

MNPT



MECANISMO NACIONAL DE
PREVENCIÓN DE LA TORTURA

INFORME DE SUPERVISIÓN ISP- 02/2020 DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA



CNDH
M É X I C O



**INFORME DE SUPERVISIÓN ISP-02/2020
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
COLIMA.**

Ciudad de México, a 16 diciembre de 2020.

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

**Comisionado Nacional Contra las
Adicciones.**

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

Gobierno del Estado de Colima.

Secretaría de Salud del Estado de Colima.

**Consejo Estatal Contra las Adicciones de
Colima**

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 Colima:

- **Centro de Recuperación Integral, Social y de Terapia Ocupacional, A. C.**
- **“Un Paso hacia la Recuperación”, I. A. P.**
- **Centro de Rehabilitación y Tratamiento para Pacientes en Adicción, S. A. de C. V.**
- **Comunidad Terapéutica en Adicciones “Lois Burnham”, A. C.**
- **Centro de Atención Especializado en Adicciones “Bill y Bob”, A. C.**
- **Clínica de Atención Residencial en Adicciones (CARA) Varonil**
- **Clínica de Atención Residencial en Adicciones (CARA) Femenil**

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.	Información de los centros con registro y sin registro por la CONADIC	27
D.	Procedimientos normativos.....	27
E.	Perfil demográfico de las personas adultas	28
A.	Perfil demográfico de las personas niñas, niños y adolescentes	30
A.	Registro ante la 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.....	52
VI.	POSICIONAMIENTO	54
VII.	RECOMENDACIONES	55





I. COMPETENCIA DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA

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

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

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

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



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

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

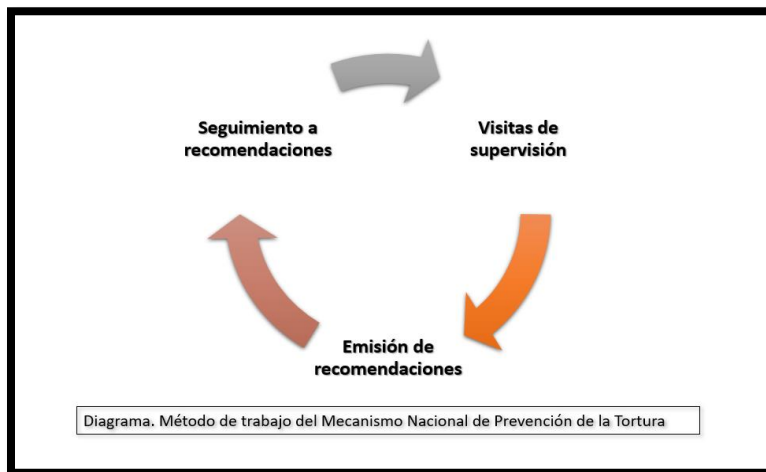


Figura 1. Diagrama del método de trabajo del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

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

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

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



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

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

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

II. CONTEXTO

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

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

La definición jurídica de tortura incluye tres elementos básicos: un agente, una acción y un fin; así mismo, un criterio de exclusión. En la Tabla 1 se muestran estos elementos en los dos instrumentos jurídicos que tomaremos como referencia en esta investigación, la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura⁸ y la Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes⁹.

Tabla 1. Elementos constitutivos del concepto jurídico de Tortura.

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

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

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

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



Elemento del concepto jurídico	Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura	Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
Sujeto activo	Serán responsables del delito de tortura: <ol style="list-style-type: none"> a) Los empleados o funcionarios públicos que actuando en ese carácter ordenen, instiguen, induzcan a su comisión, lo cometan directamente o que, pudiendo impedirlo, no lo hagan. b) Las personas que a instigación de los funcionarios o empleados públicos a que se refiere el inciso a. ordenen, instiguen o induzcan a su comisión, lo cometan directamente o sean cómplices, (Artículo 3). 	Comete el delito de tortura el Servidor Público que (...) (Artículo 24) También comete el delito de tortura el particular que: <ol style="list-style-type: none"> I. Con la autorización, el apoyo o la aquiescencia de un Servidor Público cometa alguna de las conductas descritas en el artículo anterior, o II. Con cualquier grado de autoría o participación, intervenga en la comisión de alguna de las conductas descritas en el artículo anterior. (Artículo 25)
Acción	Para los efectos de la presente Convención se entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales (Artículo 2) Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica. (Artículo 2)	<ol style="list-style-type: none"> I. Cause dolor o sufrimiento físico o psíquico a una persona; II. Cometa una conducta que sea tendente o capaz de disminuir o anular la personalidad de la Víctima o su capacidad física o psicológica, aunque no le cause dolor o sufrimiento, o III. Realice procedimientos médicos o científicos en una persona sin su consentimiento o sin el consentimiento de quien legalmente pudiera otorgarlo. (Artículo 24)
Finalidad	(...) con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. (Artículo 2)	(...) con el fin de obtener información o una confesión, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medio de coacción, como medida preventiva, o por razones basadas en discriminación, o con cualquier otro fin (...) (Artículo 24)
Elemento conceptual de exclusión	No estarán comprendidos en el concepto de tortura las penas o sufrimientos físicos o mentales que sean únicamente consecuencia de medidas legales o inherentes a éstas, siempre que no incluyan la realización de los actos o la aplicación de los métodos a que se refiere el presente artículo. (Artículo 2)	No se considerará tortura los dolores o sufrimientos físicos o psicológicos que sean únicamente consecuencia de medidas legales impuestas por autoridad competente, o las inherentes o incidentales a éstas, o de las derivadas del uso legítimo de la fuerza, de conformidad con lo previsto en la legislación nacional e internacional aplicable. (Artículo 19)

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



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

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

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

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

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

Debido a ello se podría suponer que estos centros no serían susceptibles de ser supervisados por una instancia perteneciente a un organismo público de derechos humanos, como es el MNPT, puesto que, en el caso particular de la CNDH, un asunto de no competencia son los conflictos entre particulares¹⁰. Sin embargo, como veremos a continuación, esto no es así.

El Relator Especial para la ONU en materia de Tortura, indica que si bien “hasta ahora, las medidas adoptadas por el mandato para luchar contra la tortura se han centrado casi exclusivamente en los Estados como posibles perpetradores”, es importante considerar que “otros agentes no estatales participan cada vez más en conductas que afectan negativamente a los derechos humanos, incluida la prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”¹¹.

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

Así, la responsabilidad del Estado respecto a la conducta de agentes no estatales tiene diferentes aspectos a considerar. En primer lugar, la **obligación de debida diligencia, que en el caso de la tortura implica que el Estado tiene la obligación de investigar “cualquiera sea el agente al cual pueda eventualmente atribuirse la violación, aún los particulares, pues si sus hechos no son investigados con seriedad, resultarían, en**

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

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



cierto modo, auxiliados por el poder público, lo que comprometería la responsabilidad internacional del Estado”¹² (p. 2).

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

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

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

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

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

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

¹³ El señor Damião Ximenes Lopes padecía de discapacidad mental y falleció mientras recibía tratamiento en un hospital psiquiátrico, la Casa de Reposo Guararapes, un hospital privado de salud que fue contratado por el Estado para prestar servicios de atención psiquiátrica bajo la dirección del Sistema Único de Salud, y actuaba como unidad pública de salud en nombre y por cuenta del Estado. Derivado de la investigación de la Corte Interamericana se señaló que el Estado demandado, Brasil, tuvo responsabilidad internacional por incumplir su deber de cuidar y de prevenir la vulneración de la vida y de la integridad personal, así como su deber de regular y fiscalizar la atención médica de salud. Consulta en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf



funcionarios del Estado, como la omisión del Estado en prevenir que terceros vulneren los bienes jurídicos que protegen los derechos humanos”

En dicha sentencia se menciona que el Estado acepta, “en vista de la muerte y los malos tratos de que fue objeto dicho paciente”, su responsabilidad internacional por la violación de los artículos 4 y 5 de la Convención¹⁴, mientras que la Comisión Interamericana señaló que “quedó confirmada” la responsabilidad de este en lo relacionado con “las condiciones de hospitalización inhumanas y degradantes en la época de los hechos por la falta de fiscalización y prevención” (p. 27).

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

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

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

Así, ante la necesidad de las dependencias y entidades de la administración pública en materia de salubridad general, tanto federales como locales, de garantizar el tratamiento de personas con los farmacodependientes, se contempla la creación de **“centros especializados en tratamiento, atención, y rehabilitación”**, los cuales deben tener como

¹⁴ En particular nos interesa retomar el texto del artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Derecho a la Integridad Personal):

- I. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.
- II. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.
- III. La pena no puede trascender de la persona del delincuente.
- IV. Los procesados deben estar separados de los condenados, salvo en circunstancias excepcionales, y serán sometidos a un tratamiento adecuado a su condición de personas no condenadas.
- VI. Cuando los menores puedan ser procesados, deben ser separados de los adultos y llevados ante tribunales especializados, con la mayor celeridad posible, para su tratamiento.
- VII. Las penas privativas de la libertad tendrán como finalidad esencial la reforma y la readaptación social de los condenados.



fundamento “sistemas modernos de tratamiento y rehabilitación, fundamentados en el respeto a la integridad y a la libre decisión del farmacodependiente” (Artículo 192 Quáter), y para ello, estas dependencias y entidades están facultadas para “celebrar convenios de colaboración con instituciones nacionales e internacionales de los sectores social y privado, y con personas físicas que se dediquen a la prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de farmacodependencia” (inciso c del artículo citado).

Ante ello, México, como otros estados de la región, deben, según el artículo 2 de la Convención Americana, crear un marco normativo adecuado para establecer los parámetros de tratamiento e internación a ser observados por las instituciones de atención de salud y, a su vez, crear mecanismos adecuados para inspeccionar las instituciones, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes, pues son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud.

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

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

Las adicciones son problemas de salud. Como indicamos anteriormente, dado que la salud es un bien público, su protección está a cargo de los Estados, y, por lo tanto, “éstos tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud” (numeral 89¹⁵).

Ahora bien, de esta obligación general de respetar y garantizar los derechos, derivan deberes especiales, “determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre” (numeral 88¹⁶).

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

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

Así, si bien **el consumo de sustancias no es sinónimo ni equivalente a padecer una discapacidad psicosocial**, existe un **amplio reconocimiento del vínculo entre esta y**

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

¹⁶ *Idem.*



los trastornos adictivos. Esta relación se puede dar en **cuatro dimensiones** (Marín-Navarrete, y otros, 2015):

1. **Entre las personas con discapacidad, el consumo de sustancias es similar o mayor al encontrado en la población general**, en especial en personas con discapacidades físicas y cognitivas, en quienes se ha señalado la mayor probabilidad de desarrollar algún trastorno por consumo de sustancias con respecto a quienes no presentan ninguna discapacidad. Esta situación los coloca en un mayor riesgo de sufrir lesiones y otras consecuencias para la salud asociadas al consumo, por ejemplo, una mayor prevalencia de trastornos mentales, en particular, trastornos depresivos y ansiosos.
2. **El uso continuo de drogas puede causar dependencia y discapacidad además de problemas crónicos de salud.** Las consecuencias sociales del uso perjudicial o dependencia de drogas llegan mucho más allá del usuario y afectan a sus familias y a otras relaciones personales. Por otro lado, ha sido ampliamente documentada la relación entre los trastornos adictivos (trastornos por consumo de sustancias) y otros trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, el uso crónico de solventes volátiles puede causar daño orgánico cerebral y deterioro cognoscitivo, mientras el uso de éxtasis (MDMA) puede llevar a problemas crónicos de salud mental, como deterioro de la memoria, depresión, trastornos de pánico y episodios psicóticos, existiendo datos crecientes que prueban que esta sustancia es una neurotoxina que provoca daño neurológico en el cerebro¹⁷.
3. **La población con discapacidades y consumo de sustancias vive, en mayor medida y comparado con la población general, en condiciones de vulnerabilidad** como desempleo, aislamiento social, pérdida del hogar, victimización, abuso físico, abuso sexual y violencia familiar.
4. **Las personas con consumo de sustancias y discapacidad, a pesar de reportar su estado general de salud como deficiente o regular, cuentan con acceso más limitado a los servicios de salud especializada.** Esto se debe a tres tipos de **barreras**:
 - a) **Individuales: creencias de que no tienen derecho a tratamiento y negación y/o rechazo al mismo**, así como dificultades cognitivas que pueden afectar el autocuidado.
 - b) **Sociales: actitudes negativas, estigmatización y prejuicios sobre las personas con discapacidad** que presentan consumo de sustancias y/o que presentan alguna condición psiquiátrica.
 - c) **Gubernamentales/institucionales: ausencia de políticas públicas** que favorezcan la accesibilidad a los servicios de salud que ofrece el Estado, ausencia de **servicios especializados**, y la falta de **recursos humanos capacitados** en la atención de personas con discapacidad y consumo de sustancias.

Esto implica que, al analizar las condiciones de personas con consumo de sustancias, se debe poner especial cuidado a la alta probabilidad de que se presente de manera asociada alguna forma de discapacidad psicosocial, lo que requeriría una atención diferenciada debido a su particular vulnerabilidad. Por ello, entre las medidas positivas a cargo de los Estados se encuentran no sólo aquellas necesarias para prevenir todas las formas de discapacidad prevenibles, sino también dar a las personas que padecen discapacidad psicosocial el

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



tratamiento preferencial apropiado a su condición, asegurando que la atención de la salud mental esté disponible para toda persona que lo necesite, con el objetivo primordial de limitar el daño a su salud y buscar la mejoría en la calidad de vida de la persona.

