

MNPT



MECANISMO NACIONAL DE
PREVENCIÓN DE LA TORTURA

INFORME DE SUPERVISIÓN ISP- 03/2020 DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA



CNDH
M É X I C O



**INFORME DE SUPERVISIÓN ISP-03/2020
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
HIDALGO.**

Ciudad de México, a 16 diciembre de 2020.

**Secretario de Salud del Gobierno de
México.**

**Comisionado Nacional Contra las
Adicciones (CONADIC).**

**Secretario de Salud del Estado de
Hidalgo.**

**Consejo Estatal Contra las Adicciones de
Hidalgo (CECAH).**

**Director General de la Comisión para la
Protección Contra Riesgos Sanitarios del
Estado de Hidalgo.**

P R E S E N T E S¹

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



Preámbulo

El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles Inhumanos o Degradantes (MNPT), adscrito a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), con fundamento en lo dispuesto por las normas jurídicas nacionales e internacionales aplicables²; llevó a cabo visitas de supervisión del 19 al 22 de agosto de 2019, a los siguientes establecimientos especializados en la atención residencial a personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos, ubicados en el Estado Libre y Soberano de Hidalgo:

- Fundación Quinta San José Centros de Recuperación, A. C.
- Centro Quinta Santa María, A. C.
- Fundación Valle de Vida, Rancho El Juguete, Centro de Rehabilitación para Enfermos de Alcoholismo y Drogodependientes, A. C.
- Centro Integral de Adicciones, A. C.
- Fundación 10 de junio, A. C.
- Fundación Quinta Santa María Centros de Recuperación, A. C.
- Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones.

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	28
	E. Perfil demográfico de las personas adultas	28
	F. Perfil demográfico de las personas niñas, niños y adolescentes	30
	G. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud	32
	1. Reducción de daños.....	32
	2. Tratamiento de la dependencia de drogas.....	33
	H. Derecho a un nivel de vida adecuado	35
	1. Derecho a una alimentación adecuada.....	35
	2. Derecho a vestido adecuado.....	36
	3. Derecho a una vivienda adecuada.....	36
	I. Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	38
	1. Abolir castigos corporales	38
	2. Garantizar acceso a los medicamentos esenciales para el tratamiento de la dependencia a drogas, el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos.....	44
	J. Derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria	45
	1. Garantizar que las personas no sean detenidas únicamente por su uso de drogas o dependencia de drogas.....	45



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	46
K.	Derecho a la privacidad.....	47
1.	Prevenir la interferencia arbitraria e ilegal con la privacidad, la vida familiar, el hogar y la correspondencia+	47
L.	Libertad de pensamiento, conciencia y religión	47
1.	Garantizar el pleno disfrute de los derechos a la libertad de opinión, expresión e información sobre prácticas de drogas	47
2.	Proporcionar información precisa y objetiva sobre las prácticas de drogas, daños y bienes y servicios daños y bienes y servicios.....	48
V.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	50
A.	Registro ante la CONADIC.....	50
B.	Cumplimiento de procedimientos normativos	50
C.	Características demográficas de las personas privadas de la libertad entrevistadas.	51
D.	Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud	52
E.	Consentimiento voluntario e informado y derecho a no sufrir detención arbitraria.....	54
F.	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	56
VI.	POSICIONAMIENTO.....	58
VII.	RECOMENDACIONES	58
A.	A la Secretaría de Salud:	58
De mediano plazo.....	58	
De largo plazo	58	
B.	A la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.....	59
Inmediatas	59	
De mediano plazo.....	59	
C.	A la Comisión Nacional Contra las Adicciones	59
Inmediatas	59	
De mediano plazo.....	59	
De largo plazo	60	
D.	A la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo	60
Inmediatas	60	
De mediano plazo.....	60	
De largo plazo	61	



I. COMPETENCIA DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA

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

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

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

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

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

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



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

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

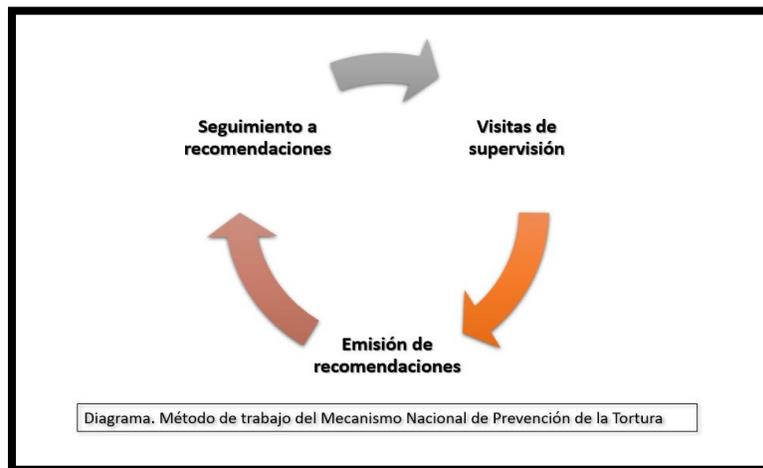


Figura 1. Diagrama del método de trabajo del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

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

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

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



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

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

II. CONTEXTO

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

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

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

Tabla 1. Elementos constitutivos del concepto jurídico de Tortura.

Elemento del concepto jurídico	Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura	Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
Sujeto activo	Serán responsables del delito de tortura: <ul 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. 	Comete el delito de tortura el Servidor Público que (...) (Artículo 24) También comete el delito de tortura el particular que: <ul 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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁵ *Idem*.



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁸ Idem.



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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



III. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

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

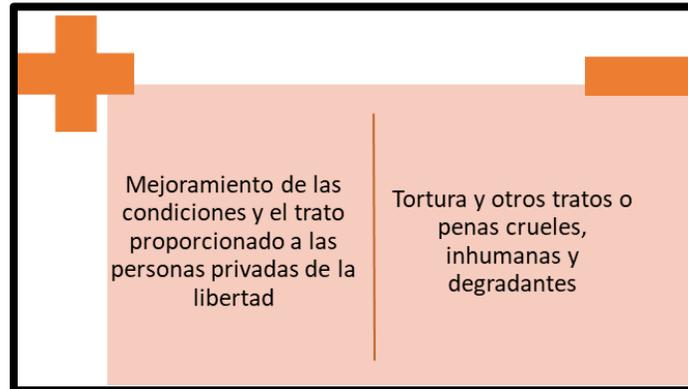


Figura 2. Relación entre condiciones, trato y tortura.

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

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

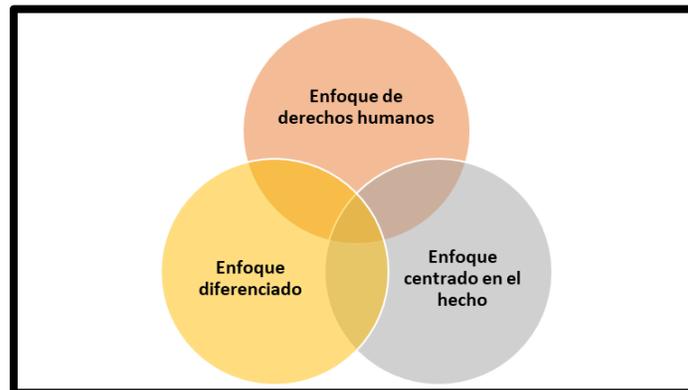
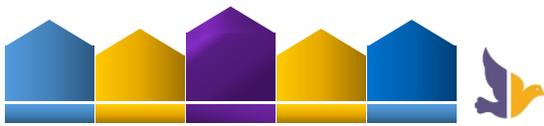


Figura 3. Enfoques de estructuración, presentación y análisis de datos.

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”²³. Este enfoque implica identificar un sistema de derechos y obligaciones establecidas por el derecho internacional, el cumplimiento de los principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de la libertad en las Américas y el análisis del cumplimiento del fin legítimo que justifica la privación de la libertad (**Figura 4**).

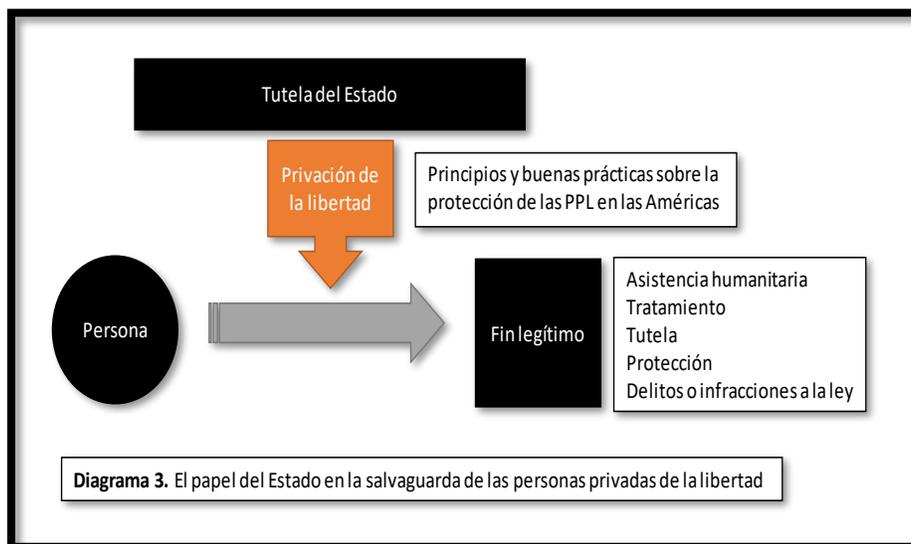


Figura 4. Diagrama del papel del Estado en la salvaguarda de las personas privadas de la libertad.

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

²³

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



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

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

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



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

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

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

2. Enfoque diferenciado

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

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

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

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

3. Enfoque centrado en el hecho a prevenir

La violencia, entendida como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (p. 5) (Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002), una de cuyas manifestaciones la constituyen la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes²⁵, es un problema de salud pública que, por sus repercusiones a corto,

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

²⁵ Por ejemplo, en su introducción, en el Protocolo de Estambul se indica lo siguiente: “La tortura suscita profunda inquietud en la comunidad mundial. Su objetivo consiste en destruir deliberadamente no sólo el bienestar físico y emocional de la persona sino también, en ciertos casos, la dignidad y la voluntad de comunidades enteras. Es algo que concierne a todos



mediano y largo plazo, individuales, familiares, comunitarias y sociales, puede prevenirse. Para ello se puede hacer uso de herramientas de la salud pública y la medicina social, para así, identificar sus causas y abordar sus consecuencias (Temoche-Espinosa, 2007; Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002).

