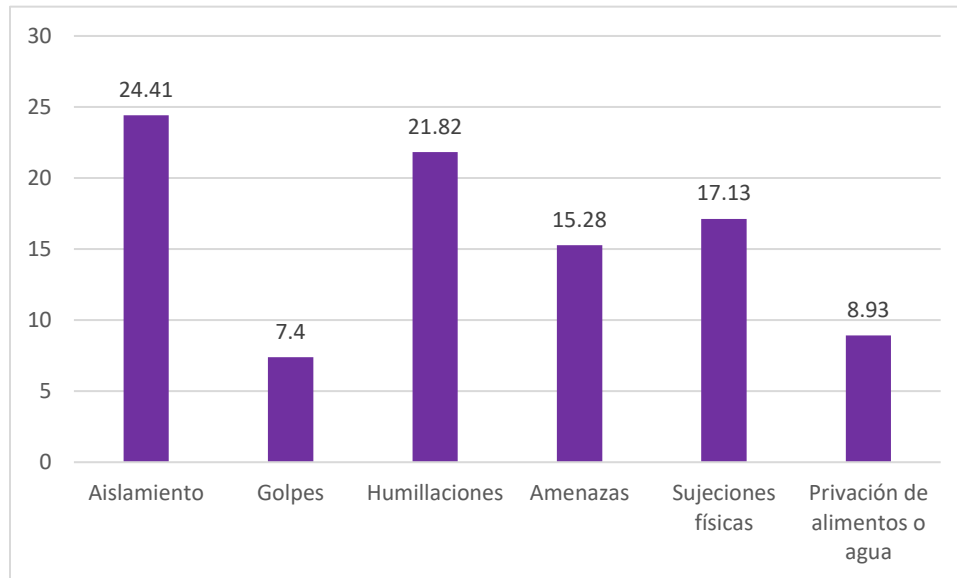


Comparación de prevalencia, expresada en porcentaje, de diversas formas del maltrato en centros con predominio de ingresos voluntarios e involuntarios.



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

Así, a lo anterior se agregan los reportes de diversas formas de maltrato documentadas por el personal del MNPT. Tomando en cuenta el universo de 57 entrevistas, la prevalencia de maltrato global se presenta en la siguiente gráfica:



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

Esta prevalencia global; sin embargo, se debe leer a la luz de la comparación entre centros.

Como se mostró en los resultados, en los centros CSQ1, CSQ2, CSQ4 y CSQ6 es donde se reportaron con mayor frecuencia el uso del aislamiento, golpes, humillaciones, amenazas y privación de alimentos y agua como forma de castigo.

En el caso de CSQ5 se reportó el aislamiento y sujeciones, mientras en CSQ3 se reportó solo aislamiento. El único centro en el que no se reportó ninguna forma de maltrato fue el CSQ7.

Como señalamos en la gráfica 8, el común denominador de los centros en donde se reportó mayor frecuencia de maltrato hacia las personas internas fue la proporción de ingresos involuntarios.

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

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

G. Derecho a un nivel de vida adecuado



Por último, todas estas irregularidades y vulneraciones a derechos fundamentales, se ven reflejadas en diversas deficiencias respecto a la calidad de la comida (CSQ6), el acceso a condiciones sanitarias adecuadas, por ejemplo en CSQ1 y CSQ6, en donde señaló que el baño no es diario, no se dan condiciones de privacidad durante el mismo y el cambio de ropa no es frecuente; y por último las condiciones del espacio, en particular en el CSQ1 en donde se reportó que *“Es incómodo el exceso de internas”* (CSQ1), *“Hay cucarachas en la cocina, chinches en las camas, alimentos en mal estado”* (CSQ2).

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

VI. POSICIONAMIENTO

El hecho de que los centros cuenten o no con el registro ante el CONADIC hace una diferencia relevante en la garantía del respeto a los derechos humanos de las personas usuarias de los centros residenciales para la atención de personas con problemas de adicción a sustancias, en especial del derecho a no ser víctima de tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes.

En la supervisión realizada a los 7 centros de la entidad, los centros que presentaron mayores reportes de diversas formas de maltrato, entre ellas aislamiento, golpes, humillaciones, amenazas y privación de alimentos y agua, fueron el CSQ1 *Casa de Rehabilitación Femenil Soledad Valencia A.C.*, CSQ2 *Casa Hogar del Alcohólico I.A.P.*, CSQ4 *Grupo Lazos de Fe* y CSQ6 *Sendero de Luz Querétaro A.C.* En el caso de CSQ5 *Portal del Cielo A.C.* se reportó el aislamiento y sujeciones, mientras en CSQ3 *Clínica de Rehabilitación Contra las Adicciones "Un Regalo de Dios"*, centro con registro de CONADIC se reportó aislamiento. El único centro en el que no se reportó ninguna forma de maltrato fue el CSQ7 *Un Nuevo Amanecer I.A.P.*

A esto se suma la prevalencia de condiciones que limitan o niegan el derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria, el derecho a la privacidad, a la protección de la libertad de pensamiento, conciencia y religión, el derecho a un nivel de vida adecuado y el derecho al disfrute del más alto nivel posible del derecho a la salud, aspectos que requieren ser verificados y supervisados en el proceso de solución a estas condiciones por las autoridades correspondientes.