Así mismo, como parte del deber del Estado de ejercer la supervisión y el control sobre instituciones privadas, señalado anteriormente, en el caso de instituciones que pudieran atender personas con algún trastorno mental, se debe considerar que no basta con que estas cuenten con una licencia de funcionamiento, sino también se requiere una supervisión competente y de forma regular para averiguar si el confinamiento, y el tratamiento médico, están justificados. Ello debido a que las personas con discapacidad a menudo son objeto de discriminación a raíz de su condición, por lo que los Estados deben adoptar las medidas necesarias para que toda discriminación asociada con la discapacidad psicosocial sea eliminada, y para propiciar la plena integración de esas personas en la sociedad, respetando su dignidad y autonomía (numeral 105¹⁸). Los internamientos involuntarios por tiempo indefinido serían, en este caso, un evidente incumplimiento de esta obligación

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

“el personal encargado del cuidado de los pacientes ejerce un fuerte control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia. Este desequilibrio intrínseco de poder entre una persona internada y las personas que tienen la autoridad se multiplica muchas veces en las instituciones psiquiátricas. La tortura y otras formas de trato cruel, inhumano o degradante, cuando infligidas a esas personas afectan su integridad psíquica, física y moral, suponen una afrenta para su dignidad y restringen gravemente su autonomía, lo cual podría tener como consecuencia agravar la enfermedad” (numeral 107¹⁹).

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

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

El consumo de sustancias psicoactivas, debido a su elevado costo humano, social y económico, es un problema de salud pública. La magnitud del problema ha llevado, en México, como en otros países, a que los servicios de atención asignados por el Estado se vean rebasados, situación que ha dado origen a diversas formas de organización por parte de la sociedad civil, orientadas a dar respuesta a esta necesidad. Una de ellas son los grupos de ayuda mutua, los cuales, en teoría, se basan en la reunión de personas que comparten una misma problemática, se apoyan colectivamente y, eventualmente, resuelven su problema. La mayor parte de estos grupos emplean el modelo de los 12 pasos, desarrollado originalmente por Alcohólicos Anónimos y proporcionan atención de tipo

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

¹⁹ Idem.



ambulatorio en los que se llevan a cabo sesiones grupales con una duración de hora y media que, si bien no son considerados un tratamiento formal, representan un importante complemento del tratamiento profesional.

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

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

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

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



- **Numerosos estudios y notas periodísticas²⁰, han puesto en evidencia el maltrato físico y emocional que tiene lugar al interior de estos lugares, entre ellos: hacinamiento, insalubridad, agresiones físicas y verbales, abuso sexual, privación de la libertad, explotación y trabajo forzado.**

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

- El 6 de agosto de 2010 se publicó el **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/65/255)**. En este documento se indica:

“El disfrute del derecho a la salud incluye, entre otras cosas, el acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud que sean apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad y el ‘derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales” (numeral 32)²¹

- El 1 de febrero de 2013 se publicó el **Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (A/HRC/22/53)**²². En este informe se prestó especial atención al reconocimiento de diversas formas de abusos en entornos de atención a la salud, en especial en el caso de tratamiento forzado por razones de “necesidad médica”, y en particular a “personas con drogodependencia”.
- El 10 de julio de 2015 se publicó el **Informe del Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria de Naciones Unidas (A/HRC/30/36)**²³. En este informe se indica de forma categórica que “el consumo de drogas o la dependencia de estas no es una justificación suficiente para la detención. Debe evitarse la reclusión involuntaria de las personas que consumen drogas o son sospechosas de consumirlas” (numeral 60).

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

²⁰ Osorio, A. (19 de febrero de 2018). Las terapias de conversión, el insistente ataque a la comunidad LGBTTTI. Animal Político. <https://www.animalpolitico.com/2018/02/terapias-conversion-genero/>; Tellez, M. [El Universal]. (2018, noviembre 20). En las entrañas de los anexos; jóvenes narran abusos. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=IPauJy6bKkg>; Ortega, V. y Mack, S. (22 de diciembre de 2019). “Me pegaban, me violaron y tenía que comer en el suelo”. El Universal. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/me-pegaban-me-violaron-y-tenia-que-comer-en-el-suelo>; Giacomello, C. y López, M. (26 de julio de 2020). Irregularidades y abusos en los tratamientos para usuarios de drogas en México. Nexos. (Dis)capacidades. Blog sobre otros cuerpos y mentes. <https://discapacidades.nexos.com.mx/?p=1603>; Amezcua; M. (11 de agosto de 2020). Saltaron de una azotea para escapar de la tortura en un anexo; sólo Mitzy sobrevivió. El Universal. <https://www.eluniversal.com.mx/estados/saltaron-de-una-azotea-para-escapar-de-la-tortura-en-un-anexo-solo-mitzy-sobrevivio>; Sánchez, M. (18 de agosto de 2020). Abusos y tortura en centros de rehabilitación sin castigo. Reporte Índigo. <https://www.reporteindigo.com/reporte/abusos-y-tortura-en-centros-de-rehabilitacion-sin-castigo-derechos-drogas-angela/>

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

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

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



III. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

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

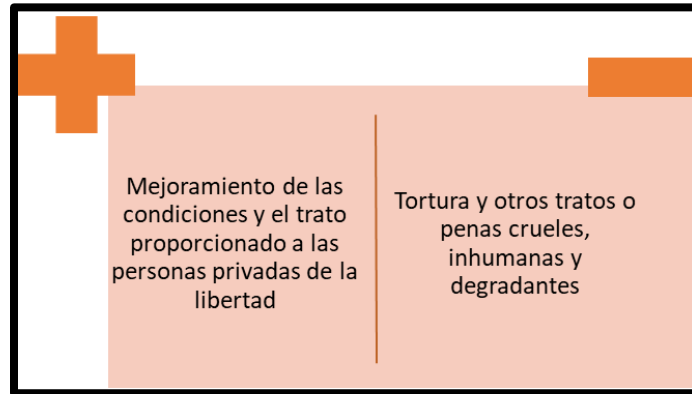


Figura 2. Relación entre condiciones, trato y tortura.

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

Por ello, en el presente informe se incorporan tres enfoques que guían la forma de estructurar, presentar y analizar los datos recabados (**Figura 3**).

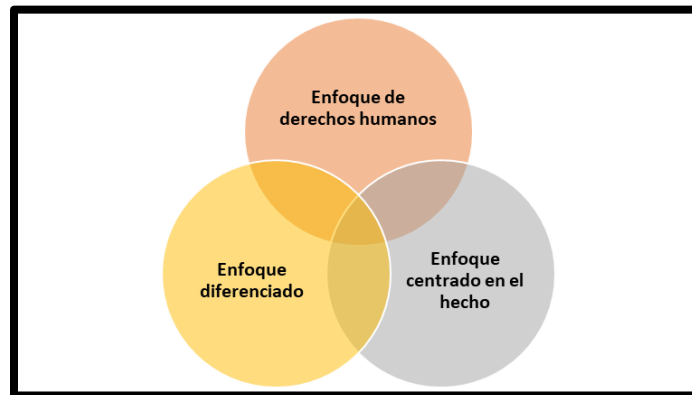


Figura 3. Enfoques de estructuración, presentación y análisis de datos.

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



A. Enfoques analíticos

1. Enfoque de derechos humanos

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

Una herramienta esencial para alcanzar este objetivo es el enfoque de derechos humanos, el cual se define como “un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que se basa normativamente en estándares internacionales de derechos humanos y está operacionalmente dirigido a promover y proteger los derechos humanos”²⁴. Este enfoque implica identificar un sistema de derechos y obligaciones establecidas por el derecho internacional, el cumplimiento de los principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de la libertad en las Américas y el análisis del cumplimiento del fin legítimo que justifica la privación de la libertad (**Figura 4**).

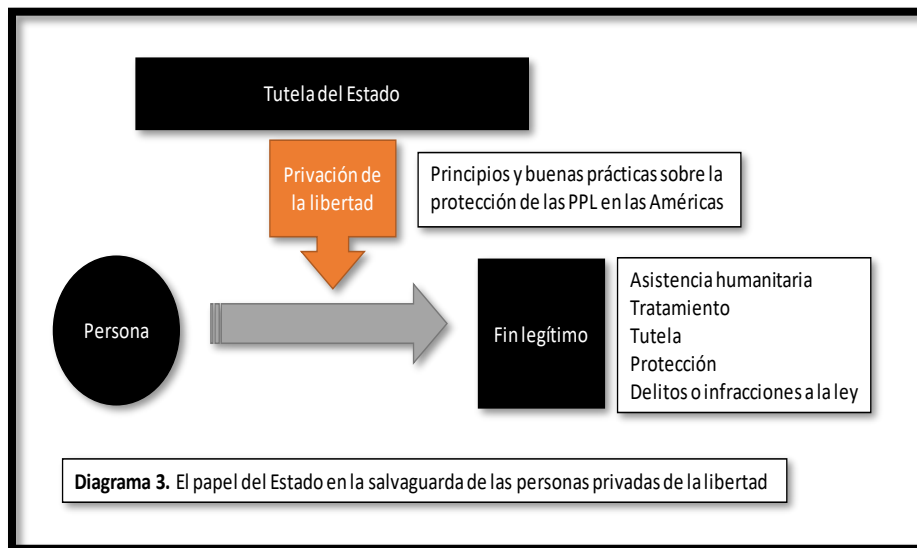


Figura 4. Diagrama del papel del Estado en la salvaguarda de las personas privadas de la libertad.

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

²⁴

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



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

Así, siguiendo las Directrices mencionadas, utilizaremos la desagregación que propone este instrumento, dado que “un derecho humano está constituido por múltiples subderechos en su interior” pues “en su mayoría los tratados internacionales y declaraciones establecen principios generales y no mandatos específicos de acción” (p. 233) (Serrano-García & Vázquez-Valencia, 2015). Estas dimensiones servirán para la presentación de los resultados y el análisis de los datos recabados mediante los instrumentos de observación aplicados durante las visitas de supervisión.

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

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

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



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

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

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

2. Enfoque 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**²⁵, 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 degradantes²⁶, es un problema de salud pública que, por sus repercusiones a corto,

²⁵ Fuente: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8782.pdf?view>

²⁶ Por ejemplo, en su introducción, en el Protocolo de Estambul se indica lo siguiente: “La tortura suscita profunda inquietud en la comunidad mundial. Su objetivo consiste en destruir deliberadamente no sólo el bienestar físico y emocional de la persona sino también, en ciertos casos, la dignidad y la voluntad de comunidades enteras. Es algo que concierne a todos



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 LGPIST²⁷)

Por otra parte, identificar factores de riesgo implica, necesariamente, identificar el hecho que se quiere prevenir, pues de forma genérica se considera que el riesgo es “la 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 Unidas²⁸.

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).

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

²⁸ 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?

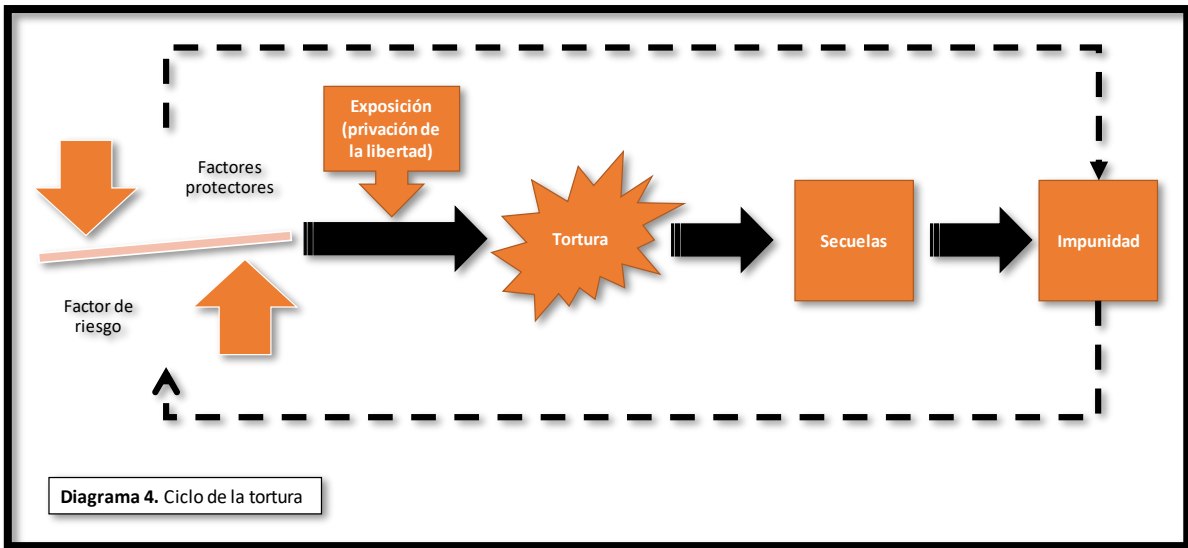


Diagrama 4. Ciclo de la tortura

Figura 5. 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 54 entrevistas con la distribución indicada en la **Tabla 3**.

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

Lugar Supervisado	Número de entrevistas
Centro de Recuperación Integral, Social y de Terapia Ocupacional, A.C.	8
Centro “Un paso hacia la Recuperación”, I.A.P.	8
Centro de Rehabilitación y Tratamiento para Pacientes en Adicción S. A. De C.V.	6
Comunidad Terapéutica en Adicciones “Lois Burnham A.C.”	8
Centro de Atención Especializado en Adicciones “Bill y Bob A.C.”	8
Clínica de Atención Residencial en Adicciones Varonil	8
Clínica de Atención Residencial en Adicciones Femenil	8
Total	54

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 Reconocidos²⁹, 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 54 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 (CSH#, Centro Supervisado Colima 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

El 18 de febrero de 2006, se publicó en el Periódico Oficial del Estado de Colima (Decreto No. 330) la Ley para la Prevención, Tratamiento y Centros de Adicciones en el Estado de Colima; algunos de sus artículos se reformaron en 2007, 2011 y 2014.³⁰ De acuerdo con el artículo 4 de la ley, la Secretaría de Salud debe integrar un Plan Estatal contra las adicciones definiéndolo conjuntamente con las autoridades de los sectores educativo, asistencial, de desarrollo social, de Seguridad Pública y de Procuración de Justicia, a través del Consejo Estatal contra las Adicciones y con base en los criterios establecidos en el Programa Nacional para la Prevención y Tratamiento de la Farmacodependencia. El Consejo también, debe realizar “acciones coordinadas para el tratamiento y rehabilitación de los adictos [sic.] y sus familias, tanto a través de los centros oficiales como de los sectores social y privado.”