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

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

Por otra parte, identificar factores de riesgo implica, necesariamente, identificar el hecho que se quiere prevenir, pues de forma genérica se considera que el riesgo es “la probabilidad de que un hecho, en general adverso, se produzca” (p. 752) (González & Agudo, 2003), así, en epidemiología el riesgo se define como probabilidad de que se presente el hecho concreto durante un periodo determinado.

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

Esta apreciación es importante debido a que las recomendaciones se basarán en los hallazgos derivados de la identificación de factores de riesgo en las unidades de análisis y no en casos concretos, pues no se busca solo mejorar condiciones aisladas, sino identificar “los factores que afectan la incidencia y la prevención de la tortura y los malos tratos”, como se indica en la ya citada Observación General número 2 del Comité Contra la Tortura de las Naciones Unidas²⁷.

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

- 1. ¿En el establecimiento se aplica alguna clase de sanción o castigo?**
- 2. ¿Usted ha recibido o presenciado maltratos por parte del personal del establecimiento?**

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

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

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



3. ¿Ha sido aisladas del resto de sus compañeros dentro del establecimiento?
4. ¿Ha sido víctima de golpes por parte de alguien del establecimiento?
5. ¿Ha sido víctima de humillaciones por parte de alguien del establecimiento?
6. ¿Ha sido víctima de amenazas por parte de alguien del establecimiento?
7. ¿Ha sido víctima de sujeción física (amarres) por parte de alguien del establecimiento?
8. ¿Ha sido víctimas de medicamentos o inyecciones por parte de alguien del establecimiento?
9. ¿Ha sido víctimas de privación de agua o comida por parte de alguien del establecimiento?
10. ¿Ha sido víctimas de abuso sexual o tocamientos por parte de alguien del establecimiento?

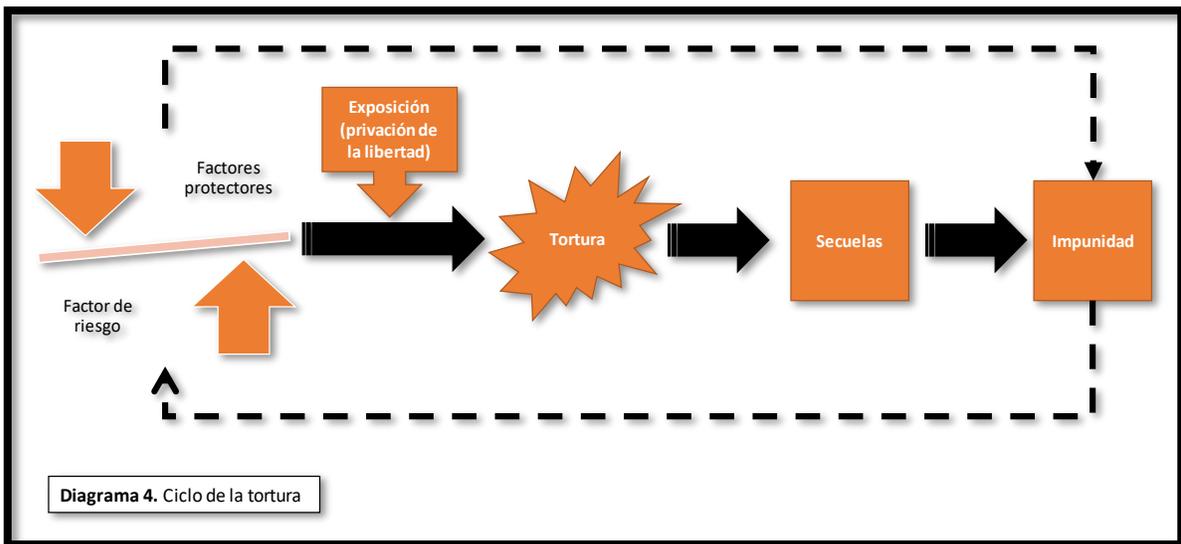
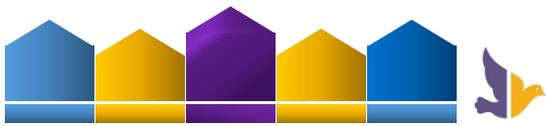


Figura 5. Ciclo de la tortura.

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

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

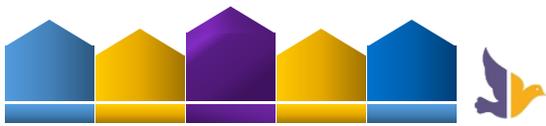
Lugar Supervisado	Número de entrevistas
Fundación Quinta San José Centros de Recuperación, A. C.	8
Quinta Santa María Centro de Recuperación para Enfermos Alcohólicos A.C.	8
Fundación Valle de Vida Centros de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos y Drogodependientes A.C..	8
Centro Integral de Adicciones A.C.	8
Fundación 10 de junio, A. C.	8
Fundación Quinta Santa María Centros de Recuperación A.C.	8
Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones (CEAIA)	8
Total	56

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

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

2. Recolección de información secundaria

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



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

Respecto a la información sobre la acreditación y, en su caso, la modalidad del centro (ayuda mutua, profesional o mixto), el nombre legal del establecimiento, su domicilio, el tipo de población que atienden (sexo y edad), los costos de tratamiento, la duración del tratamiento, y la fecha de vencimiento del reconocimiento de acreditación por CONADIC; se obtuvo de la página institucional de esta, en particular, del Directorio Nacional de Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones Reconocidos²⁸, en el que se indica qué establecimientos residenciales de atención a las adicciones están Reconocidos por la CONADIC, en colaboración con las Comisiones Estatales contra las Adicciones (CECA), por dar cumplimiento a lo dispuesto en la normatividad vigente (NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones).

3. Análisis de los datos

Las 56 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 Hidalgo 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

En el capítulo XXIII sobre los Establecimientos para la Rehabilitación de Personas con Adicciones de la Ley de Salud para el Estado de Hidalgo²⁹, publicada en 2019, se establece que deberán contar con una licencia sanitaria, así como cumplir con requisitos de contar con el área física suficiente para la prestación del servicio en cuestión y con las instalaciones sanitarias funcionales, además de:

“...contar con un **responsable quien deberá ser un profesional de las disciplinas para la salud; y en el caso de los grupos de ayuda mutua, éste podrá ser un adicto en recuperación**, que tenga dos años como mínimo de abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas y en su proceso de rehabilitación; las **instalaciones serán las**

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

²⁹ Instituto de Estudios Legislativos. (15 de mayo de 2019). Ley de Salud para el Estado de Hidalgo. Última reforma publicada en alcance uno, del periódico oficial. Gobierno del Estado de Hidalgo. Recuperado de: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/Leyes/79Ley%20de%20Salud%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf



adecuadas para una atención oportuna y éticamente responsable, evitando que constituyan un riesgo para los usuarios” (Artículo 141).

Así también, se establece que será la Secretaría de Salud y los Gobiernos Municipales quienes se encargarán de la vigilancia y ejecución adecuada de los programas para la atención de las adicciones y que en estos establecimientos:

“...se garantizará el respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas, teniendo comunicación con el exterior, quedando prohibido cualquier acto de discriminación basada en origen étnico, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, creencia religiosa, preferencias sexuales, estado civil, también cualquier agresión física, moral o psicológica, tortura, mutilación, abuso sexual, así como toda conducta que atente contra la vida o la integridad de las personas” (Artículo 142).

De acuerdo con el artículo 142 Bis 5, la Secretaría de Salud y los Gobiernos Municipales, en el ámbito de sus respectivas competencias, deben coordinarse para la ejecución del programa contra la farmacodependencia, a través de diversas acciones, entre ellas, “la prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes”. La Secretaría de Salud debe elaborar un **Programa Estatal contra la farmacodependencia**, y lo debe ejecutar en coordinación con Dependencias y Entidades del Sector Salud y con los Gobiernos Municipales (artículo 142 Bis 6). Este programa debe establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones y será de observancia obligatoria para los y las prestadores de servicios de salud del Sistema Estatal de Salud en todo el territorio 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. El artículo 142 Bis 7, se refiere a las siguientes obligaciones de las autoridades estatales:

- a) **Crear centros especializados** en tratamiento, atención, y rehabilitación, con base en **sistemas modernos de tratamiento y rehabilitación**, fundamentados en el **respeto a la integridad y a la libre decisión** del/la farmacodependiente;
- b) 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;
- c) **La apertura y funcionamiento de centros de rehabilitación y tratamiento requiere de la aprobación de la Secretaría de Salud**, quien debe de **supervisar periódicamente el funcionamiento de los centros mencionados de la sociedad civil o iniciativa privada**, ya que el espíritu de éstos es combatir las prácticas que atentan contra los derechos, y es la Secretaría la que **tiene la potestad de permitir la apertura y/o la clausura de tales establecimientos**;
- d) Celebrar **Convenios de Colaboración con instituciones de los sectores social y privado y con personas** que se dediquen a la prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de farmacodependencia, **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**;
- e) Las instituciones mencionadas deberán cubrir los mismos requisitos que aquellas instituciones públicas destinadas para tal fin. **En el caso de que a cualquiera de dichas instituciones públicas o privadas haya sido canalizado un farmacodependiente por la Procuraduría General de Justicia Estatal, se deberá informar de manera mensual a la persona servidora pública que realizó la**



remisión, si el fármaco dependiente ha cumplido con el tratamiento, así mismo, informará el avance de este.