VII. RECOMENDACIONES

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

A. A la Secretaría de Salud:

De mediano plazo

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

De largo plazo

4. Organizar foros y mesas de trabajo de cara a la reformulación de los criterios para el internamiento involuntario de personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos que requieren tratamiento residencial especializado, contenidos en la NOM-028-SSA2-2009, con el fin de que estos cumplan con los más altos estándares de protección a los derechos humanos, en particular respecto al derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y el derecho a no sufrir detención arbitraria.

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

Inmediatas

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



necesarias como consecuencia de los incumplimientos a la normatividad vigente previamente expuestos.

De mediano plazo

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

C. A la Comisión Nacional Contra las Adicciones

Inmediatas

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

De mediano plazo

2. Formular los Lineamientos Nacionales para el Ingreso Involuntario a Establecimientos Residenciales de Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones y los Lineamientos Nacionales para el Traslado Involuntario de Personas a Establecimientos Residenciales de Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones con base en los más altos estándares de protección a los derechos humanos, en particular respecto al derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y el derecho a no sufrir detención arbitraria.
3. Diseñe e implemente campañas de difusión en medios que informe a la sociedad sobre los centros que cumplen con la normatividad vigente, y sobre el respeto a los derechos humanos de personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos que requieren tratamiento residencial especializado, en particular sobre el derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
4. Establecer criterios de supervisión, reconocimiento y ratificación de los Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones que incorporen la perspectiva de derechos humanos, género y enfoque diferenciado, y que contemplen expresamente la prohibición absoluta de la tortura y penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes consignada en el Artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y 20, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

De largo plazo

5. Elaborar, formular y publicar los Lineamientos y Formatos correspondientes a las entrevistas a personas usuarias contempladas como parte del proceso de reconocimiento y ratificación de los Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones, 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. Al Gobernador del Estado de Querétaro

Inmediatas

1. En atención a la competencia que le confiere el Artículo 4 de la Ley de Salud del estado, en el sentido de “ejercer el control y regulación sanitaria de los establecimientos y actividades enunciadas en el artículo anterior, mediante la realización de acciones de vigilancia y verificación de establecimientos, aplicación de medidas de seguridad, imposición de sanciones y, en general todos aquellos actos que tengan por objeto prevenir riesgos y daños a la salud de la población”, gire instrucciones a efecto de realizar visitas de supervisión a los centros *Casa de Rehabilitación Femenil Soledad Valencia A.C.*, *Casa Hogar del Alcohólico I.A.P.*, *Grupo Lazos de Fe*, *Sendero de Luz Querétaro A.C.*, *Portal del Cielo A.C.* y *Clínica de Rehabilitación Contra las Adicciones "Un Regalo de Dios"*. Estas visitas de supervisión 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).

E. A la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro

Inmediatas

1. Realizar una supervisión urgente a los centros *Casa de Rehabilitación Femenil Soledad Valencia A.C.*, *Casa Hogar del Alcohólico I.A.P.*, *Grupo Lazos de Fe*, *Sendero de Luz Querétaro A.C.*, *Portal del Cielo A.C.* y *Clínica de Rehabilitación Contra las Adicciones "Un Regalo de Dios"* por las razones arriba referidas⁴⁸.
2. Publicitar en los medios de comunicación al alcance de la comunidad las directrices de respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas que se encuentran privadas de la libertad en establecimientos para rehabilitación por adicciones, específicamente donde se especifique la prohibición de discriminación basada en origen étnico, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, creencia religiosa, preferencias sexuales, estado civil; así como también la prohibición de cualquier agresión física, moral o psicológica, tortura, mutilación, abuso sexual, así como toda conducta que atente contra la vida o la integridad de las personas.
3. 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

4. Elaborar, en caso de no existencia, y publicitar en los medios de comunicación al alcance de la comunidad, los procedimientos de verificación a los Establecimientos

⁴⁸ Entre otras, que no cuenta con registro ante la CONADIC y la documentación de casos de probable tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.



para la Rehabilitación de Personas con Adicciones que se realizan en el Estado de Querétaro, buscando privilegiar el respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas, teniendo comunicación con el exterior, quedando prohibido cualquier acto de discriminación basada en origen étnico, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, creencia religiosa, preferencias sexuales, estado civil, también cualquier agresión física, moral o psicológica, tortura, mutilación, abuso sexual, así como toda conducta que atente contra la vida o la integridad de las personas.

5. 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

6. 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.
7. 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.

F. A la Comisión Estatal Contra las Adicciones (CECA) de Querétaro

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.

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

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



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

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

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

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