²⁹ Fuente: <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/conadic-cuenta-con-un-directorio-nacional-de-establecimientos-residenciales-de-atencion-a-las-adicciones-reconocidos>

³⁰ Ley para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones en el Estado de Colima, http://www.congresocol.gob.mx/leyes/prevencion_tratamiento_adicciones.doc y <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Colima/wo95793.doc>



En su artículo 68, se establece que “los sectores social y privado podrán prestar los servicios de tratamiento y rehabilitación de adictos [sic.], para lo cual deberán tramitar la autorización y el registro de funcionamiento de dicho centro ante la Secretaría de Salud de Gobierno del Estado”. Dichos centros deben cumplir con los requisitos señalados en el artículo 69, entre los cuales destacan:

[...]

III. Contar con un responsable médico titulado, mismo que quedará acreditado ante la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado;

IV.- Registrar ante la Secretaría de Salud, al personal que preste servicios terapéuticos en las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social y profesiones afines;

V.- Presentar ante la Secretaria de Salud, los programas de tratamiento terapéutico integral que se aplique para la rehabilitación de los adictos; [...]

Además, deberán “establecer y contar con sistemas modernos de tratamiento y rehabilitación, fundamentados en el respeto a la integridad y a la libre decisión del adicto [sic.]” El artículo 71, señala que “los centros deberán informar a la Secretaría de Salud del Estado la relación de los usuarios sujetos a rehabilitación”, comunicar mensualmente sus avances en función de las actividades de capacitación implementadas, así como “crear un padrón de instituciones y organismos públicos y privados que realicen actividades de prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de adicciones, que contenga las características de atención, condiciones y requisitos para acceder a los servicios que ofrecen” con el fin de orientar a la población sobre estos servicios.

El mismo artículo obliga a la autoridad estatal en materia de salud, a crear un padrón de instituciones y organismos públicos y privados que realicen actividades de prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de adicciones, que contenga las características de atención, condiciones y requisitos para acceder a los servicios que ofrecen, así como 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 adicciones, con el fin de que quienes requieran de asistencia, puedan, conforme a sus necesidades, características, posibilidades económicas, acceder a los servicios que todas estas instituciones o personas físicas ofrecen”.

Finalmente, el artículo 74 se refiere a que “el sector salud a través del área correspondiente, deberá permanentemente inspeccionar las áreas físicas de los centros de tratamiento y verificar la implementación de los programas de tratamiento, supervisando la rehabilitación de los adictos [sic.]”.

La búsqueda documental en fuentes abiertas sobre malos tratos y abusos en centros de rehabilitación de adicciones en el estado de Colima, arroja que se han presentado quejas y denuncias por irregularidades en la operación de dichos centros, sobre todo por maltrato físico y psicológico y por tratarse de lugares que no cuentan con la infraestructura necesaria para albergar a las personas que reciben.

En **2011** el medio local de noticias del estado, “Colima Noticias”, publicó el testimonio de una joven de 15 años que denunciaba haber recibido maltratos como golpes, gritos y ser forzada a ingerir comida en mal estado, dentro de un centro de rehabilitación de adicciones en el puerto de Manzanillo, del cual no se especificó el nombre. El 7 de marzo de 2012, se publicó una nota en *AFMedios* donde se relata que tres hombres y una mujer ex-internos intentaron escapar del centro de rehabilitación “Yo soy”, ubicado en la comunidad Los Limones, Coquimatlán, lugar en el que además de recibir gritos y golpes, las mujeres eran víctimas de acoso sexual. De acuerdo a los testimonios, durante su intento de fuga los



jóvenes fueron interceptados por personal del centro en la colonia el Yaqui, donde “los detuvieron y comenzaron a golpearlos, llamaron a la policía y los acusaron de diversos delitos como robo y secuestro”; las víctimas denunciaron los hechos ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Colima, señalando como responsables del centro a José Medrano Muñiz y a Pedro Díaz Ocaranza.

Para el año **2016**, V. LI. R. denunció haber sido llevada en contra de su voluntad a la “Clínica de Adicciones Camino a la Felicidad”, en la colonia Lázaro Cárdenas, en la capital del estado. En una nota publicada por “Colima Noticias” la víctima describe que el 25 de febrero de ese mismo año fue llevada por su exesposo, B. B. V. P., mediante engaños, y luego fue internada durante 46 días hasta que sus familiares lograron sacarla del lugar, estando dentro denunció haber vivido agresiones físicas y psicológicas, además de haber solicitado una valoración psicológica profesional que avalara que ella no padecía ninguna adicción que le fue negada por el personal.

V LI. R. también indicó que su ex esposo era director de otra clínica de rehabilitación de adicciones de nombre “Vive Hoy” en Tecomán; además exigió al gobierno del estado y al Centro Estatal Contra las Adicciones que investigaran y regularan las clínicas de rehabilitación de adicciones existentes en el estado. Finalmente, indicó que iniciaría una denuncia ante el Ministerio Público y presentaría una queja ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos.

En **2019**, el diputado Guillermo Toscano Reyes presentó, ante el Congreso del Estado, un punto de acuerdo para conocer el padrón exacto de centros de rehabilitación de adicciones, así como para cuidar que los programas de dichos centros se ajusten a la Norma Oficial Mexicana para prevenir, tratar y controlar adicciones y el Programa Nacional para la Prevención y Tratamiento de Farmacodependencia, ya que se tenía conocimiento de diversos centros que operaban sin regulación alguna y que ponían en peligro la integridad de las personas.

También en **2019, el 15 de agosto**, el periódico “La Jornada” publicó una nota donde se describe que cinco hombres y una mujer fueron asesinados en el centro de rehabilitación de adicciones “Nueva Vida”, ubicado en la calle 28 de agosto de la delegación Santiago, en Manzanillo. El reporte de la Fiscalía General del Estado indica que, al momento de llegar a la localidad, las seis personas ya habían perdido la vida. Diversos medios de la zona noreste del país han relacionado este tipo de sucesos con el aumento de la participación de grupos de crimen organizado que han optado por utilizar estos centros como casas de seguridad donde retienen a víctimas de extorsión y a personas que pretendían salir de algún grupo delictivo.³¹

³¹ AF Medios. (7 de marzo de 2012) Jóvenes denuncian golpes de personal de Centro de Rehabilitación “Yo Soy”. AF Noticias. Recuperado de: <https://www.afmedios.com/jovenes-denuncian-golpes-de-personal-de-centro-de-rehabilitacion-yo-soy/> Cervantes, O. (19 de mayo de 2016). Con engaños, encierra a su ex esposa en Centro de Rehabilitación, sin tener problemas de adicción. Colima Noticias. Recuperado de: <https://www.colimanoticias.com/con-enganos-encierra-a-su-ex-esposa-en-centro-de-rehabilitacion-sin-tener-problemas-de-adiccion/> Colima Noticias. (1 de enero de 2011). Hay Abusos en Centros de Rehabilitación. Colima Noticias. Recuperado de: <https://www.colimanoticias.com/hay-abusos-en-centros-de-rehabilitacion/> Diario de Colima. (4 de septiembre de 2019). Congreso aprueba revisar la adecuada operación en Centros de Rehabilitación. Diario de Colima. Recuperado de: <https://diariodecolima.com/noticias/detalle/2019-09-04-congreso-aprueba-revisar-la-adecuada-operacin-en-centros-de-rehabilitacin> Infobae. (10 de junio de 2020) Por qué centros de rehabilitación se convirtieron en blanco de los narcos. Infobae. Recuperado de: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/06/10/por-que-los-centros-de-rehabilitacion-se-convirtieron-en-blanco-de-los-narcos/> La Jornada. (15 de agosto de 2019). Comando asesina a seis personas en centro de rehabilitación de drogas. La Jornada. Recuperado de: <https://www.jornada.com.mx/2019/08/15/politica/014n4pol> Periódico Oficial del Estado de Colima. (23 de agosto de 2014). Última reforma. Decreto 839, P.O. 40, Supl. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/173593/Ley_prevencion_tratamiento_control_adicciones_colima.pdf



B. Centros supervisados

Tabla 4. Datos de identificación de los centros supervisados.

Clave	Nombre legal del establecimiento	Domicilio	Teléfono
CSC1	Un Paso Hacia la Recuperación, I.A.P.	Av. Gonzalo de Sandoval No. 1800 Col. Francisco I. Madero, C. P. 28047, Col., Col.	312 314 6670
CSC2	Comunidad Terapéutica en Adicciones “Lois Burnham”, A. C.	Av. Pedro Torres Ortiz Sur No. 191, Col. Unión, Tecmán, Col., C. P. 28130	313 102 4443 y 313 102 4480
CSC3	Clínica de Atención Residencial en Adicciones C.A.R.A. Varonil	Río Colima esquina Río Jazmín s/n, Col. Primavera del Real, C. P. 28180, Tecmán, Col.	313 324 5066
CSC4	Clínica de Atención Residencial en Adicciones C.A.R.A. Femenil	Av. Elías Zamora Verduzco s/n, Col. Nuevo Salagua, C. P. 28869, Manzanillo, Col.	314 114 0228
CSC5	Centro de Atención Especializado en Adicciones “Bill y Bob”, A. C.	2ª Privada Pedro Flores No. 15, Col. Las Palmas, Salagua, Manzanillo, Col., C. P. 28869	314 335 6251
CSC6	Centro de Rehabilitación y Tratamiento para Pacientes en Adicción, S. A. DE C. V.	Marte, esquina con la calle Cerro del Tepeyac No. 109, Col. Miguel Hidalgo, Tecmán, Col., C. P. 28111	313 688 0689 y 313 136 2515
CSC7	Centro de Recuperación Integral Social y Terapia Ocupacional, C.R.I.S.T.O., A. C.	Nicolás Bravo #99, Col. Centro, C.P . 28974, Villa de Álvarez, Colima	312 330 4471

C. Información de los centros con registro y sin registro por la CONADIC³²

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

Clave	Registro	Tipo de establecimiento	Sexo de la población atendida	Rango de edad	Duración del tratamiento	Costo	Fecha de vencimiento del Reconocimiento
CSC1	Sí	Mixto	Hombres	12-17 y 18-59	3 meses	\$ 21000	2020
CSC2	No	-	-	-	-	-	-
CSC3	Sí	Profesional	Hombres	18-59	Otro	\$ 6760	-
CSC4	Sí	Profesional	Mujeres	18-59	Otro	\$101000	2020
CSC5	No	-	-	-	-	-	-
CSC6	No	-	-	-	-	-	-
CSC7	Sí	Profesional	Hombres	12-17, 18-59, 60 y +	Otro	Variable	5/3/2021

D. Procedimientos normativos

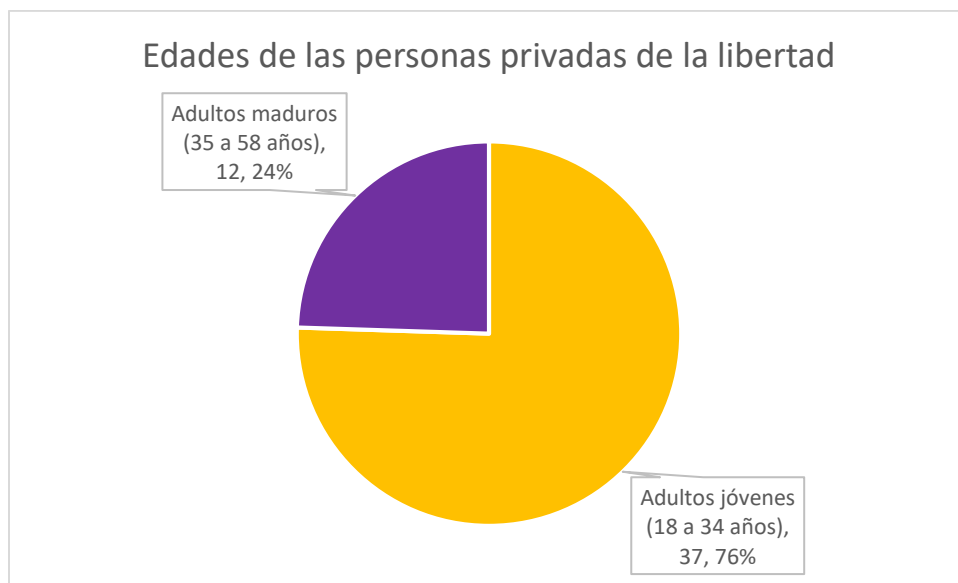
Tabla 6. Cumplimiento de procedimientos normativos.