En cuanto a las referencias en medios de comunicación sobre malos tratos, abusos e irregularidades en establecimientos residenciales para personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos en el Estado de Hidalgo, nuestra revisión documental encontró que, en 2015 la Jurisdicción Sanitaria número 2 reconoció que varios centros, específicamente de tratamiento para el alcoholismo, no contaban con las licencias necesarias para operar, luego de que, en 2014, se presentaron denuncias públicas sobre la mala calidad de los servicios en estos centros en el municipio de Tulancingo. En ese año, tan sólo en el municipio referido, había 14 centros que no contaban con las licencias y permisos necesarios, todos ellos distribuidos entre las colonias Vicente Guerrero, Guadalupe, Francisco I. Madero, El Mirador, La Escondida, Rojo Gómez, Caltengo, Mimila y Napateco³⁰. De acuerdo con la misma nota, el jefe de la Jurisdicción, César Gutiérrez Chávez, aseguró que el Centro de Atención Integral de las Adicciones (CAIA), que se ubica en Jardines de Napateco S/N, colonia Napateco, en Tulancingo, era el “único espacio que cuenta con la garantía del servicio que brinda”.

En **2016**, Hidalgo formó parte de una lista de estados de la República que la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) visitaron con el fin de suspender la operación de centros que llevaran a cabo prácticas que atentaran contra los derechos humanos de las personas internas, y que incumplieran los requisitos de la Norma Oficial Mexicana para prevenir, tratar y controlar adicciones, la NOM-028-SSA2-2009³¹.

En **2019**, tras algunas denuncias ciudadanas por abusos perpetrados por los llamados “padrinos” en distintos centros de rehabilitación de adicciones, la Jurisdicción Sanitaria 2 del Estado exhortó a la población a denunciar los centros irregulares ante la Comisión para la Protección Contra Riesgos Sanitarios del Estado de Hidalgo (COPRISEH), ya que, en palabras de David Aguilar Pérez, jefe de la Jurisdicción, éste órgano es el encargado de “revisar la operación de esos centros de rehabilitación y en caso de violencia a los internos, podría efectuar una inspección”³².

En junio del **2020**, un ex-interno, Israel, denunció haber vivido malos tratos durante su estadía en el grupo de Alcohólicos Anónimos “Jóvenes en libertad”, ubicado en Prolongación Cedros, colonia Alvarado, en el municipio de Tula de Allende. En este centro se cobraban cuotas semanales de 500 pesos a familiares, condicionando la estancia mínima a 3 meses. Sus familiares describieron que, además, entregaban una cajetilla de cigarros, despensa y 50 pesos a los encargados del lugar con la finalidad de que se los hicieran llegar al interno, pero no llegaban hasta él. Dentro del centro se negaban a proporcionarle los medicamentos que sus familiares indicaron que necesitaba, y “lo consideraban loco, lo exhibían y maltrataban físicamente”. Por todo lo anterior, con sólo un mes de internamiento, decidieron sacarlo del centro, pues, fueron informados que en 2018

³⁰ Vera, M. (1 de junio de 2015). Centros de rehabilitación en Tulancingo operan clandestinamente. *Quadratín Hidalgo*. Recuperado de: <https://hidalgo.quadratín.com.mx/municipios/regiones/Centros-de-rehabilitacion-en-Tulancingo-operan-clandestinamente/>

³¹ Redacción OEM. (27 de noviembre de 2016). Suspenden 46 centros de tratamiento a las adicciones. *El Sol de México*. Recuperado de: <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/suspenden-46-centros-de-tratamiento-a-las-adicciones-204359.html>

³² Caballero, J. (3 de marzo, 2019). Exhortan a denunciar ante la COPRISEH anomalías en centros de rehabilitación de adicciones. *NQ Radio*. Recuperado de: <http://ngradio.com/2019/03/03/exhortan-a-denunciar-ante-la-copriseh-anomalias-en-centros-de-rehabilitacion-de-adicciones/>



y 2019 murieron dos hombres dentro de un centro en el municipio de Jalpa y temían que Israel tuviera el mismo fin³³.

B. Centros supervisados

Tabla 4. Datos de identificación de los centros supervisados.

Clave	Nombre legal del establecimiento	Domicilio	Teléfono
CSH1	Fundación Quinta San José Centros de Recuperación, A.C.	Coahuila, 62, colonia Barrio de Huitzila, C.P. 430820, Tizayuca, Hidalgo.	7791002587
CSH2	Quinta Santa María Centro de Recuperación para Enfermos Alcohólicos A.C.	Coahuila #60, Col. Huitzila, C.P. 43820, Tizayuca, Hidalgo.	7797890506
CSH3	Fundación Valle de Vida Centros de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos y Drogodependientes A.C.	Predio Rústico Fracción A "El Juguete", Col. Acelotla de Ocampo, C.P. 43836, Zempoala, Hidalgo.	7712550630 7717090993
CSH4	CINADIC Centro Integral de Adicciones, A.C.	Nevado de San Martín #138B, Col. San Cayetano, C.P. 42084, Pachuca de Soto, Hidalgo.	7717103930
CSH5	Fundación 10 de junio, A.C.	Avenida del Trabajo 18-A, colonia Establecimiento, C.P. 42190, Zapotlán de Juárez, Hidalgo	7437910601
CSH6	Fundación Quinta Santa María Centros de Recuperación, A.C.	Coahuila #62, Col. Huitzila, C.P. 43820, Tizayuca, Hidalgo.	7797962640
CSH7	Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones. (CEAIA)	Boulevard Luis Donald Colosio #100, Col. Fraccionamiento Colosio 1, C.P. 42088, Pachuca de Soto, Hidalgo	7717975073

C. Información de los centros con registro y sin registro por la CONADIC³⁴

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
CSH1	No	-	-	-	-	-	-
CSH2	Sí	Ayuda mutua	Hombres	12-17, 18-59	3 meses	\$10,500	2020
CSH3	Sí	Mixto	Hombres	12-17, 18-59	3 meses	\$ 13,500	2020
CSH4	Sí	Mixto	Hombres	12-17, 18-59, 60 y +	3 meses	\$22,500	22/01/2021
CSH5	Si	Mixto	Hombres	Adolescentes/Adultos	-	-	17/03/2020
CSH6	Sí	Mixto	Mujeres	12-17, 18-59, 60 y +	3 meses	\$15,000	2020
CSH7	Sí	Mixto	Ambos	12-17, 18-59	Otro	\$10,730	26/11/2022

³³ Godínez, M. (16 de junio de 2020). Los golpean en grupo de AA. Nueva Imagen de Hidalgo. Recuperado de: <https://nuevaimagendehidalgo.com.mx/noticias/general/los-golpean-en-grupo-de-aa>

³⁴ Consulta a la última actualización (10 de noviembre de 2020) del Directorio Nacional de Establecimientos Residenciales Reconocidos por la CONADIC, disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/592675/Directorio_Ags-Mex_V_4.2_2020.pdf

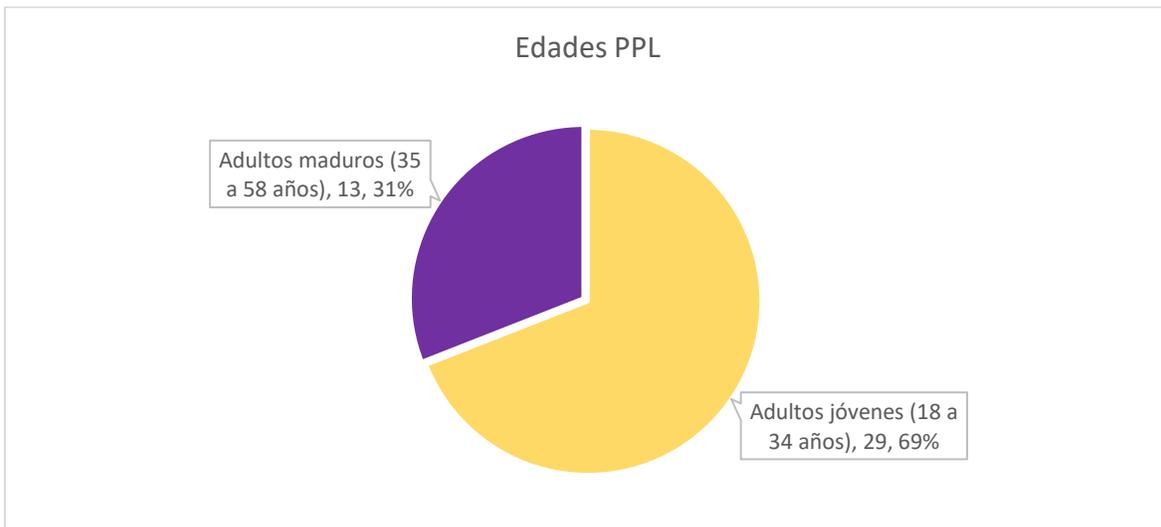


D. Procedimientos normativos

Tabla 6. Cumplimiento de procedimientos normativos.