³² Consulta a la última actualización (10 de noviembre de 2020) del Directorio Nacional de Establecimientos Residenciales Reconocidos por la CONADIC, disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/592675/Directorio_Ags-Mex_V_4.2_2020.pdf



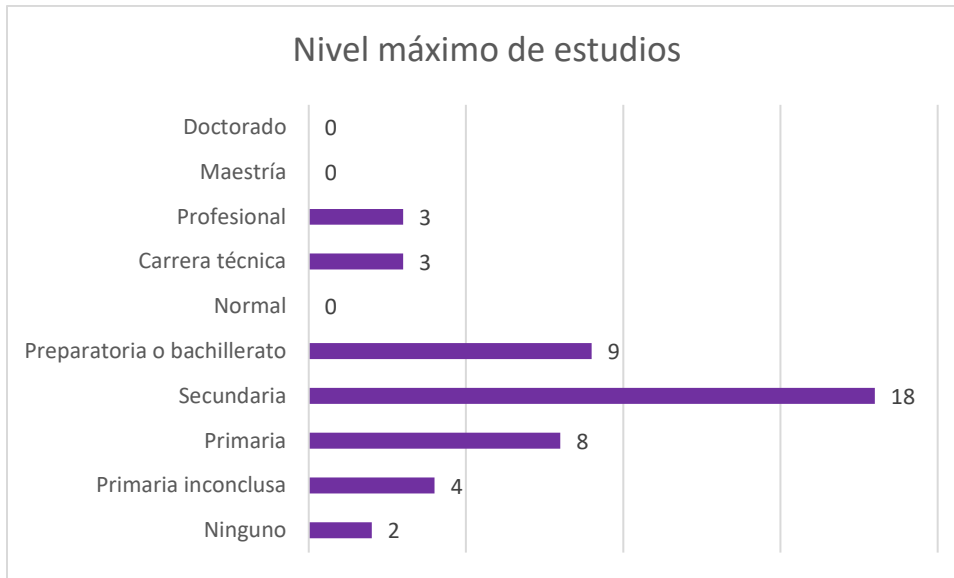
Clave	Aviso de funcionamiento	Licencia sanitaria	Lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de usuarios por protección civil	Señalizaciones externas
CSC1	Sí	No	No	Sí
CSC2	No	No	No	Sí
CSC3	Sí	Sí	Sí	Sí
CSC4	Sí	No	Sí	Sí
CSC5	Sí	No	No	Sí
CSC6	No	No	No	Sí
CSC7	Sí	No	Sí	Sí

E. Perfil demográfico de las personas adultas



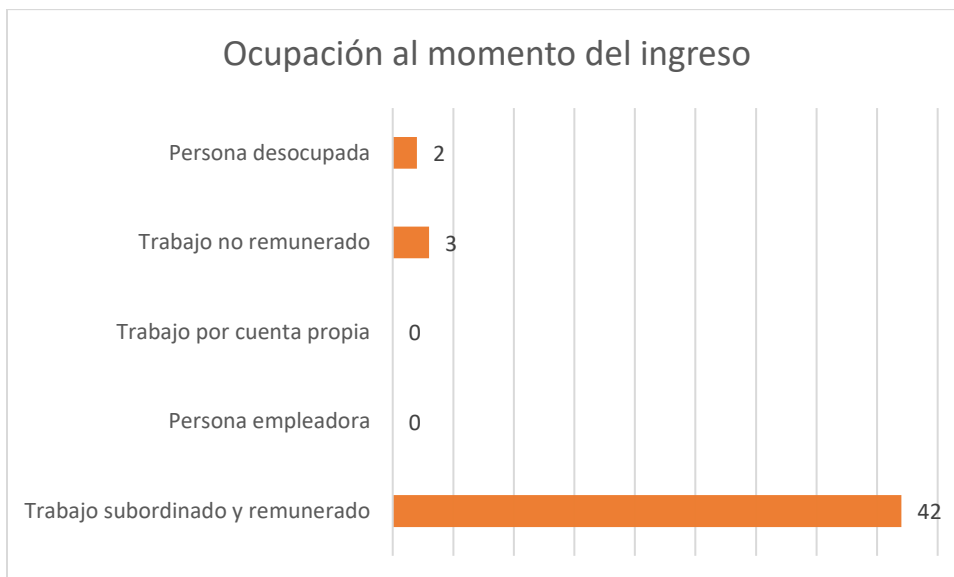
Grupos de edades de las personas adultas privadas de la libertad.

Uno de los hallazgos relevantes es la presencia mayoritaria de personas jóvenes y personas adultas jóvenes (de 18 a 34 años) en los centros visitados. En un porcentaje menor, se encontró a adultos maduros (considerando como tales a personas entre los 35 a los 58 años). En los centros no se encontraron personas adultas mayores (aquellas que tienen más de 60 años).



Nivel máximo de estudios de las personas adultas privadas de la libertad

El **nivel educativo** predominante en las personas privadas de la libertad halladas en los Centros, es la educación básica (que comprende preescolar, primaria y secundaria³³), seguido de la educación media (en la que se encuentra la preparatoria o el bachillerato y las carreras técnicas); resalta que hay una presencia significativa de personas con niveles inferiores de educación a la básica: 4 personas presentaron primaria inconclusa y 2 no tenían ningún grado de escolaridad. En un número inferior, se encontraron 3 personas con educación superior.

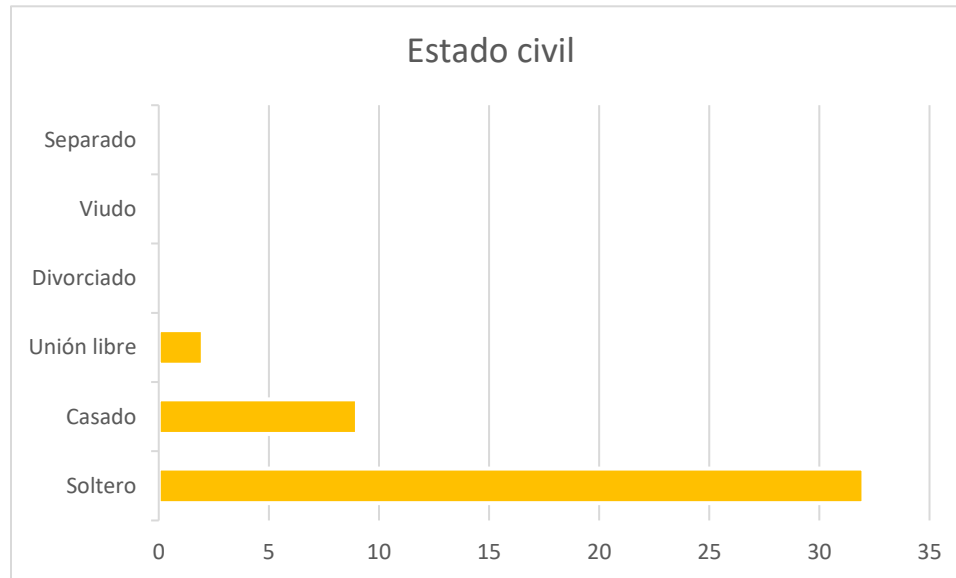


Ocupación al momento del ingreso de las personas adultas privadas de la libertad.

³³ http://www.planeducativonacional.unam.mx/CAP_01/Text/01_03a.html



Otro de los hallazgos importantes de las visitas *in situ* es que las personas que se encontraban en los centros pertenecían, mayormente, al momento de su ingreso, a la **población ocupada**³⁴, en su rubro de subordinados y remunerados; personas que tenían un trabajo asalariado, y le siguen, en menor medida, personas que realizaban trabajo no remunerado³⁵ —personas que tenían una ocupación sin una compensación económica—, y personas desocupadas³⁶.



El **estado civil** de la mayoría de las personas adultas privadas de la libertad es la de solteras; le sigue, en menor proporción, las personas casadas y en unión libre. No se encontró en la visita la presencia de personas divorciadas y/o separadas.

A. Perfil demográfico de las personas niñas, niños y adolescentes

De acuerdo al artículo 5 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes “son niñas y niños los menores de doce años, y adolescentes las personas de entre doce años cumplidos y menos de dieciocho años de edad”. En los centros visitados, encontramos que este grupo de población se ubica entre los 10 y los 17 años, cuyo nivel máximo de estudios fue educación básica³⁷ y hay un desfase de los adolescentes en cuanto a la

³⁴ Definida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía como: “Personas de 15 y más años de edad que en la semana de referencia realizaron alguna actividad económica durante al menos una hora. Incluye a los ocupados que tenían trabajo, pero no lo desempeñaron temporalmente por alguna razón, sin que por ello perdieran el vínculo laboral con este; así como a quienes ayudaron en alguna actividad económica sin recibir un sueldo o salario.” Glosario, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>

³⁵ “Persona ocupada que no recibe ningún tipo de pago (monetario o en especie), por su ocupación. Aunque es susceptible de recibir algún tipo de prestaciones” Glosario, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>

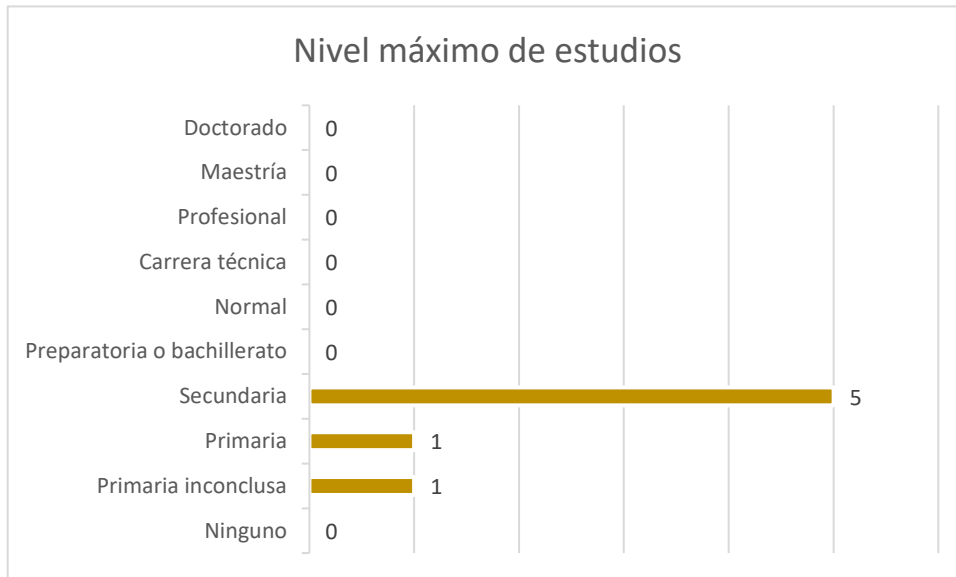
³⁶ “Personas de 15 y más años de edad que en la semana de referencia buscaron trabajo porque no estaban vinculadas a una actividad económica o trabajo.” Glosario, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>

³⁷ Al respecto, el Instituto Nacional para la Evaluación en México utiliza consideramos como grupos poblacionales de la siguiente manera: 3 a 5 años (preescolar), 6 a 11 años (primaria), 12 a 14 años (secundaria) y 15 a 17 años (media superior)

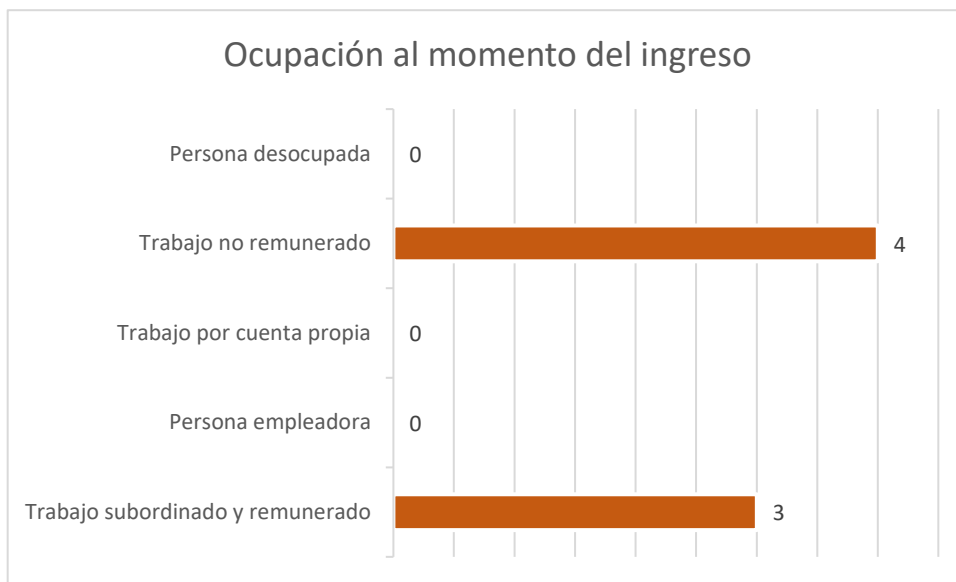
[https://www.inee.edu.mx/medios/informe2019/stage_01/tem_05.html#:~:text=1%20La%20matr%C3%ADcula%20nacional%20que,17%20a%C3%B1os%20\(media%20superior\).](https://www.inee.edu.mx/medios/informe2019/stage_01/tem_05.html#:~:text=1%20La%20matr%C3%ADcula%20nacional%20que,17%20a%C3%B1os%20(media%20superior).)



educación recibida, pues ninguno de los entrevistados de 15 a 17 años reportó haber estado en su grado correspondiente: media superior.



Gráfica 5. Nivel máximo de estudios de niñas, niños y adolescentes privadas de la libertad.



Ocupación al momento del ingreso de las niñas, niños y adolescentes privados de la libertad.

Sobresale que 3 personas del grupo de NNyA se encontraban dentro de la población cupada: 4 en trabajo no remunerado y 3 en trabajo subordinado y remunerado. Al respecto, el artículo 22 de la Ley del Trabajo prohíbe el trabajo de los menores de 14 años, a reserva de casos excepcionales.

B. 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	
	Tabla 7. 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)
CSC1	87.5	“Los separan de grupo y el psicólogo platica con ellos”. “Si un compañero entra en crisis lo meten a enfermería y dos personas lo curan y cuidan hasta que pase la crisis”. “Se le llama la atención y es aislado para que se controle”.
CSC2	50	“El psicólogo nos da una plática, acompañado de otra persona”. “Los encargados los separan del resto de los internos, castigados sin visita”.
CSC3	62.5	“Los compañeros lo retroalimentamos con un ejercicio de motivación”. “Platica con el psicólogo y se tranquiliza”.
CSC4	12.5	“El médico nos atiende inmediatamente”. “Nos apoya el staff”.
CSC5	75	“Se ponen rebeldes y los padrinos hablan con ellos”. “Sube la madrina y lo calma”.
CSC6	34.37	“Yo como usuario soy el encargado de arriba (dormitorio) y los contengo”.
CSC7	14.28	“Los trata el psicólogo”. “Al cuarto de meditación”. “Nos trasladamos a informarmarle el caso al médico”.