Clave	Aviso de funcionamiento	Licencia sanitaria	Lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de usuarios por protección civil	Señalizaciones externas
CSH1	No	No	No	Sí ³⁵
CSH2	Sí	Sí	Sí	Sí
CSH3	Sí	Sí	No	No
CSH4	Sí	Sí	Sí	Sí
CSH5	Sí	Sí	No	Sí
CSH6	Sí	Sí	Sí	Sí
CSH7	Sí	Sí	Sí	Sí

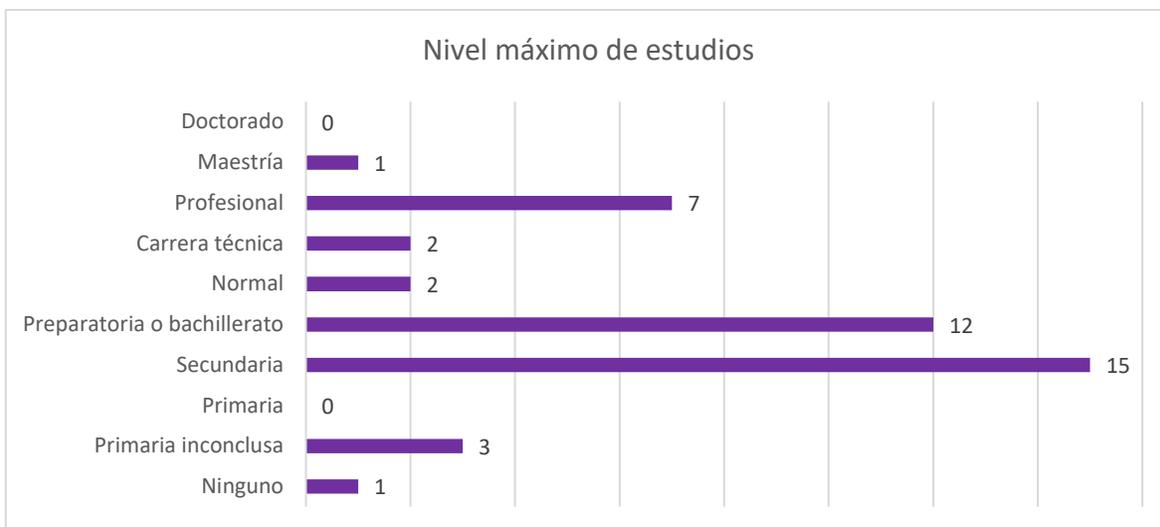
E. Perfil demográfico de las personas adultas



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

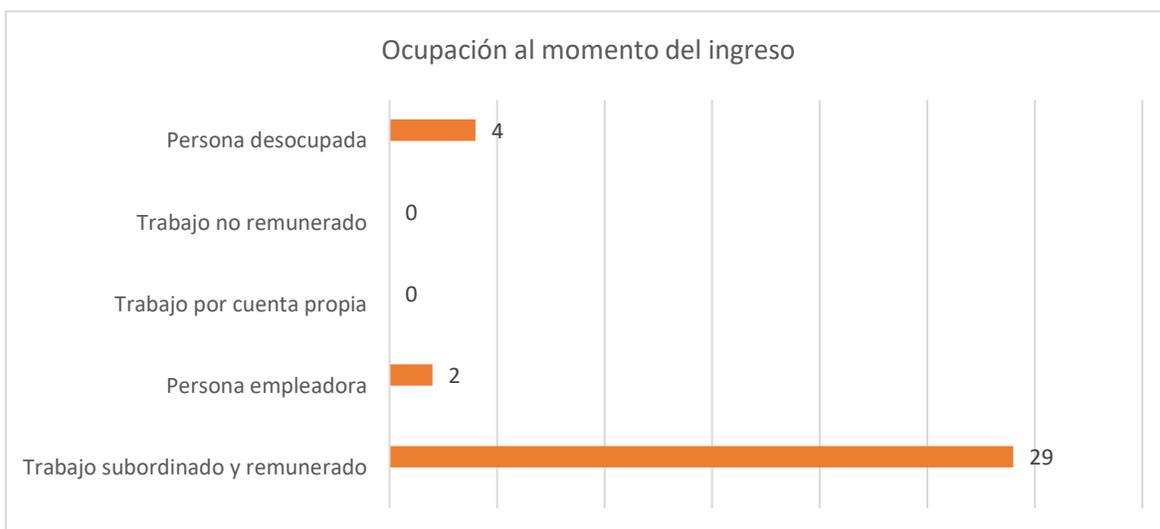
En el trabajo de campo el personal de este Mecanismo encontró la presencia mayoritaria de personas jóvenes y personas adultas jóvenes (de 18 a 34 años) en los centros visitados. En un porcentaje menor, se encontró a personas adultas maduras (considerando como tales a personas entre los 35 a los 58 años). En los centros no se encontraron personas adultas mayores (aquellas que tienen más de 60 años).

³⁵ Visibles, pero no claras.



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

El nivel educativo predominante en las personas adultas entrevistadas es la educación básica (preescolar, primaria y secundaria³⁶), 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 nivel superior (18.6%). Se detectó la presencia de personas con niveles de educación a inferior a la básica: 3 personas presentaron primaria inconclusa y 1 no tenía ningún grado de escolaridad.



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

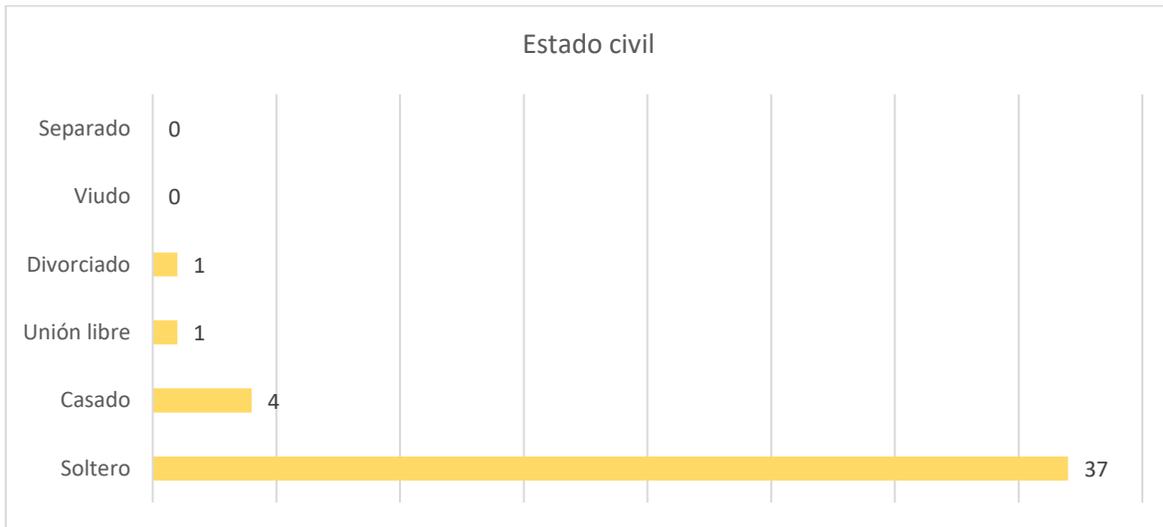
Otro de los hallazgos importantes de las visitas in situ es que las personas en los centros pertenecían mayormente, al momento de su ingreso, a la **Población Ocupada**³⁷ en su rubro

³⁶ Fuente: http://www.planeducativonacional.unam.mx/CAP_01/Text/01_03a.html

³⁷ 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;



de subordinados y remunerados (personas que tenían un trabajo asalariado); y le sigue en menor medida personas desocupadas³⁸; en este centro se encontraron 2 casos de personas empleadoras³⁹.



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

Sobre el **estado civil** de las personas adultas privadas de la libertad, tenemos que el número más alto es de personas solteras, seguidas en menor cantidad por personas casadas y en unión libre. En cuanto a personas divorciadas o separadas, sólo se reportó un caso.

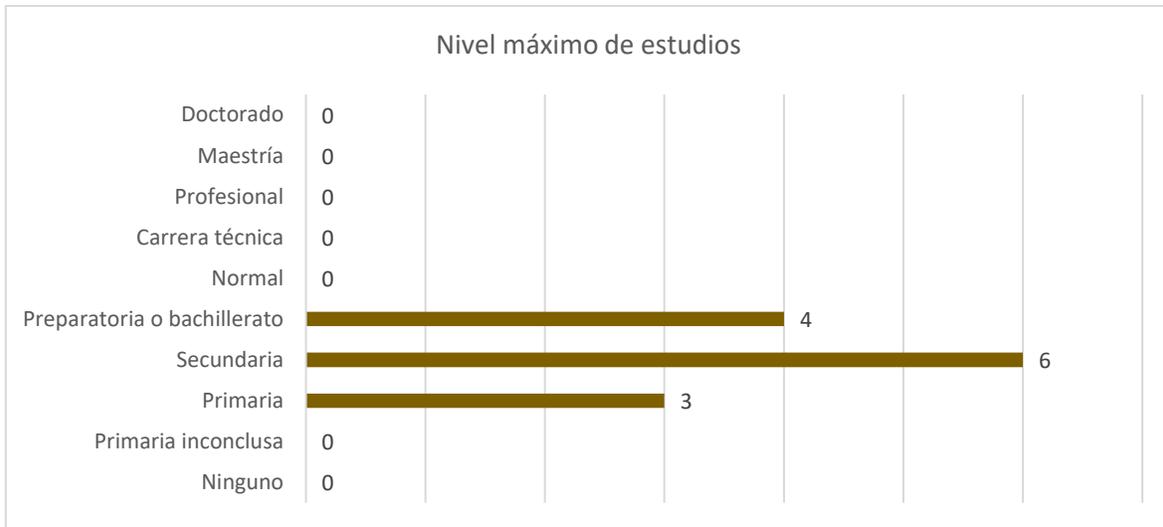
F. Perfil demográfico de las personas niñas, niños y adolescentes

Durante las visitas se encontraron 13 personas con edades comprendidas entre los 13 a los 17 años. 2 en la Fundación Quinta San José (CSH1), 1 en la Quinta Santa María Centros de Recuperación (CSH2), 1 en Fundación Valle de Vida (CSH3), 2 en Centro Integral de Adicciones (CSH4), 1 en Fundación 10 de junio (CSH5), 1 en Fundación Quinta Santa María (CSH6) y 5 en el Centro Estatal de Atención Integral a las Adicciones (CSH7).

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>

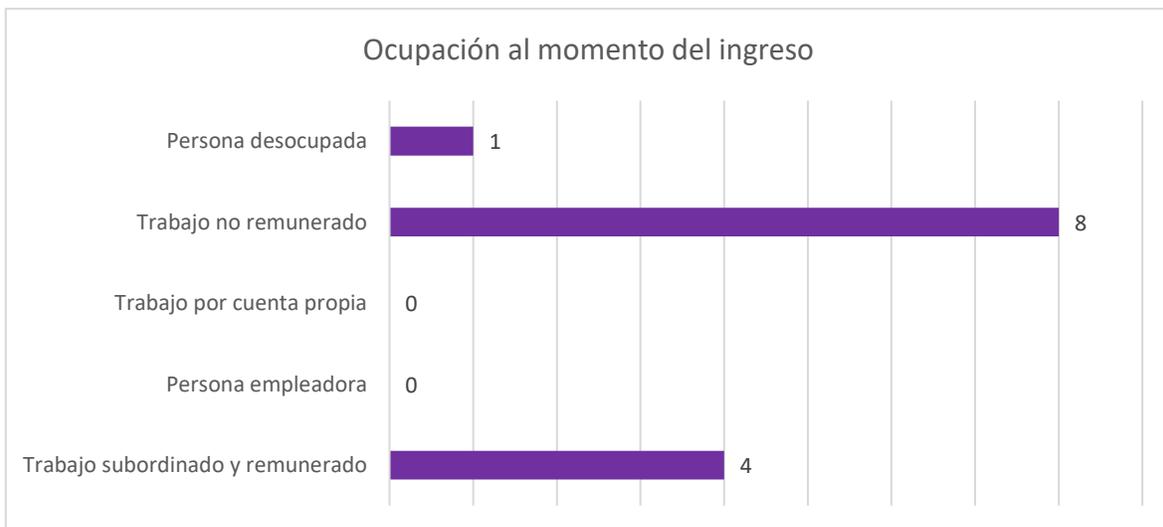
³⁸ “Personas de 15 y más años de edad que en la semana de referencia buscaron trabajo porque no estaban vinculadas a una actividad económica o trabajo.” Instituto Nacional de Estadística y Glosario, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>

³⁹ Definidas por el INEGI como “Es el trabajador independiente que emplea los servicios de uno o varios trabajadores a cambio de una remuneración económica en monetario o especie.”



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

El máximo nivel de estudios de las niñas, niños y adolescentes privados de la libertad muestra que, en su mayoría, **el nivel máximo de estudios es educación básica**⁴⁰ para 9 de ellos y ellas, seguido de la educación superior.



Gráfica 6. Ocupación al momento del ingreso de las niñas, niños y adolescentes privados de la libertad.

La mayoría de las niñas, niños y adolescentes privados de la libertad encontrados en los centros reportaron encontrarse al momento del ingreso dentro de la Población

⁴⁰ Al respecto, el Instituto Nacional para la Evaluación en México utiliza consideran 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).
 Consulta en: [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).)



Ocupada: en mayor cantidad **mediante un trabajo no remunerado**⁴¹ y sólo hubo un caso de una persona desocupada⁴².

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

1. Reducción de daños

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

Tabla 7. Disponibilidad y accesibilidad de los servicios de reducción de daños.

Centros	Reducción de daños	
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber tenido, o presenciado, algún tipo de crisis de ansiedad o agresividad (39)	¿Qué se hace en caso de presentarse alguna crisis? (40)
CSH1	100	“Los aplacan quitando visitas, sin salir y ha llegado a golpes y si ha habido golpes” “Los someten, los amarran, les pegan” “Los exponen y los humillan, los someten y sobajan” “Se les amenaza, se les somete y se les golpea o amarra” “Tratan de calmarlo por medicamento no sé si sea controlado” “Loa amarran, les quitan las visitas y no les dan dulces” “Los golpean y los amarran” “Tengo la atención solo porque mis padres lo costean y tengo el privilegio. Los demás no, existen golpes y sedantes sin recetas”
CSH2	37.5	“Se brinda terapia o atención”. “La ansiedad paso sola y se controla sola” “Se les amonesta”.
CSH3	75	“Se me da mi antibiótico” “Tratan de tranquilizar” “Los auxilian” “Los encargados los ayudan terapéuticamente” “Los atiende el medico”
CSH4	37.5	“Se le atiende por parte del personal médico” “Los controlan ya que se quieren pelear” “Hablan con ellos”.
CSH5	62.5	“Rehabilitarme poniendo el programa de 4.4”. “Se les remite con el psiquiatra o psicólogo”.

⁴¹ “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” INEGI, Glosario, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>

⁴² “Personas de 15 y más años de edad que en la semana de referencia buscaron trabajo porque no estaban vinculadas a una actividad económica o trabajo.” INEGI, Glosario, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>



CSH6	87.5	<p>“Los amarran con vendas”</p> <p>“Se les inyecta ziprexa o se les amarra”</p> <p>“Te duermen, te inyectan, te amarran con vendas o esposas”</p> <p>“Los amarran con vendas a la cama y los aíslan”</p> <p>“La psiquiatra le atiende, a quienes se auto lastiman las amarran para que no se lastimen más”</p> <p>“Les inyectan medicamentos para tranquilizar y los amarran con vendas”</p> <p>“La sometieron por medio de la fuerza y la amarraron a una cama con unas vendas”</p>
CSH7	62.5	<p>“El psicólogo la calma y habla con ella”</p> <p>“Me ponen a hacer ejercicios”</p> <p>“desesperación, autoagresión, depresión”</p> <p>“Imponen consecuencias como sacarlos del programa”</p> <p>“Nos trasladan a un cuarto de relajación”</p>

Sobre la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de reducción de daños, encontramos que existe una **alta prevalencia** (mayor al 50% de reporte por las personas entrevistadas) **de situaciones de crisis en los centros CSH1, CSH3, CSH5, CSH6 y CSH7.**

En contraste, fueron **pocas las menciones a intervenciones** médicas específicas (en el CSH3, CSH4 y CSH6 se reportó uso de medicamentos o referencia a medicina y/o psiquiatría), **prevaleciendo el uso de sujeciones, castigos, golpes, sometimiento y humillaciones**, en particular en los centros CSH1 y CSH6, mientras que en los centros CSH2, CSH3, CSH4 CSH5 y CSH7 se gestionan las crisis **“amonestando”, se deja que la ansiedad “pase sola”, “los tratan de tranquilizar”, “hablan con ellos”, y se hace uso de “cuartos de relajación”.**

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 al ingresar al centro (24)	Porcentaje de personas entrevistadas que consideró que la atención médica que se le ha brindado en el establecimiento es mala o no hay (26)	Se reportó prescripción de medicamentos por profesional médico (34)	Porcentaje de personas que refirió haberse ofrecido algún tipo de atención en salud mental (37)
CSH1	50	75	Sí	62.5
CSH2	75	12.5	Sí	25
CSH3	100	0	Sí	75
CSH4	100	0	Sí	75
CSH5	87.5	0	Sí	50



CSH6	62.5	25	Sí	100
CSH7	100	0	Sí	75

En cuanto al tratamiento de la dependencia de drogas, en particular la atención médica, encontramos que en todos los centros se reportó la prescripción de medicamentos por médicos/as profesionales; sin embargo, estos tratamientos se relacionan con la evaluación médica al ingreso (100%), sólo en CSH3, CSH4 y CSH7, en los cuales, además no se reportó mala atención médica; mientras, en el centro donde se reportó menor frecuencia de revisiones médicas al ingreso, CSH1, (50%), el 75% de las personas entrevistadas reportó que no hay atención médica o que esta es mala.

En contraste, el ofrecimiento de servicios de salud mental en su totalidad sólo se reportó en el CSH6, seguido del 75% en CSH3, CSH4 y CSH7. Llama la atención que en el CSH2 sólo el 25% de las personas entrevistadas refirieron haberseles ofrecido este tipo de atención.

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)
CSH1	25	100	0	0	14.28
CSH2	100	100	87.5	87.5	100
CSH3	100	100	100	75	87.5
CSH4	37.5	66.66	71.42	57.1	87.5
CSH5	75	50	100	75	60
CSH6	12.5	100	37.5	50	87.5
CSH7	87.5	100	100	62.5	100

Sobre el **ingreso voluntario**, este se reportó en un 100% en CSH2 y CSH3, mientras que en CSH7 fue del 87.5% y en CSH5 75%. Este dato coincide con lo indicado sobre la firma de formatos de consentimiento informado, excepto en el CSH5 en donde sólo la mitad de quienes refirieron encontrarse de manera voluntaria, reportaron haber realizado este procedimiento.

Llama la atención que en CSH1, CSH4 y CSH6 es menos de la mitad de las personas entrevistadas quienes se encuentran internadas de manera voluntaria.



Por otra parte, encontramos la coincidencia entre la firma de consentimiento informado y la recepción de información sobre derechos y los motivos por los que se les indica medicamento y sus posibles efectos secundarios. Así mismo, la información sobre la duración del tratamiento y el momento del egreso presenta menores porcentajes de reporte positivo.

En este sentido, es importante resaltar que en CSH1 y CSH6 encontramos los porcentajes de internamiento voluntario más bajos, y en el caso de CSH1 ninguna persona reportó habersele informado sobre sus derechos y sobre la fecha de su egreso, mientras que sólo el 14.28% refirió saber para qué son y los posibles efectos secundarios de los medicamentos que se les administran.

En contraste, en CSH2, CSH3 y CSH7 se observa que las personas privadas de la libertad han tenido información adecuada desde su ingreso voluntario, apegado a la norma, al conocer sus derechos, el tipo y efectos de los tratamientos que se les administran, y el tiempo de su internamiento.

Los Centros CSA5 y CSA4 se encuentran en el medio respecto a los porcentajes de consentimiento e información sobre el tratamiento.

H. 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)
CSH1	Sí	62.5
CSH2	Sí	0
CSH3	Sí	12.5
CSH4	Sí	12.5
CSH5	Sí	12.5
CSH6	Sí	12.5
CSH7	Sí	0

Si bien en todos los centros se reportó por lo menos el suministro de 3 alimentos diarios, la percepción de la calidad de los alimentos es variable: se reporta la menor satisfacción sobre este rubro de CSH1 (pues 62.5% refirió que la calidad de la comida era mala). Con un porcentaje de menor reporte de insatisfacción están CSH3, CSH4, CSH5 y CSH6. Los centros con mejor percepción de calidad de los alimentos son: CSH2 y CSH7.



2. Derecho a vestido adecuado

Tabla 11. Derecho a un vestido adecuado.