De los Centros visitados, se encuentra que los porcentajes más elevados de personas entrevistadas que reportaron haber tenido o presenciado algún tipo de crisis de ansiedad o agresividad, se señalaron el CSC1, seguido de los CSC5 y CSC3; encontrando porcentajes inferiores en los CSC7 y CSC4. La práctica del aislamiento ante la presencia de crisis en los usuarios se da en los centros CSC1, CSC2 y CSC5; resalta que una de la PPL que se encuentra en el CSC6, es la que da contención, de acuerdo a lo manifestado por ella misma.

2. Tratamiento de la dependencia de drogas

a) Disponibilidad y accesibilidad de servicios de tratamiento

Tabla 8. Disponibilidad y accesibilidad de los servicios de tratamiento

Centros	Tratamiento de la dependencia de drogas			
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportó haber sido revisado médicamente	Porcentaje de personas entrevistadas que consideró que la atención médica	Se reportó prescripción de medicamentos por profesional médico (34)	Porcentaje de personas que refirió habersele ofrecido algún tipo de atención en salud mental (37)



	al ingresar al centro (24)	que se le ha brindado en el establecimiento es mala o no hay (26)		
CSC1	100	12.5	Sí	50
CSC2	62.5	25	Sí	75
CSC3	100	-	Sí	85.71
CSC4	100	-	Sí	80
CSC5	87.5	50	Sí	25
CSC6	85.93	64.28	Sí	28.12
CSC7	75	12.5	Sí	37.5

En cuanto a la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de tratamiento, encontramos que las PPL de tres de los centros (CSC1, CSC3 y CSC4) reportaron, en su totalidad, que fueron revisadas médicamente al ingresar al centro; le siguen, con porcentajes elevados, los CSC5 y CSC6 y, en menor porcentaje, se encuentran los CSC7 y CSC2. Sin embargo, la percepción de una mala calidad o la inexistencia de atención médica es alta en los CSC6 y CSC5, y, en menor porcentaje, en los CSC2, CSC1 y CSC7. No se reportó percepción negativa para esta atención en los CSC3 y CSC4. En todos los centros se reportó que la prescripción de medicamentos se hace por médicos profesionales, pero en cuanto al ofrecimiento de algún tipo de atención en salud mental se tienen porcentajes variables presentando el porcentaje más alto, de acuerdo con las personas entrevistadas, el CSC3, seguido de los CSC4 y CSC2.

El porcentaje del ofrecimiento más bajo al respecto, está en los centros CSC5, CSC6 y CSC7, respectivamente. Para el CSC1, el porcentaje es del 50%.

Esto es coincidente con la información aportada por las personas responsables de los establecimientos, pues las autoridades de los CSC1, CSC5, CSC6 y CSC7 refirieron no contar con un cuadro básico de medicamentos.

Todas las personas responsables de los centros señalaron que son los familiares, quienes se encargan de brindar los medicamentos generales y psiquiátricos, necesarios para las personas usuarias, en caso de no tenerlos disponibles en el establecimiento. La mayoría de los responsables refirieron contar, al momento de la supervisión, con material de curación suficiente.

Se destaca que el director del CSC6 refirió que los medicamentos son resguardados en su oficina y es él quien decide cuándo se adquiere, por ejemplo, el material de curación, basado en criterios de "ocupación y necesidad".

b) Consentimiento voluntario e informado

Tabla 9. Consentimiento voluntario e informado

Centros	Tratamiento de la dependencia de drogas
---------	---



	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron encontrarse 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)
CSC1	50	-	75	87.5	66.66
CSC2	37.5	-	62.5	37.5	37.5
CSC3	87.5	100	87.5	100	85.71
CSC4	100	100	100	87.5	87.5
CSC5	62.5	80	62.5	50	50
CSC6	57.81	16	57.81	31.25	37.5
CSC7	37.5	66.66	87.5	62.5	62.5

Sobre el consentimiento informado y la información sobre el tratamiento, encontramos que sólo en el CSC4, el total de las personas entrevistadas dijeron encontrarse ahí de forma voluntaria; seguido del CSC3. Solamente una persona internada en el CSC6 señaló que, al expresar su inconformidad con el internamiento, se le presentaron alternativas u opciones.

En contraste, en CSC2 y CSC7 casi el 60% de las personas entrevistadas refirió encontrarse internadas de forma involuntaria.

Sobre los rubros relacionados con la información proporcionada por lo que hace al tratamiento y sus posibles efectos secundarios, sus derechos y su egreso, en el CSC2, CSC5 y CSC6 se reportó el menor número de personas que refirieron estar informadas al respecto.

En el centro CSC5 se reportó que se han administrado medicamentos a las personas internas, sin saber qué o para qué eran, las personas usuarias hicieron comentarios, como el que “antes nos daban a todos ácido fólico, pero no nos explicaban”.

Resalta lo señalado por las autoridades de todos los establecimientos respecto a que todas las personas firman documentación para su ingreso, siendo esta información inconsistente con las entrevistas que se realizaron a las personas usuarias, pues como se mencionó, sólo en los CSC6 y CSC2, todas las personas refirieron haber firmado algún tipo de consentimiento informado.

Al tenor de esto y de forma específica, sobre el ingreso, las personas responsables de los CSC1, CSC2, CSC5, CSC6 y CSC7, coincidieron en informar que los ingresos son voluntarios, involuntarios y obligatorios. No así en los CSC3 y CSC4, quienes dijeron que en esos lugares los ingresos son exclusivamente voluntarios; lo cual resulta inconsistente



con la información proporcionada por las personas de estos centros, pues sólo en el CSC2 todas las personas entrevistadas refirieron haber ingresado de forma voluntaria.

Sobre los ingresos obligatorios, en los CS1, CSC2 y CSC7, las autoridades responsables informaron que sólo se realizan por orden de una autoridad judicial (juez).

En el CSC1, donde atienden a adolescentes, la persona responsable informó que el procedimiento de ingreso es el mismo que con las personas adultas. Mientras que en los CSC5 y CSC6, la única diferencia en sus procedimientos de ingreso, es que los consentimientos son firmados por un familiar, tutor o representante legal de la persona menor de edad.

C. Derecho a un nivel de vida adecuado

1. Derecho a una alimentación adecuada

Tabla 10. Derecho a una alimentación adecuada

Centros	Derecho a un nivel de vida adecuado	
	Se reportó el suministro de, por lo menos, 3 alimentos diarios (66)	Porcentaje de personas entrevistadas que considera que la calidad de la comida es mala (68)
CSC1	Sí	14.28
CSC2	Sí	62.5
CSC3	Sí	-
CSC4	Sí	-
CSC5	Sí	85.71
CSC6	Sí	35.71
CSC7	Sí	17.5

Un hallazgo relevante es que, si bien en todos los centros se reportó que se suministraron alimentos tres veces al día, los porcentajes indican diferentes grados de satisfacción de la calidad de éstos. En los CSC3 y CSC4, ninguna de las PPL entrevistadas indicaron que la calidad de la comida fuera mala; en contraste, en los CSC1 y CSC7 un porcentaje bajo de personas entrevistadas indicó que la calidad de la comida es mala, incrementándose esa percepción en el CSC6. En tanto que en el CSC2 y CSC5 la mayoría de las personas entrevistadas señalaron que consideraban mala la calidad de la comida que se les proporcionaba.

2. Derecho a vestido adecuado

Tabla 11. Derecho a vestido adecuado

Centros	Derecho a un nivel de vida adecuado
---------	-------------------------------------



	Porcentaje de personas que reportaron considerar podían bañarse y cambiarse con regularidad y privacidad (61)	Porcentaje de personas que reportaron que, en caso de no tener ropa o artículos de higiene personal, el personal del establecimiento se los ha facilitado (64)	Porcentaje de personas que reportó tener oportunidad de lavar su ropa con regularidad (65)
CSC1	83.33	66.66	100
CSC2	62.5	62.5	62.5
CSC3	100	100	100
CSC4	100	83.33	100
CSC5	71.42	71.42	50
CSC6	96.42	71.42	81.25
CSC7	71.42	100	100

Los centros CSC3 y CSC4 la totalidad de personas entrevistadas señalaron que podían bañarse y cambiarse con regularidad y privacidad. En contraste, en CSC2 y CSC5 para las 3 categorías señaladas en la tabla correspondiente (bañarse y cambiarse con regularidad y privacidad, facilidad para acceder a ropa y artículos de higiene personal, y acceso a lavado de ropa) 3 a 4 de cada 10 personas privadas de la libertad que fueron entrevistadas refirieron que no pudieron bañarse y cambiarse con regularidad y privacidad, que no fue posible lavar su ropa con regularidad y que el personal del centro no les facilitó artículos de higiene personal o ropa, en caso de que no tuvieran.

3. Derecho a una vivienda adecuada

Tabla 12. Derecho a una vivienda adecuada

Centros	Derecho a un nivel de vida adecuado				Observaciones sobre el centro
	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)	
CSC1	100	87.71	42.85	-	"Yo tengo dos meses y una semana y salgo los fines de semana y regreso, si yo no deseo regresar lo puedo hacer, pero es mi deseo continuar con mi tratamiento y, posteriormente, ya que termine, estar viniendo los fines de semana porque deseo mi recuperación total".



CSC2	75	57.14	100	50	“El centro cuenta con buenas actividades hacia los internos”. “Que nos bajen a realizar actividades ya que solo una vez por semana nos dejan realizar actividades y que nos dejen bañar en la alberca”.
CSC3	100	75	25	-	“Anímicamente estable, conoce en general su tratamiento, el cual considera indicado”. “Nos den colaciones dos veces al día”.
CSC4	100	100	100	-	“Pues aquí todo va bien, es magnífica y todos te tratan con respeto y amor”.
CSC5	85.71	57.14	85.74	28.54	“Estoy aquí en contra de mi voluntad”.
CSC6	73.21	69.64	60.71	41.07	“Viene de otro centro donde estuvo 3 meses y su mamá vive en EUA. Le dieron tratamiento por que tiene muchos piquetes en el cuerpo”.
CSC7	100	75	37.5	12.5	“Estoy aquí por mi voluntad y ya puedo salir a trabajar”. “Ver la probabilidad de que los desperdicios ya no se manden al río por la contaminación y los malos olores”.

Al hacerse la supervisión de dormitorios y sanitarios, se encontró que sólo en los CSC1, CSC3 y CSC4 se observaron condiciones adecuadas en estos lugares, como ventilación, iluminación, espacio suficiente para el número de personas que habitan, mobiliario y mantenimiento.

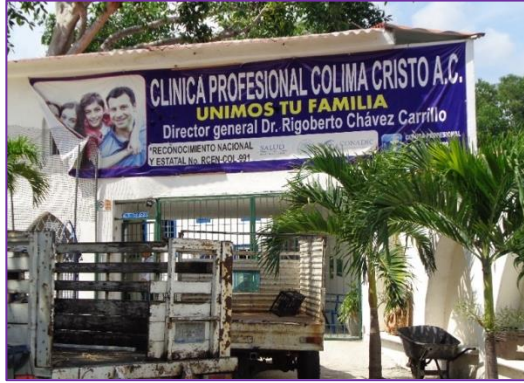
En el CSC2 se documentó la ausencia de privacidad en sanitarios; higiene inadecuada en los CSC2, CSC6 y CSC7; mientras que, en los CSC2, CSC5, CSC6 y CSC7, no hay ventilación e iluminación adecuada.



Fachada del CSC2



Fachada del CSC5



Fachada del CSC7



Dormitorios del CSC1



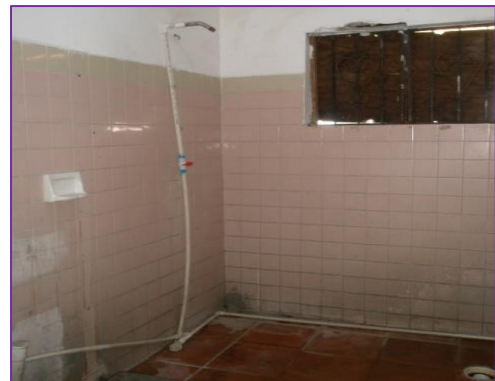
Dormitorios del CSC6



Dormitorios del CSC7



Sanitarios del CSC2



Sanitarios del CSC5



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

1. Abolir castigos corporales

Tabla 8. Abolir castigos corporales A

Centros	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes		
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron que en el establecimiento se aplica alguna clase de sanción o castigo (80)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportó haber recibido o presenciado maltratos por parte del personal del establecimiento (82)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido aisladas del resto de sus compañeros dentro del establecimiento (81)
CSC1	87.5	100	75
CSC2	50	85.71	12.5
CSC3	50	100	-
CSC4	75	100	-
CSC5	62.5	66.66	-
CSC6	70.31	38.09	37.5
CSC7	62.5	75	16.6

Tabla 9. Abolir castigos corporales B

Centros	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes			
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de golpes por parte de alguien del establecimiento (83.1)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de humillaciones por parte de alguien del establecimiento (83.2)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de amenazas por parte de alguien del establecimiento (83.3)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctimas de privación de agua o comida por parte de alguien del establecimiento (83.6)
CSC1	-	-	-	-
CSC2	28.67	42.85	14.28	27.57
CSC3	-	12.5	-	-
CSC4	-	-	-	-
CSC5	12.5	37.5	25	-
CSC6	14.06	17.18	-	-
CSC7	-	-	-	-

En el CSC1 el 75% de las personas entrevistadas reportó haber sido aislada del resto de sus compañeros dentro del establecimiento; situación que también se presentó en el CSC2, CSC6 y CSC7, pero en porcentajes del 12 al 37%. En el resto de los centros no se reportó nada sobre esta situación.