Centros	Derecho a un nivel de vida adecuado		
	Porcentaje de personas que reportaron considerar podían bañarse y cambiarse con regularidad y privacidad (61)	Porcentaje de personas que reportaron que, en caso de no tener ropa o artículos de higiene personal, el personal del establecimiento se los ha facilitado (64)	Porcentaje de personas que reportó tener oportunidad de lavar su ropa con regularidad (65)
CSH1	25	12.5	0
CSH2	62.5	100	100
CSH3	100	87.5	100
CSH4	75	87.5	87.5
CSH5	62.5	62.5	75
CSH6	62.5	75	87.5
CSH7	100	87.5	100

De los resultados obtenidos, sobresale la relación entre la privacidad para bañarse y cambiarse la vestimenta con el acceso a productos de higiene personal y ropa limpia, como ejemplifican los CSH2, CSH3, CSH4 y CSH7. El sentido de esta relación se invierte en el caso de CSH1, en el que los porcentajes muestran que la minoría de personas reportaron poder bañarse y cambiarse con regularidad, mientras un porcentaje menor refirió tener oportunidad de acceder, ante la ausencia de estos insumos, a ropa y artículos de higiene personal y en su totalidad las PPL señalaron no tener oportunidad de lavar su ropa con regularidad.

3. Derecho a una vivienda adecuada

Tabla 12. Derecho a una vivienda adecuada.

Centros	Derecho a un nivel de vida adecuado				
	Porcentaje de personas entrevistadas que consideran que la estancia aquí es cómoda y segura (50)	Porcentaje de personas entrevistadas que consideran buenas las instalaciones del establecimiento (ventilación, calefacción y protección contra insectos) (51)	Porcentaje de personas entrevistadas que consideran bueno el estado de limpieza del establecimiento (53)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron que hay quienes han tenido que dormir en el suelo o en posiciones incómodas (55)	Observaciones sobre las condiciones del centro
CSH1	0	12.5	0	87.5	"Baños en estado deplorable" "Las regaderas son comunes, los dormitorios también" "3 minutos para el baño" "No hay ni jabón"



CSH2	100	75	75	37.5	“Se bañan en grupos de 9 personas” “Se bañan juntos y se cambian igual” “las regaderas son comunitarias de 9 a 18 personas a la vez”
CSH3	100	100	100	0	
CSH4	85.71	87.5	75	57.14	
CSH5	85.71	87.5	75	0	
CSH6	28.57	25	25	12.5	“en el baño solo nos separa una cortina y cancelos entre regaderas” “Están en un mismo baño y todos” “Los artículos de limpieza los cobran a los familiares”
CSH7	100	62.5	100	0	

En este rubro también hay coincidencia entre el reporte de percepción de la comodidad y seguridad de las instalaciones, con las condiciones de estas y el estado de limpieza. Los centros en los que se reportaron mejores condiciones fueron CSH2, CSH3, CSH7, seguidos de CSH4 y CSH5.

En contraste, las peores condiciones se reportaron en CSH1, seguido de CSH6. Esta disparidad en las condiciones de las instalaciones puede ejemplificarse con las siguientes imágenes:



Figura 7. Fachada del CSH7.



Figura 9. Fachada del CSH4.

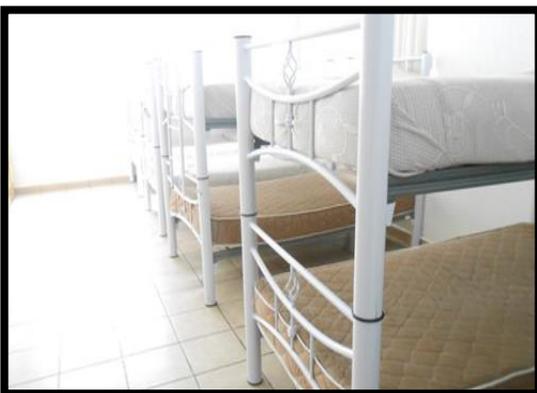


Figura 6. Dormitorios del CSH7.



Figura 8. Dormitorios del CSH4.



Figura 11. Sanitarios del CSH7.



Figura 10. Sanitarios del CSH4.

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

1. Abolir castigos corporales

Tabla 13. 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)
CSH1	100	87.5	85.7
CSH2	0	0	0
CSH3	12.5	12.5	12.5
CSH4	42.85	14.2	0
CSH5	37.5	0	0
CSH6	75	62.5	12.5
CSH7	0	12.5	0

Tabla 14. Abolir castigos corporales B.

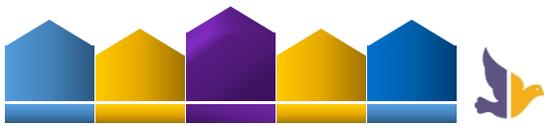
Centros	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes						
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctimas de golpes por parte de	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctimas de humillaciones por parte de	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctimas de amenazas por parte de	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctimas de sujeción física	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctimas de medicamentos o	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctimas de privación de agua o	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctimas de abuso sexual o



	alguien del establecimiento (83.1)	de alguien del establecimiento (83.2)	alguien del establecimiento (83.3)	(amarres) por parte de alguien del establecimiento (83.4)	inyecciones por parte de alguien del establecimiento (83.5)	comida por parte de alguien del establecimiento (83.6)	tocamientos por parte de alguien del establecimiento (83.6)
CSH1	75	100	100	62.5	75	50	62.5
CSH2	0	0	0	0	0	0	0
CSH3	0	0	0	0	0	0	0
CSH4	0	12.5	0	0	0	0	0
CSH5	0	0	0	0	0	0	0
CSH6	25	75	62.5	25	25	0	0
CSH7	0	12.5	0	0	0	0	0

Tabla 15. Abolir castigos corporales C.

Centros	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes		
	Respecto a otros hechos, las personas entrevistadas refirieron	Respecto a la identificación de los responsables de estos castigos, se refirió	Sobre los castigos y maltratos se refirió lo siguiente
CSH1	"Humillaciones, someter, sobajar" "manipulación psicológica, familiar y personal"	"Servidores y personas de este lugar" "Padrino C D y servidores" "A" "A" "E" "B y L A" "Servidores del centro" "Servidores y el dueño" "Empleados y padrinos"	"Los golpes y el encierro" "Que si no me callo voy a estar más tiempo encerrado" "Si no hago todo lo que me dicen no saldré" "No nos dan nuestros dulces, hay que limpiar la casa todo el día" "Te quitan las visitas, te someten, te amenazan y te quitan tus pertenencias" "Nos castigan, no los dejan salir al patio" "Castigos y golpes" "Servicios, es decir, limpieza, jardinería, y castigos"
CSH2			"No, pero firmamos un reglamento" "Te amonestan"
CSH3			"Restringir el acceso a la tienda del lugar"
CSH4	"En mi caso el trato es respetuoso"		"Realizar el aseo" "Realizar servicios de aseo" "Tengo que hacer servicio de limpieza" "Si opino me dan cachetadas"
CSH5	"Pues el castigar con algo"	"M se cree en una escuela militar"	"No hay cigarro, dulces, ni televisión" "Me dejan sin tienda de cigarrillos y dulces" "Realizar servicios de limpieza"
CSH6		"G, quien es la madrina del lugar"	"Nos obligan a participar" "Si puede no asistir, pero no le dan cigarrillos o la ponen a cortar plantas" "No te dan dulces o cigarrillos"



		<p>“Los padrinos y el dueño de la institución, es el que más te grita”</p> <p>“La madrina S la humilla”</p> <p>“El director R, M (madrina)”</p> <p>“Las internas, quien me amarro, una madrina, no sabe nombres”</p> <p>“Los padrinos R y R”</p> <p>“Nada, de hecho les gusta hacer ese tipo de cosas (humillar)”</p>	<p>“Te quitan visita”</p> <p>“La regañan por no participar”</p> <p>“Te quitan tu visita, a decir de sus compañeras”</p> <p>“Lavar toda la cocina”</p>
CSH7			<p>“Quitan la golosina, suspenden visita”</p> <p>“Lavar cochambre, suspender la visita y golosinas”</p> <p>“Lavar cochambre, trastes, suspenden visitas”</p> <p>“Te quitan tus botanas, suspenden visitas o la ponen en el expediente”</p> <p>“Te quitan golosina, suspenden las visitas, tender las camas”</p> <p>“Suspenden visita o golosina”</p>

En cuanto al reporte de la **aplicación de sanciones o castigos** (malos tratos, aislamiento, golpes, humillaciones, amenazas, privación de agua y comida y violencia sexual) solo en el CSH2 no se encontró ninguna referencia al respecto. Una situación similar se documentó en CSH7; sin embargo, en este lugar se reportó la presencia de humillaciones.

En un punto intermedio se encuentran CSH3 y CSH5, en donde menos de la mitad de las personas refirieron la aplicación de sanciones y castigos y, en el caso del primer centro, también se reportó aislamiento y haber recibido o presenciado maltrato por parte de algún integrante del centro.

Sin embargo, en CSH1 y CSH6 se reportó con mayor frecuencia la presencia de castigos y sanciones, lo cual coincide con el haber recibido o presenciar maltrato y, en el caso de CSH1, el uso del aislamiento como forma recurrente de sanción.

En estos dos centros, también se reportó un mayor uso de humillaciones y amenazas, por ejemplo: “Que si no me callo voy a estar más tiempo encerrado” (CSH1); “Si no hago todo lo que me dicen no saldré” (CSH1); “Los padrinos y el dueño de la institución, es el que más te grita” (CSH6); “La madrina S la humilla” (CSH6). Y mientras, en el caso del CSH1 se reportó la presencia de golpes, sujeciones, uso de inyecciones o medicamentos, privación de agua o comida y violencia sexual, en CSH6 se reportaron las mismas conductas, con excepción de la violencia sexual y la privación de agua y comida.

Esto contrasta con lo referido por la directora del CSH1, quien, al cuestionársele sobre el procedimiento para denunciar tortura y/o maltrato, señaló que: “no se ha presentado ningún caso hasta el momento, que en caso de que un usuario refiera haber sido víctima de malos tratos, tortura o cualquier tipo de abuso, investiga y valora la situación, notificando al patronato y a la autoridad”. Así mismo, al ser cuestionada sobre el uso de técnicas de sujeción, la misma persona refirió “que no usan técnicas de sujeción”. Sin embargo, la misma persona refirió, respecto al uso de medidas disciplinarias: “cuando un usuario presenta una conducta que va contra las reglas del centro, hay tres llamadas de atención y



en caso de reincidencia suspenden visitas a la familia hasta por una semana. Que la imposición de las sanciones las determina todo el staff terapéutico”⁴³.

En el caso del CSH6, el director de la Fundación refirió: “que no se ha presentado ningún caso hasta el momento, que en caso de que una usuaria refiera haber sido víctima de malos tratos, tortura o cualquier tipo de abuso, investiga y valora la situación, notificando a la familia y a la autoridad competente”, mientras que respecto al uso de técnicas de sujeción señaló que: “si usan (...) con una duración máxima de una a dos horas”. Respecto al uso de medidas disciplinarias, la misma persona “Indicó que cuando una usuaria presenta una conducta que va contra las reglas del centro, se le sanciona imponiéndole la suspensión de visitas, beneficios, exigencias y demandas a la familia hasta por una semana. Que la imposición de las sanciones las determina él y las servidoras⁴⁴ (...) Las sanciones son impuestas de manera discrecional, ya que no se encuentran establecidas en el reglamento del centro”⁴⁵.

A continuación, se presentan ejemplos de los formatos de la Guía de Supervisión donde se señalan estos maltratos.

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura
Guía para Establecimientos Especializados para el Tratamiento de Adicciones
MNPT
CNDH

Entrevista para usuarios

79. ¿Es de su conocimiento que se hayan informado menores de edad en este establecimiento? Sí No

TRATOS INHUMANOS, CRUELES, DEGRADANTES, O TORTURA

80. ¿En este establecimiento se aplica alguna clase de sanción o castigo? Sí No

81. ¿En algún momento se le aplicó del resto de sus compañeros dentro del establecimiento? Sí No
 En caso de sí, ¿Cuánto tiempo? **De una a dos días.**

82. ¿Usted o alguien ha recibido maltrato por parte del personal del establecimiento? No Sí Nadie Alguien más

83. ¿Ha sido víctima de alguno de los siguientes hechos por parte de alguien del establecimiento?

Golpes	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Humillaciones	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Amenazas	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sujeción física (amarras)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicamentos o inyecciones	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Privación de agua o comida	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Abuso sexual o tocamientos	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros, especifique:	

84. ¿Sabe cuáles fueron las personas que cometieron dichos actos? Sí No
 Especificar: **Padrino Carlos David y Servidoras**

85. ¿Usted hizo al personal del establecimiento al respecto? Sí No
Nada.

86. Al respecto, ¿se le realizó alguna prueba o examen médico? Sí No

87. ¿Se le informó qué hacer en caso de que usted o un compañero (a) haya sido víctima de malos tratos? Especifique: Sí No

Observaciones generales:

Por favor escriba que le hacen a su mamá, su número es:

Recibí golpes, maltrato físico y verbal, humillaciones, he sido sometido, no me dan la atención médica necesaria, no me ayudan en nada, he pasado mucho tiempo aquí en contra de mi voluntad.

Mi nombre es [redacted]

Figura 12. Escrito de la persona privada de la libertad en la entrevista no. 2, CSH1.

⁴³ Acta circunstanciada del 5 de septiembre de 2019 realizada por Visitadores Adjuntos adscritos a la Dirección Ejecutiva del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

⁴⁴ Se refiere al personal que participa en la atención de las personas usuarias, en su mayoría ex consumidores rehabilitados, a través de esquemas de atención similares, de pares a pares. La mayoría oferta su experiencia como el eje principal de su servicio de apoyo para dejar el consumo, a través de actividades de asesoría ó “consejería”. El perfil de estos prestadores de servicios, comúnmente identificados como “madrinas o padrinos”, “servidoras o servidores”, “operadoras u operadores”, es principalmente de hombres (88%), con un nivel de escolaridad promedio de secundaria completa (33%), en un rango de edad de 30 a 59 años (74%), y sólo el 24% cuenta con estudios especializados en adicciones.

⁴⁵ Acta circunstanciada del 5 de septiembre de 2019 realizada por Visitadores Adjuntos adscritos a la Dirección Ejecutiva del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.



Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura
Guía para Establecimientos Especializados para el
Tratamiento de Adicciones

Entrevista para usuarios

79. ¿Es de su conocimiento que se hayan informado menores de edad en este establecimiento? Sí No

TRATOS INHUMANOS, CRUELES, DEGRADANTES, O TORTURA

80. ¿En este establecimiento se aplica alguna clase de sanción o castigo? Sí No

81. ¿En algún momento se le ha aislado del resto de sus compañeros dentro del establecimiento?
En caso de sí, ¿Cuánto tiempo? *10 días*

82. ¿Usted o alguien ha recibido maltrato por parte del personal del establecimiento?
no Sí Nadie Alguien más

83. ¿Ha sido víctima de alguno de los siguientes hechos por parte de alguien del establecimiento?

Golpes	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Humillaciones	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Amenazas	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sujeción física (amarras)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicamentos o inyecciones	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Privación de agua o comida	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Abuso sexual o tocamientos	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Otros, especifique:	

84. ¿Sabe cuáles fueron las personas que consiguieron dichos actos?
Especificar: *Algunos*

85. ¿Qué hizo el personal del establecimiento al respecto?
no me hicieron nada

86. Al respecto, ¿se le realizó alguna prueba o examen médico? Sí No

87. ¿Se le informó qué hacer en caso de que usted o un compañero (a) haya sido víctima de malos tratos? Especifique: *si sí, no me informaron*

Figura 13. Escrito de la persona privada de la libertad en la entrevista no. 4, CSH1.

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura
Guía para Establecimientos Especializados para el
Tratamiento de Adicciones

Entrevista para usuarios

79. ¿Es de su conocimiento que se hayan informado menores de edad en este establecimiento? Sí No

TRATOS INHUMANOS, CRUELES, DEGRADANTES, O TORTURA

80. ¿En este establecimiento se aplica alguna clase de sanción o castigo? Sí No

81. ¿En algún momento se le ha aislado del resto de sus compañeros dentro del establecimiento?
En caso de sí, ¿Cuánto tiempo? *coloca con malos olores*

82. ¿Usted o alguien ha recibido maltrato por parte del personal del establecimiento?
coloca con malos olores Sí Nadie Alguien más

83. ¿Ha sido víctima de alguno de los siguientes hechos por parte de alguien del establecimiento?

Golpes	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Humillaciones	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Amenazas	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sujeción física (amarras)	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Medicamentos o inyecciones	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Privación de agua o comida	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Abuso sexual o tocamientos	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Otros, especifique:	<i>Manipulación psicológica familiar y personal</i>

84. ¿Sabe cuáles fueron las personas que consiguieron dichos actos?
Especificar: *Empleados Federales*

85. ¿Qué hizo el personal del establecimiento al respecto?
Nada

86. Al respecto, ¿se le realizó alguna prueba o examen médico? Sí No

87. ¿Se le informó qué hacer en caso de que usted o un compañero (a) haya sido víctima de malos tratos? Especifique:

Observaciones generales

*Hevo 60 días inculcatorio. Me tratan de manera
negativa en una celda sin ventilación a un frío que
sigue más días de confinación pero con mis compañeros
trato de informarme en mi familia de una detención según la
ADPH CSH. Ya voy a salir según me dijeron los familiares
Me van a sacar de prisión
Mi madre se llama [redacted]
Mi padre [redacted]
cel. [redacted]*

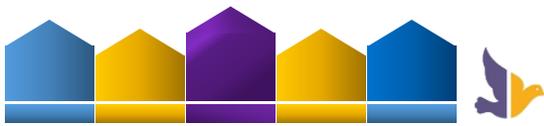
Figura 14. Escrito de la persona privada de la libertad en la entrevista no. 7, CSH1.



Debido a las irregularidades detectadas, en el **CSH1**, el personal del MNPT realizó las siguientes intervenciones⁴⁶:

1. “Se detectó (...) a un usuario quien dijo llamarse (...), mayor de edad, con número de celular (...), que es perteneciente al grupo de personas con VIH-Sida y que se encuentra en el Centro visitado como ingreso voluntario, sin embargo, el personal del Centro visitado no lo deja salir y que es su voluntad abandonar el tratamiento, razón por la cual solicita el apoyo del personal del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, razón por la cual solicitamos el expediente de dicho usuario y constatamos que efectivamente dicho usuario ingresó voluntariamente al Centro visitado, razón por la que le solicitamos a la Directora del Centro, su egreso inmediato así como la devolución de sus pertenencias y sus medicamentos retrovirales, situación a la cual accedió la Directora del Centro visitado (...) el usuario (...) se retiró del Centro visitado en compañía de los suscritos visitadores del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura” (p. 8)
2. “se detectó (...) a un usuario quien dijo llamarse (...), tener 17 años, que fue ingresado involuntariamente por sus padres el pasado domingo 11 de agosto de 2019, que personal del Centro visitado lo privó de su libertad en la colonia Del Valle en la Ciudad de México que es la colonia donde vive, para ingresarlo involuntariamente al Centro visitado en Tizayuca, Estado de Hidalgo. Dicho usuario nos manifestó que el pasado domingo 18 de agosto de 2019, fue violado sexualmente por servidores o padrinos del Centro visitado y teme por su integridad y seguridad personal, por lo que solicitó al personal del Mecanismo Nacional de Prevención de Tortura de la Comisión Nacional de los Derechos humanos su intervención, razón por la cual, el 23 de agosto de 2019, los suscritos visitadores adjuntos presentamos ante el C. Agente del Ministerio Público de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Hidalgo en Tizayuca, Estado de Hidalgo, la denuncia de hechos por el delito de violación en agravio del menor (...) y por el maltrato del cual fueron objeto los 40 usuarios aproximadamente dentro del Centro por los “cuidadores o padrinos” quienes infringen maltratos físicos y degradantes además de constatar por nuestra parte, que los alimentos que les son proporcionados por los responsables del lugar, están en malas condiciones de higiene y no aptos para su consumo, solicitando medidas de protección en términos de la fracción XVI del artículo 109 del Código Nacional de Procedimientos Penales.- Siendo aproximadamente las 02:00 horas del día 24 de agosto de 2019, Agentes de la Policía de Investigación de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Hidalgo de Soto presentaron al menor de nombre (...) ante el Agente del Ministerio Público en las instalaciones de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Hidalgo en Tizayuca Hidalgo, lugar en donde en presencia del Subprocurador de Niñas, Niños y Adolescentes de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Hidalgo, Lic. Oscar Vera y de los Sres. (...) padres del menor, (...), presentó su declaración ante el Ministerio Público correspondiente, al término de dicha comparecencia, el Ministerio Público entregó al menor (...) a sus padres (...)” (p. 8-9).