En CSC2, CSC5 y CSC6 entre el 12 y el 28% de las personas entrevistadas reportaron haber sido víctimas de golpes por parte de alguna persona del establecimiento. En cuatro de los centros, CSC2, CSC3, CSC5 y CSC6, entre el 12 y el 42% de las personas entrevistadas reportaron haber sido víctima de humillaciones.

En dos de los centros, CSC2 y CSC5, entre el 14 y el 25% de las personas entrevistadas reportaron haber recibido amenazas por parte de alguien del establecimiento. Sólo en uno de los centros, CSC2, las personas entrevistadas reportaron haber sido víctimas de privación de agua o comida (27%).

Lo descrito es inconsistente con toda la información proporcionada por las personas responsables de los centros, quienes refirieron aplicar las medidas disciplinarias con base en el Reglamento interno y en el sentido de que en los CSC1 y CSC4 las medidas disciplinarias sólo se aplican a través de consignas, como actividades de limpieza; así mismo, en el CSC4 se reportó como castigo o medida disciplinaria que a las personas internas se les pone a realizar el aseo, se les cancela la visita familiar o se les pide realizar ejercicios físicos, como lagartijas o sentadillas; dichas medidas se aplican “en una única ocasión”, a criterio del director. Las personas responsables de los CSC2, CSC3 y CSC7 señalaron que utilizan la suspensión de la visita familiar como medida disciplinaria.

Por otra parte, en el CSC3, las medidas disciplinarias que se aplican son la “hora cero” (prohibición del habla durante un máximo de 12 horas), y la “silla satélite” (participación en las actividades grupales, pero de manera periférica, sentados afuera del círculo); también se llega a suspender la visita familiar.

En el CSC6, se mencionó que se aplican medidas consistentes en castigos en el “cuarto de reflexión”, hasta por 72 horas, las cuales son aplicadas a criterio del director del Centro, “hasta que haga concientización de que lo que hizo el usuario está mal y no lo repita”. En este centro el director informó que, en caso de agresividad o agitación psicomotriz, los usuarios permanecen esposados en dicho cuarto durante varias horas.

Sobre los procedimientos para denunciar tortura o maltrato, las autoridades de cada establecimiento, en el CSC1, CSC2, CSC3, CSC4 y CSC5 se señaló que, “en los casos de abuso físico, psicológico o sexual, por parte del personal del establecimiento” “tras investigar a profundidad lo ocurrido, se denuncia al Ministerio Público y se notifica al familiar”. Sin embargo, las personas responsables de los centros comentaron que *no ha surgido la necesidad hasta el momento*. En caso de que fuera un usuario el que incurriera en la falta, “se le sancionaría o expulsaría”.

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

Tabla 14. Garantizar acceso a los medicamentos esenciales para el tratamiento de la dependencia a drogas, el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos

Centros	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	
	Se reportó que en caso de haber tenido dolor o malestar tuvo que esperar mucho tiempo con dicho malestar (27)	Se reportó que el medicamento o la atención proporcionada fueron suficientes para mejorar el dolor o malestar (28)
CSC1	Sí	Sí
CSC2	Sí	Sí



CSC3	Sí	Sí
CSC4	Sí	Sí
CSC5	Sí	Sí
CSC6	Sí	Sí
CSC7	Sí	Sí

Respecto a la garantía de acceder a medicamentos esenciales para el tratamiento de la dependencia a drogas, el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos, en la totalidad de los centros, las PPL o usuarias reportaron haber tenido que esperar mucho tiempo con dolor o malestar; no obstante, el medicamento o atención recibida fue suficiente para mejorar la molestia.

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

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

Tabla 15. Garantizar que las personas no sean detenidas únicamente por su uso de drogas o dependencia de drogas (15.1)

Centros	Derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria
CSC1	"Personal de este centro y mi papá". "Me trajo la policía".
CSC2	"Me trajeron esposada".
CSC3	"Me soltarían y no podría irme".
CSC4	-
CSC5	-
CSC6	"Fueron por mí a mi casa y me trajeron a la fuerza".
CSC7	"Mi familia me trajo por mi estado". "Me trajeron esposado".

Sobre la garantía de las personas a no ser detenidas únicamente por su uso de drogas o dependencia de drogas, en 5 de los 7 centros se encontró que había gente contra su voluntad, quienes ingresaron por la fuerza al centro, incluso siendo trasladados por policías, con candados de manos y, en el caso del CSC6 una persona refirió que "*fueron por mí a mi casa y me trajeron a la fuerza*".

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

Tabla 16. Garantizar que el tratamiento de la dependencia de drogas como alternativa al encarcelamiento en ningún caso se prolongue más allá del periodo de la sentencia penal aplicable

Centros	Derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria		
	Tiempo mínimo de internamiento (días) (6)	Tiempo máximo de internamiento (días) (6)	Media (6)
CSC1	31	93	58.12
CSC2	31	155	77.5
CSC3	9	93	36.42



CSC4	10	217	55.5
CSC5	20	93	49.83
CSC6	7	31	35.10
CSC7	31	155	85.25

En cuanto al tiempo de tratamiento, llama la atención que, aun cuando la media de internamiento sea, en todos los casos, menor a 90 días, en los centros CSC2, CSC4 y CSC7 se documentaron casos de hasta 217 días de estancia. El centro que reportó una media menor fue el CSC6, con 35 días.

Se destaca que, con base en las entrevistas realizadas en cada centro, el promedio de tiempo de internamiento de la mayoría de los centros se encuentra dentro del tiempo de duración referido por las personas responsables, a excepción del CSC4, en el que su tiempo de internamiento mínimo es de 14 semanas —correspondiente a 98 días—, y como máximo el lapso fue de 217 días. La media total de internamiento en este centro, fue de 55.5, encontrándose por debajo de los 98 días, referidos.

En los CSC2, CSC5, CSC6 y CSC7, las autoridades informaron sobre la posibilidad de que el tiempo máximo de internamiento se extienda. Sólo en el CSC6 refirieron que el personal de psicología es quien puede proponer ampliar la duración del internamiento.

F. Derecho a la privacidad

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

Tabla 17. Prevenir la interferencia arbitraria e ilegal con la privacidad, la vida familiar, el hogar y la correspondencia

Centros	Derecho a la privacidad						
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportó que la revisión médica fue en condiciones de privacidad (25)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportó haber podido comunicarse con su familia o con personas de su confianza (18)	Porcentaje de personas entrevistadas que indicaron que su familia o personas de confianza han podido visitarle (19)	Porcentaje de personas entrevistadas que indicaron que el personal del centro le ha apoyado para comunicarse al exterior del centro (20)	Porcentaje de personas entrevistadas que refirieron ser libres de dormir o descansar a la hora que usted desee (56)	Porcentaje de personas entrevistadas que 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)
CSC1	87.5	87.5	100	100	-	100	28.57
CSC2	87.5	75	75	100	37.5	75	75
CSC3	87.5	87.5	75	100	12.5	42.85	50
CSC4	100	87.5	100	100	25	62.5	62.5
CSC5	75	87.5	87.5	100	28.57	85.71	28.57



CSC6	79.16	48.43	41.07	87.5	46.93	26.53	66.07
CSC7	100	100	100	100	25	37.5	87.5

En cuanto al derecho a la privacidad, incluyendo la vida cotidiana, la libertad de no participar en las actividades del centro, fue el CSC7 quién reportó la mejor calificación.

El mayor reporte de incomunicación con la familia se presentó en el CSC6, tanto para el contacto mediante llamadas telefónicas y la visita en el lugar.

También se documentó que menos de la mitad de las personas entrevistadas, en todos los centros, reportaron que no eran libres de dormir o descansar cuando ellos lo desearan, situación que se reportó con mayor frecuencia en el CSC3.

Sobre las visitas familiares, las personas responsables del establecimiento señalaron que se realizan en fines de semana, en horarios diversos. Las personas que las autorizan son el consejero del usuario o el psicólogo (CSC1); terapeuta familiar (CSC2), y terapeutas (CSC4). Quienes están autorizadas para visitar son personas previamente señaladas o permitidas por la persona usuaria (CSC4); sólo se autoriza la visita de familiares de primer grado (CSC3), y únicamente se permite el ingreso de personas autorizados por el familiar responsable (CSC5 y CSC6).

Respecto a los espacios en que se realizan las visitas, destaca que en el CSC2, se lleva a cabo en los pasillos y en el área de alberca; en el caso de menores de edad, se lleva a cabo en el área donde fueron ubicados; en el CSC3, en las áreas verdes de la institución; en el CSC4, en la terraza de la cocina; en el CSC5, en el área de terapia para *los usuarios iniciando el tratamiento*, así como en el área de visitas para *los usuarios más avanzados*. En el CSC6, si son usuarios con ingreso involuntario, la visita se lleva a cabo en la planta alta del centro, pero si son usuarios con ingreso voluntario, la visita se realiza en la planta baja del centro. En el CSC7, en los patios que se encuentran dentro de las instalaciones y las personas que acuden deben de cumplir con el Reglamento para la visita.

Acerca de la comunicación con el exterior, las autoridades de cada establecimiento comentaron que se pueden realizar llamadas telefónicas solamente si el consejero y el personal médico y de psicología lo consideran necesario, las cuales se realizan en condiciones de privacidad, así también en el CSC1, tienen acceso a la televisión, sin restricción de contenido. En el CSC2 las usuarias y los usuarios no tienen autorización de realizar llamadas telefónicas, porque los “intranquilizan”. Pero, excepcionalmente, el terapeuta familiar autoriza, solo en beneficio del usuaria o usuario, quienes tienen acceso a radio, televisión y cine debate, siempre y cuando no sean de contenido violento ni sexual.

En el CSC3 no tienen autorización de realizar llamadas telefónicas, a excepción de aquellos pacientes cuyos familiares no acuden a la visita por residir en otro estado o en otro país; los y las usuarias pueden acceder a la televisión y a medios de comunicación impresos, siempre y cuando no sean de contenido violento o relacionado con las drogas. En el CSC4, las usuarias no tienen autorización de realizar llamadas telefónicas, porque las “intranquilizan”; pero, excepcionalmente se autoriza como premio. Tienen acceso a la televisión siempre y cuando no sean de contenido violento o relacionado con las drogas; sin embargo, al momento de la visita no aplicaba.

En el CSC5 pueden hacer llamadas telefónicas desde la oficina, donde se tienen condiciones de privacidad. No cuentan con lineamientos para el uso del teléfono y tienen



acceso a la televisión, donde ven solamente películas que les proporciona el centro, así como a libros relacionados con la rehabilitación.

En el CSC6 no pueden hacer llamadas telefónicas por “su seguridad”; únicamente tienen acceso a la televisión, con la restricción de que no se trate de drogas o violencia, y noticieros que “no les altere la conducta”. En el CSC7 no tienen autorizado realizar llamadas telefónicas, en ningún momento durante la estancia, a excepción de que el psicólogo lo considere necesario por alguna situación especial. Tienen acceso a la televisión, sin restricción de contenido, sólo de horario.

G. Libertad de pensamiento, conciencia y religión

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

Tabla 18. Garantizar el pleno disfrute de los derechos a la libertad de opinión, expresión e información sobre prácticas de drogas

Centros	Libertad de pensamiento, conciencia y religión	
	Porcentaje de personas que no están por cuenta propia y tuvo la portunidad de mostrar inconformidad con su estancia involuntaria (16)	Cambios, comentarios o quejas expresadas por las personas (46)
CSC1	40	“Que hubiera más variedad de consejeros”. “Mejorar en las visitas”.
CSC2	33.33	“Ayudar a que el plan de cada uno se realice”. “Que en el momento que ingresé a este centro me informaron que me darían una pastilla para la ansiedad y no me han dado nada”.
CSC3	-	“Cómo se lleva mi tratamiento”.
CSC4	50	“Rehabilitación”.
CSC5	50	“No sabe el plan”.
CSC6	-	“Aquí nos tratan bien”.
CSC7	75	“Más descanso”. “Mayor espacio personal”.

Respecto a las personas que se encuentran internadas de manera involuntaria, solo en el CSC7, a la mayor parte de las personas entrevistadas se les permitió expresar su inconformidad; sin embargo, en el centro CSC2 esta posibilidad fue menor, además de reportarse situaciones de inatención a síntomas concretos de las personas usuarias, como la “ansiedad”. En los centros CSC1, CSC4 y CSC5, se indicaron cifras entre 40 y 50% de personas que pudieron expresar esta inconformidad.

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

Tabla 19. Proporcionar información precisa y objetiva sobre las prácticas de drogas, daños y bienes y servicios

Centros	Libertad de pensamiento, conciencia y religión
---------	--



	Porcentaje de personas que fueron informados sobre los principios de su plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación (41)	Ideas de recuperación o rehabilitación que tienen las personas (42)
CSC1	100	“Quiero venir los fines de semana y trabajar”. “Quiero trabajar y estudiar y quitarle problemas a mi mami”. “No seguir drogándome”.
CSC2	62.5	“Estudiar”. “Dejar de consumir las drogas”. “Desintoxicarme de las drogas”.
CSC3	100	“Dejar de drogarme y tener mejor comunicación familiar”. “Es para recuperar todo”.
CSC4	100	“Es la voluntad propia”. “Dejarme de drogar”.
CSC5	62.5	“Negociar”.
CSC6	57.81	“Dejar de drogar”. “Desintoxicarte, venir a sanar heridas con familia con psicología”. “Desintoxicarte y aprender del prójimo”.
CSC7	87.5	“De salir y trabajar”. “Vengo para rehabilitarme para estar con mi familia”.

Sobre la información que se brinda en cuanto al plan de tratamiento, recuperación y rehabilitación, se observó que los centros CSC2, CSC5 y CSC6, tienen las cifras más bajas —62.5, las dos primeras y 57.81, la tercera—, siendo las mayores las de los centros CSC1, CSC3 y CSC4, que cubren un 100%. Por debajo de ellas se encuentra el CSC7, con 87.5%.

Con base en las aportaciones de las personas responsables de cada establecimiento y la observación realizada en las supervisiones, se identificó que el modelo “Minnesota” —que se aplica en los CSC1 y CSC6— y el de “Comunidad Terapéutica”—que se aplica en los CSC2, CSC3, CSC4 y CSC7, son los predominantes para brindar tratamiento.

En el CSC1, de acuerdo con su Coordinador Clínico, el modelo tiene el objetivo de alcanzar la abstinencia de alcohol y drogas. Dentro de las actividades del centro se incluye psicoterapia individual, grupal y familiar; sesiones de grupos de ayuda mutua, actividades psicoeducativas, culturales y deportivas; terapia ocupacional y capacitación para el trabajo, y actividades comunitarias para la ocupación del tiempo libre. También se brinda tratamiento farmacológico, de ser necesario. En el CSC2, el modelo tiene el objetivo de trabajar con personas con problemas de adicciones, de alcohol y drogas, y lograr el proceso de rehabilitación en sus familias y en sus trabajos. Dentro de las actividades del centro se incluye psicoterapia individual, grupal y familiar; tratamiento psiquiátrico, sesiones de grupos de familia, actividades psicoeducativas, culturales y deportivas; no incluye tratamiento agonista, sesión de grupo de ayuda mutua, terapia ocupacional y capacitación para el trabajo. Cuentan con un registro de logros de rehabilitación y dan seguimiento durante tres meses de manera telefónica posterior al egreso, por medio de citas.



En el CSC3, el modelo que se aplica tiene como objetivo que el usuario aprenda a vivir en la sociedad y trabajar en áreas de oportunidad. Dentro de las actividades del centro se incluye psicoterapia individual, grupal y familiar; tratamiento psiquiátrico, sesiones de grupos de ayuda mutua, actividades psicoeducativas, culturales y deportivas; terapia ocupacional y capacitación para el trabajo y actividades comunitarias para la ocupación del tiempo libre. Cuentan con un registro de logros de rehabilitación y dan seguimiento durante seis meses de manera presencial posterior al egreso. En caso de que el paciente no pueda volver a la institución, se refiere a un CAPA (Centro de Atención Primaria en Adicciones) para su seguimiento.

En el CSC4 se mencionó que realizan actividades preventivas, de urgencia, de tratamiento, de rehabilitación y reinserción social. De acuerdo con la directora, tiene el objetivo de que las usuarias se rehabiliten y se reinseren a la sociedad. Dentro de las actividades del centro se incluye psicoterapia individual, grupal y familiar; tratamiento psiquiátrico, tratamiento agonista, sesiones de grupos de ayuda mutua, actividades psicoeducativas, culturales y deportivas; terapia ocupacional y capacitación para el trabajo y actividades comunitarias para la ocupación del tiempo libre, no incluye sesión de grupo de familias. Cuentan con un registro de logros de rehabilitación y dan seguimiento durante un año de manera presencial posterior al egreso, por medio de citas. En caso de que la paciente no pueda volver a la institución, se refiere a un CAPA para su seguimiento.

En el CSC5, el modelo que sustenta el tratamiento es el de *12 pasos de Alcohólicos Anónimos* y el tratamiento, de acuerdo con el encargado, tiene el objetivo de que el usuario deje de consumir sustancias y cambie sus juicios y actitudes. Dentro de las actividades del centro se incluye psicoterapia individual y grupal, y sesiones de grupos de ayuda mutua. No cuentan con un registro de logros de rehabilitación, pero dan seguimiento de manera presencial y telefónica posterior al egreso por tiempo indefinido.

En el CSC6, el modelo tiene el objetivo de que el usuario se vuelva a reincorporar a la sociedad. Dentro de las actividades del centro se incluye psicoterapia individual, grupal y familiar, sesiones de grupos de ayuda mutua, actividades psicoeducativas, culturales y deportivas, no cuentan con tratamiento psiquiátrico, tratamiento agonista, terapia ocupacional y capacitación para el trabajo, no se realizan actividades comunitarias para la ocupación del tiempo libre, no cuentan con un cronograma de actividades. No cuentan con un registro de logros de rehabilitación y no han hecho ningún tipo de seguimiento.

En el CSC7, el modelo tiene el objetivo de controlar la no ingesta de sustancias psicoactivas. Las actividades del centro incluyen psicoterapia individual, grupal y familiar; sesiones de grupos de ayuda mutua, actividades psicoeducativas, culturales y deportivas; terapia ocupacional y capacitación para el trabajo. Carecen de registro de logros de rehabilitación, pero dan seguimiento durante un año posterior al egreso.



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 Colima, y, si bien, los resultados no se pueden extrapolar a todos los centros de atención residencial que actualmente operan en la entidad, permiten tener un panorama de las situaciones de maltrato que podrían constituir tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, que se pueden presentar en el resto de los centros en el Estado.

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

A continuación, discutiremos los resultados obtenidos.

A. Registro ante la CONADIC

Si bien los siete centros supervisados proporcionan atención residencial a los problemas de adicción a las sustancias, tres de ellos, al momento de la visita, no contaba con registro ante el CONADIC (CSC2, Comunidad Terapéutica en Adicciones “Lois Burnham”, A. C.; CSC5, Centro de Atención Especializado en Adicciones “Bill y Bob”, A. C. y CSC6, Centro de Rehabilitación y Tratamiento para Pacientes en Adicción, S. A. DE C. V.), situación que al momento de la integración del presente informe seguía presente..

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

Este dato es importante debido a que, como se verá a continuación, en estos centros se tiene a personas ingresadas en contra de su voluntad, hay diversas formas de maltrato reportadas por las personas entrevistadas y se encontraron diferentes deficiencias estructurales y normativas.

B. Cumplimiento de procedimientos normativos

Aunado a lo anterior, al verificar el cumplimiento de procedimientos normativos, encontramos que solo el CSC3, Clínica de Atención Residencial en Adicciones C.A.R.A. Varonil, cuenta con el aviso de funcionamiento correspondiente y la licencia sanitaria, así como con lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de personas usuarias, por protección civil.

El caso contrario se documentó en el CSC2, Comunidad Terapéutica en Adicciones “Lois Burnham”, A. C., y el CSC6, Centro de Rehabilitación y Tratamiento para Pacientes en



Adicción, S. A. DE C. V., que no cuenta con ninguno de estos elementos. Mientras que el CSC1, “Un Paso Hacia la Recuperación”, I.A.P.; el CSC4, Clínica de Atención Residencial en Adicciones C.A.R.A. Femenil; el CSC5, Centro de Atención Especializado en Adicciones “Bill y Bob”, A. C., y el CSC7, Centro de Recuperación Integral Social y Terapia Ocupacional C.R.I.S.T.O. A. C., cuentan con aviso de funcionamiento, pero no con licencia sanitaria.

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).

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 daño³⁸.

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 irreflexivo 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”³⁹

En la actualidad, es un hecho aceptado que la dependencia a sustancias psicoactivas es un complejo y multifactorial trastorno biológico y conductual, que requiere la implementación, como reconoce la NOM-028, de “tratamiento médico y/o psicosocial basado en principios científicos, sociales y éticos” (numeral 5.2.1.2).

De acuerdo con las “Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas” de la Organización Mundial de la Salud⁴⁰, 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”

³⁸ <https://www.amnesty.org/download/Documents/4000/amr410202014es.pdf>

³⁹ 18 informe Comité de Expertos de la OMS en farmacodependencia

⁴⁰ https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf



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 fundamentos⁴¹:

- 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 en los centros supervisados CSC1, CSC3 y CSC5 se reportó una alta prevalencia de “crisis”, mientras que las prevalencias más bajas se reportaron en el CSC4. Sin embargo, la forma de atenderlas es muy variable, pues mientras en el último centro referido se reportó que ante una “crisis”, se realizan acciones tales como que “el médico nos atiende inmediatamente” y “nos apoya el staff”; en los casos de los CSC1, CSC3 y CSC5 se les “calma” mediante “pláticas”, “ejercicios de retroalimentación” y la “contención” por parte de “madrinas” o el “encargado del dormitorio”.

Por lo 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, la percepción de una mala calidad o la inexistencia de atención médica es alta en los CSC6 y CSC5, y, en menor porcentaje, en los CSC2, CSC1 y CSC7. Mientras que en ninguno de los centros supervisados se documentó el uso de tratamiento con agonistas o terapias de sustitución con psicofármacos. Esto es coincidente con la información aportada por las personas responsables de los establecimientos, pues las personas usuarias o privadas de la libertad tienen acceso a medicamentos, no obstante, las autoridades de los CSC1, CSC5, CSC6 y CSC7 refirieron no contar con un cuadro básico de estos.

Así mismo, no se realiza tratamiento específico para el síndrome de abstinencia que pueden presentar las personas internadas, e incluso las autoridades del CSC1, CSC5, CSC6 y CSC7 refirieron no contar con un cuadro básico de medicamentos, pues son los familiares quienes se encargan de brindar los medicamentos, generales y psiquiátricos, destacando el caso del CSC6, en donde el director refirió que los medicamentos son resguardados en su oficina y es él quien decide cuándo se adquieren.

⁴¹ <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510003.pdf>



En cuanto a la atención psicológica, es de llamar la atención que, aun cuando los trastornos por consumo de sustancias están reconocidos como parte de los trastornos mentales y del comportamiento en los sistemas de clasificación internacionales de enfermedades, el acceso a este tipo de intervenciones va del 25% (CSC5) al 85.7% (CSC3), sin ser una práctica transversal a todos los modelos de atención.

En conclusión, mientras por un lado 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.

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

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

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

Sobre este rubro, y considerando que los problemas de salud se encuentran estrechamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, es importante precisar que el Consejo Europeo de Derechos Humanos, en sus recomendaciones, sobre personas en situación de vulnerabilidad, ha señalado que solo se podrá llevar a cabo una privación de la libertad de las y los pacientes, mediante una hospitalización involuntaria, si se realiza: a) con motivo del trastorno mental del o la paciente, si no existe otro medio de tratamiento adecuado y si la persona (paciente) representa un peligro para ella misma o para otras personas; b) por un/a profesional de la salud mental cualificado; c) bajo estrictas garantías procesales; d) por un periodo corto; e) la decisión debe ser comunicada al o la paciente; f) un cuerpo judicial debería revisar periódicamente el caso; g) el o la paciente tiene derecho a elegir una persona consejera y pedir un intérprete; h) el derecho de la persona paciente para enviar alguna comunicación, no debe ser restringido⁴².

En este sentido, llama la atención que sólo en uno de los centros visitados, el CSC4, el 100% de las personas entrevistadas reportaron encontrarse internadas de forma voluntaria; mientras que la mayor proporción de personas internadas de manera involuntaria se encontraron en LOS CSC2 y CSC7, con 37.5%; en tanto, en el resto de los centros, los porcentajes fluctúan del 50 al 87.5%.

El señalamiento de encontrarse internadas/os de manera voluntaria concuerda con el reporte de haber firmado algún documento, en donde se diera cuenta de este

⁴² 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.



procedimiento, tanto para el CSC3, como para el CSC4; mientras que en el CSC6, la mayor parte de las personas que reportaron encontrarse de manera voluntaria mencionaron no haber firmado un consentimiento informado. Estos datos se relacionan con los bajos porcentajes de estos centros, en cuanto a la información brindada sobre la fecha y motivos de egreso y los efectos de los medicamentos que se administran.

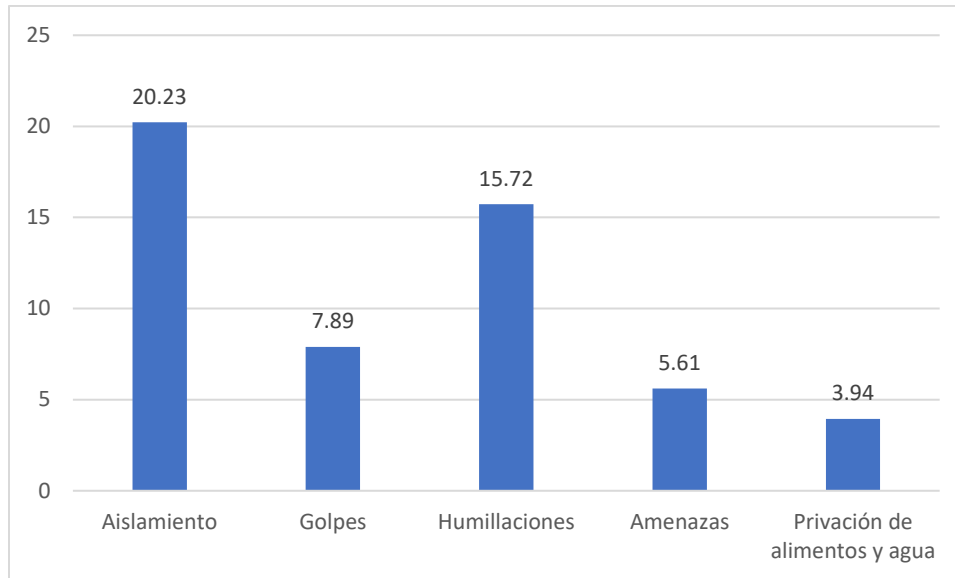
Ello contraviene lo señalado en la NOM-028, la cual indica que el ingreso en forma involuntaria “se presenta en el caso de los usuarios que requieren atención urgente o representan un peligro grave e inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico y la solicitud de un familiar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

Al respecto la Ley General de Salud 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.

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

A lo anterior se agregan los reportes de diversas formas de maltrato documentadas por el personal del MNPT. Tomando en cuenta el universo de 54 entrevistas, la prevalencia de maltrato global se presenta en la siguiente gráfica:



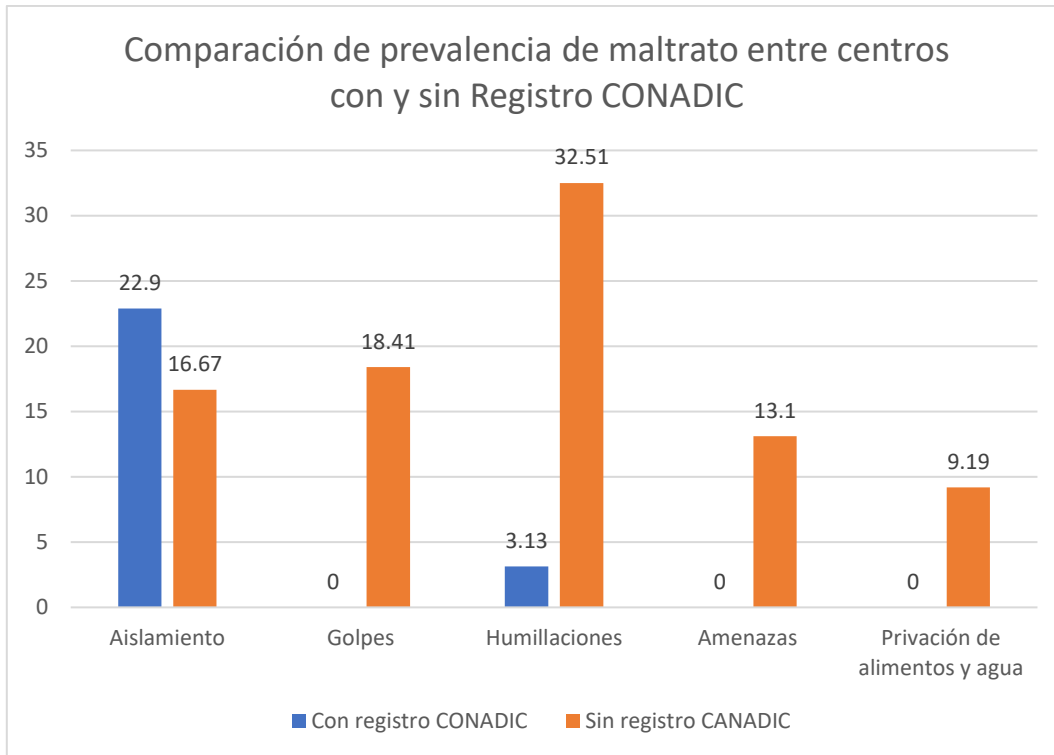
Prevalencia de formas de maltrato reportadas por personas privadas de la libertad entrevistadas, Estado de Hidalgo

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

Como se mostró en los resultados, solo en el centro CSC4 no se reportó ningún caso de maltrato; mientras que, tanto en el CSC1, como en el CSH7, se reportó solo el uso de aislamiento. En el CSC3 se reportaron humillaciones. Debemos señalar que estos centros cuentan con registro ante la CONADIC.

En contraste, en los centros sin registro, en general, se documentaron diferentes formas de maltrato, siendo el CSC2 en donde se reportaron mayores prevalencias en todos los tipos de maltrato explorados, seguido por el CSC6, y, en menor medida el CSC5.

De tal manera que al comparar la prevalencia de estas diversas formas de maltrato en centros con y sin registro de la CONADIC, se obtiene la siguiente gráfica:



Comparación de prevalencia, expresada en porcentaje, de diversas formas del maltrato en centros con y sin registro CONADIC

Llama la atención que al cuestionar a las personas responsables de los establecimientos en donde se documentaron estas formas de maltrato, estas refirieron que aplicaban medidas disciplinarias con base en el Reglamento interno, y son los directores quienes administran estas.

Dentro de las particulares formas de castigo que se pudieron documentar se encuentran:

- Realizar actividades de limpieza
- Suspensión de la visita familiar
- Realizar ejercicios físicos como lagartijas o sentadillas
- Prohibirles el habla durante 12 horas (“hora cero”)
- Sentarlos fuera del círculo en las reuniones (“silla satélite”)
- Aislamiento (“cuarto de reflexión hasta por 72 horas”)

En el caso del CSC6 el director informó que, en caso de agresividad o agitación psicomotriz, los usuarios permanecen esposados en dicho cuarto durante varias horas.

Todos estos datos concuerdan con la revisión documental realizada para la elaboración del presente informe.

A este panorama debemos agregar los reportes de detenciones arbitraria e ilegales, pues diversos usuarios de los centros CSC1, CSC2, CSC6 y CSC7 reportaron haber sido sacados de su casa por la fuerza, en algunos casos con candados de manos, e incluso, en el CSC1 se reportó haber sido trasladado por la policía.

VI. POSICIONAMIENTO



El hecho de que los centros cuenten o no con el registro ante la CONADIC hace una diferencia relevante, pues los centros que presentaron mayores deficiencias y prevalencia de condiciones que limitan o niegan el derecho a la protección del derecho a no ser sometido a tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, derecho a no ser sometido a detención arbitraria, derecho a la privacidad, protección de la libertad de pensamiento, conciencia y religión, derecho a un nivel de vida adecuado y al disfrute del más alto nivel posible del derecho a la salud fueron los centros que no cuentan con registro ante la CONADIC (*Comunidad Terapéutica en Adicciones “Lois Burnham”, A. C., Centro de Atención Especializado en Adicciones “Bill y Bob”, A. C., y el Centro de Rehabilitación y Tratamiento para Pacientes en Adicción, S. A. DE C. V.*)

La situación en los centros que cuentan con registro (*“Un Paso Hacia la Recuperación”, I.A.P., Clínica de Atención Residencial en Adicciones C.A.R.A. Varonil, Clínica de Atención Residencial en Adicciones C.A.R.A. Femenil, Centro de Recuperación Integral Social y Terapia Ocupacional C.R.I.S.T.O. A. C.*) no es la que debería primar de acuerdo con el marco legal vigente y también implica la limitación o negación de diversos derechos humanos, entre ellos el derecho a la privacidad, protección de la libertad de pensamiento, conciencia y religión, derecho a un nivel de vida adecuado y al disfrute del más alto nivel posible del derecho a la salud. Es importante verificar la prohibición absoluta de la tortura en estos centros y garantizar la mejora de las condiciones de estancia y trato dado a las personas usuarias.

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

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

De mediano plazo

1. Establecer criterios con perspectiva de derechos humanos, género y enfoque diferenciado para el otorgamiento de licencias sanitarias de los establecimientos de atención residencial de personas con trastornos debido al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos periódicos.
2. Establecer procedimientos y métodos para la manifestación del consentimiento informado y, en general, la manifestación de la voluntad de niñas, niños y adolescentes con trastornos debidos al consumo de sustancias o a



comportamientos adictivos que requieren tratamiento residencial especializado, otorgando, de ser necesario, medidas de nivelación o acciones afirmativas que permitan a las personas que, por alguna causa tengan un deterioro cognitivo que les impida otorgar dicho consentimiento.

3. Modificar la NOM-028-SSA2-2009, a fin de que se realicen medidas de protección específicas tendientes a garantizar, promover y respetar los derechos humanos de las personas en situación de vulnerabilidad que se encuentran en los establecimientos especializados en adicciones, mediante la generación de acciones afirmativas para su mayor protección.

De largo plazo

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

B. A la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)

Inmediatas

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

De mediano plazo

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

C. Al Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC)

De mediano plazo

1. Informar sobre los trabajos de actualización de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones: NOM-028-SSA2-2009.
2. Promover que la actualización de la NOM-028-SSA2-2009, incluya la perspectiva de derechos humanos y de género, así como enfoque diferenciado, lenguaje incluyente y cultura de no discriminación.
3. Armonizar las acciones de prevención mencionadas en la NOM, es decir, aquellas “dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, así como sus consecuencias físicas, psíquicas,



económicas, familiares y sociales” con los derechos humanos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los tratados internacionales de derechos humanos de los que México es parte, las constituciones locales y demás normas aplicables, bajo los principios de igualdad y no discriminación, pro persona, universalidad y enfoque diferenciado; y, en particular, verificar que dichas acciones promuevan, respeten, protejan y garanticen el derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes.

4. Establecer mecanismos de supervisión y certificación efectivos para evaluar que la atención a las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos que se encuentran en los establecimientos residenciales especializados, sea proporcionada con perspectiva de derechos humanos y de género, así como enfoque diferenciado.
5. Incluir en los mecanismos de supervisión, certificación y renovación periódica de la certificación, indicadores o categorías para identificar posibles violaciones al derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes.
6. Incluir en los mecanismos de supervisión, certificación y renovación periódica, indicadores o categorías para identificar factores de riesgo respecto del derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes.
7. Publicar en su página de internet *el Programa Nacional de Prevención del Uso, Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas y Participación Ciudadana* o el Programa vigente.
8. Establecer mecanismos para la renovación periódica del registro de los establecimientos de atención residencial de personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos, que incluya requisitos para la prevención de actos de tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes

De largo plazo

9. Proponer lineamientos para normar adecuadamente el internamiento involuntario considerando que este debe ser temporal y bajo los estándares internacionales.

D. A la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima

Inmediatas

1. Establecer medidas para la identificación de establecimientos residenciales que atienden a personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos que no estén registrados ante la CONADIC
2. Establecer sanciones y mecanismos para la clausura de establecimientos de atención residencial de personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos que no estén registrados ante la CONADIC.

De mediano plazo

1. Publicar y actualizar periódicamente el Padrón de instituciones y organismos públicos y privados que realicen actividades de prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de adicciones, que contenga las características de atención, condiciones y requisitos para acceder a los servicios que ofrecen (artículo



71 de la Ley para la Prevención, Tratamiento y Centros de Adicciones en el Estado de Colima)

2. Publicar e informar periódicamente sobre los 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 adicciones, con el fin de que quienes requieran de asistencia, puedan, conforme a sus necesidades, características, posibilidades económicas, acceder a los servicios que todas estas instituciones o personas físicas ofrecen. (artículo 71 de la Ley para la Prevención, Tratamiento y Centros de Adicciones en el Estado de Colima)
3. Capacitar al personal de los establecimientos residenciales que atienden a personas con trastornos debido al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos en medidas de prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes.
4. Verificar y fortalecer los incentivos y beneficios de contar con la licencia sanitaria por parte de este tipo de establecimientos.
5. Establecer, en conjunto con el Consejo Estatal contra las Adicciones, visitas de supervisión sin previo aviso y otros mecanismos, a fin de detectar la implementación de sanciones o castigos corporales, humillaciones, amenazas y privación de agua o comida, así como tomar las medidas correspondientes para hacer efectiva la prohibición de estas acciones.

De largo plazo

6. Promover las reformas legales necesarias para garantizar que la atención de las personas con trastornos debido al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos, se realice conforme a la perspectiva de derechos humanos y de género, así como enfoque diferenciado, lenguaje incluyente y cultura de no discriminación.
7. Establecer que la supervisión de los establecimientos residenciales que atienden a personas con trastornos debido al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos por parte del CONADIC, sea obligatoria, lo mismo que el registro y la renovación periódica de la certificación de los establecimientos.
8. Promover las reformas legales necesarias para garantizar que la atención de las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos, se realice conforme a la perspectiva de derechos humanos y de género, así como enfoque diferenciado, lenguaje incluyente y cultura de no discriminación.

E. Al Consejo Estatal contra las Adicciones de Colima

Inmediatas

1. Establecer las medidas necesarias para que el personal de los centros no realice detenciones arbitrarias y sea informado respecto de que el uso de drogas o dependencia de drogas no es un motivo legal para la detención o prisión arbitraria de las personas.
2. Establecer las medidas necesarias para que todas las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos en establecimientos residenciales, sean informadas sobre los principios de su plan de



tratamiento, recuperación o rehabilitación y se incluya a su familia o personas de confianza en su plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación.

3. Establecer las medidas necesarias para que las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos en establecimientos residenciales, tengan la oportunidad de mostrar inconformidad con su estancia involuntaria.
4. Capacitar al personal de los establecimientos residenciales que atienden a personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos en medidas de prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes. En dicha capacitación se deberán considerar a los llamados “consejeros”⁴³.

De mediano plazo

5. Establecer lineamientos acordes con la perspectiva de derechos humanos, género, enfoque diferenciado y preventivo frente a posibles violaciones del derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes, para efectuar observaciones y/o clausurar centros de tratamiento y rehabilitación.
6. Establecer las medidas necesarias para que los centros cuenten con las condiciones necesarias para que la atención médica sea de calidad y evite, en la medida de lo posible, que las personas que padezcan dolor o malestar, esperen mucho tiempo para ser atendidas.
7. Establecer las medidas necesarias para que la revisión médica de las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos en establecimientos residenciales, se realice en condiciones de privacidad.
8. Establecer las medidas necesarias para que, las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos en establecimientos residenciales, puedan bañarse y cambiarse con regularidad y privacidad.
9. Establecer las medidas necesarias para que, las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos en establecimientos residenciales, reciban comida de buena calidad.
10. Capacitar al personal de los establecimientos residenciales que atienden a personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos en medidas de prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes. En dicha capacitación se deberán considerar a los llamados “consejeros”, a quienes incluso se les puede certificar con base en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones⁴⁴.

F. Al Gobierno de Colima.

Inmediata.

⁴³ El 85% de los servicios que se brindan en estos establecimientos son de grupos de ayuda mutua. El personal que participa en estos grupos son en su mayoría ex consumidores rehabilitados a través de esquemas de atención similares, de pares a pares. La mayoría oferta su experiencia como el eje principal de su servicio de apoyo para dejar el consumo, a través de actividades de asesoría ó “consejería”.

⁴⁴ “Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones” Primera edición: julio 2014. D.R. © Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y control de las Adicciones.



1. Dotar de atribuciones al Consejo Estatal Contra las Adicciones, con el fin de que, de manera periódica, lleve a cabo visitas de supervisión a los centros o establecimientos especializados contra las adicciones, tanto públicos, como privados, con el fin de garantizar los derechos humanos de las personas internadas en esos lugares, en especial, su derecho a la integridad personal.

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

Atento a lo que señala el artículo 42 del Reglamento del Mecanismo Nacional de Prevención de la 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 Cruelles, 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