⁴⁶ Acta circunstanciada del 5 de septiembre de 2019 realizada por Visitadores Adjuntos adscritos a la Dirección Ejecutiva del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.



Así mismo, en el caso del **CSH6**, en el acta circunstanciada correspondiente, se refirió que⁴⁷:

1. “Se detectó (...) a una usuaria quien dijo llamarse (...), quien textualmente indicó “... que el padrino R la sometió colocándole el codo en el cuello y le dio de cachetadas y cabezazos, esto debido a que se quería salir de la oficina en que estaba. Refiere que el día de hoy la tenían amarrada y cuando llegó el personal de esta Comisión la soltaron”, adicionalmente se observó que dicha persona en la cara de ambos brazos tiene múltiples cicatrices de intentos de suicidio, al momento de dicha entrevista llegó una persona quien dijo llamarse (...) y ser Abogada y Psicóloga, así como ser la madre de (...), con número telefónico celular (...) y correo electrónico (...), persona a quien se le hizo saber la denuncia realizada por la (...), por lo que la Sra. (...), manifestó que su hija tiene discapacidad psicosocial con condición psiquiátrica, que su hija ha tenido un gran avance en su recuperación en el centro visitado, que en virtud de los hechos denunciados por su hija solicita se desestimen y se tengan por no hechos, ya que por su condición psiquiátrica actual, su hija tiende a mentir y a vivir hechos imaginarios no reales, que ella como profesional en el área, es testigo del gran avance que ha tenido su hija en su recuperación con el tratamiento otorgado en su estancia en Fundación Quinta Santa María Centros de Recuperación” (p. 8)
2. **Garantizar acceso a los medicamentos esenciales para el tratamiento de la dependencia a drogas, el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos**

Tabla 16. 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)
CSH1	87.5	25
CSH2	12.5	100
CSH3	12.5	100
CSH4	12.5	100
CSH5	37.5	85.7
CSH6	50	50
CSH7	12.5	100

En la garantía del acceso a los medicamentos esenciales para el tratamiento, se reportó que el tiempo de espera con malestar o dolor fue “mucho” en CSH1 y CSH6 (mayor al 50% de reportes), situación que se reportó en visible menor medida en CSH2, CSH3, CSH4, CSH5 y CSH7. Mientras en estos últimos centros las PPL refirieron que el medicamento o

⁴⁷ Acta circunstanciada del 5 de septiembre de 2019 realizada por Visitadores Adjuntos adscritos a la Dirección Ejecutiva del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.



atención fue suficiente para mejorar el dolor o malestar, en CSH1 y CSH6 la eficacia del medicamento o atención proporcionada se reportó como suficiente solo en el 25 y 50% respectivamente.

J. 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 17. Garantizar que las personas no sean detenidas únicamente por su uso de drogas o dependencia de drogas.

Centros	Derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria
CSH1	"Anexaron a la fuerza".
CSH2	-
CSH3	-
CSH4	-
CSH5	-
CSH6	"Me mintieron para traerme aquí" "Me trajeron a la fuerza, a solicitud de mis padres" "A través de sometimiento" "Su madre le indico tratamiento" "Fueron por ella a su casa" "Me trajeron a la fuerza" "Amenazo madre con agredirla"
CSH7	-

En la garantía de no ser detenido únicamente por el uso o dependencia de las drogas, se manifestaron irregularidades en CSH1 y CSA6.

Al respecto, en el CSH1, la directora del centro refirió: "En caso de tratarse de un ingreso involuntario, los familiares o responsables legales le solicitan al personal del centro que acudan a su domicilio para el traslado del usuario"⁴⁸ (p. 2). Como se indicó anteriormente, incluso las detenciones pueden ocurrir en domicilios ubicados en otras entidades federativas.

En el caso del CSH6, al cuestionar sobre el proceso de internamiento, se refirió que: "En caso de tratarse de un ingreso involuntario, los familiares o responsables legales le solicitan al personal del centro que acudan a su domicilio para el traslado de la usuaria"⁴⁹ (p. 2)

Como se puede ver en las siguientes imágenes, estos procedimientos, llamados "intervenciones", se ofrecen de manera abierta en dichos centros.

⁴⁸ Acta circunstanciada del 5 de septiembre de 2019 realizada por Visitadores Adjuntos adscritos a la Dirección Ejecutiva del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

⁴⁹ Acta circunstanciada del 5 de septiembre de 2019 realizada por Visitadores Adjuntos adscritos a la Dirección Ejecutiva del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.



Figura 15. Fachada del CSH1

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

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

Tabla 18. 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)
CSH1	31	186	96.87
CSH2	6	93	39
CSH3	14	155	90.87
CSH4	31	93	53.14
CSH5	14	186	67.62
CSH6	31	155	135.62
CSH7	31	62	37

Como se ha puesto de manifiesto en los casos de maltrato referidos, el tiempo de tratamiento puede prolongarse más allá de los 3 meses que los centros con registro (CSH2, CSH3, CSH4 y CSH6) reportan a CONADIC, encontrando casos con más de 150 días de internamiento, al momento de la entrevista, en CSH1, CSH3, CSH5 y CSH6. Paradójicamente, el centro que reporta un tiempo de internamiento “otro” en el Directorio Nacional, CSH7, es en donde se detectó una menor media de días, y con un reporte de estancia máxima de 62.



K. Derecho a la privacidad

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

Tabla 19. 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 indicaron que son libres de no participar en las actividades organizadas en el establecimiento (72)
CSH1	28.57	37.5	62.5	12.5	0	28.57
CSH2	83.33	75	62.5	100	0	62.5
CSH3	100	100	75	87.5	0	75
CSH4	100	100	100	100	37.5	75
CSA5	87.5	87.5	87.5	100	0	62.5
CSA6	100	87.5	87.5	71.42	0	25
CSA7	100	100	100	100	0	25

Sobre la prevención de la interferencia en la privacidad, la vida familiar y la comunicación con el exterior, en particular en el caso del CSH1, las PPL entrevistadas reportaron falta de privacidad en la revisión médica y falta de comunicación con su familia o personas de su confianza o al exterior. En estos aspectos, el resto de los centros reportaron mejores condiciones.

Sin embargo, un aspecto en el que la mayoría de los centros presentaron porcentajes negativos, fue en la libertad que las PPL tienen de dormir o descansar a la hora que lo deseen; así mismo, en el CSH1, CSH6 y CSH7 se reportó con menor frecuencia la posibilidad de que la persona internada se rehúse a participar en las actividades del centro.

L. 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 20. Garantizar el pleno disfrute de los derechos a la libertad de opinión, expresión e información sobre prácticas de drogas.

Centros	Libertad de pensamiento, conciencia y religión	
	Porcentaje de personas que no están por cuenta propia y tuvo la oportunidad de mostrar inconformidad con su estancia involuntaria (16)	Cambios, comentarios o quejas expresadas por las personas (46)
CSH1	37.5	“El trato que nos dan” “Estoy en un estado deplorable y traumario”. “Es un encierro”.
CSH2	N/A	“Al plan está bien”. “Considero que todo está bien”. “Su plan es perfeccionable”.
CSH3	N/A	“Mayor visita familiar”. “Explicación en la terapia”. “Mayor tiempo de visita a foráneos”.
CSH4	20	“Más información”.
CSH5	66.66	“Informarnos sobre el tiempo”.
CSH6	14.28	“Que me hagan saber el plan”. “Llevar dicho plan con un profesional externo”. “Faltan más juntas didácticas”.
CSH7	100	“Dieran más comida”. “A veces los horarios de descanso no se respetan”.

Solo en uno de los centros, que sí cuenta con registro ante el CONADIC (CSH7), el 100% de las personas que no están por cuenta propia, tuvieron la oportunidad de mostrar inconformidad con su estancia involuntaria. El porcentaje en este rubro para otro centro con registro (CSH6) fue de 14%, mientras que para el centro que no cuenta con registro ante el CONADIC (CSH1) fue de 37.5%.

Al preguntarse sobre los comentarios o quejas respecto a la atención recibida, mientras en los centros en donde los internamientos son solamente voluntarios, estos se centran en aspectos como ampliar el tiempo de visita y recibir mayores explicaciones sobre su tratamiento; en el caso del CSH1 se refieren a “el encierro” y al trato recibido.

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



Tabla 21. 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)
CSH1	25	“La verdad es externamente tenso una vida allá afuera y lo puedo dejar con apoyo, no con encierro”. “Recuperarme para poder tener una oportunidad nueva”.
CSH2	75	“Poder reintegrarse a la sociedad”. “Tener un mejor nivel de vida”.
CSH3	100	“Mejora física y mentalmente para integrarme a la sociedad”. “Superar tu adicción y estar bien contigo mismo”.
CSH4	87.5	“Por inmediato aislarme del consumo”. “Tratamiento psicológico y psiquiatra”.
CSH5	87.5	“Seguir en un grupo de autoridad saliendo”. “Solo mi propia recuperación para estar con mi familia”.
CSH6	50	“Dejar de consumir bebidas embriagantes”. “Mejorar su plan de vida”.
CSH7	100	“Adicción finalizar con ella droga y alcohol”. “Dejar el consumo”.

Solo en dos de los centros, que sí cuentan con registro ante el CONADIC (CSH3 y CSH7), el 100% de las personas entrevistadas fueron informadas sobre los principios de su plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación, seguidos de cerca por los centros CSH4 y CSH5 (87.5).

Para este rubro, el porcentaje más bajo fue el del centro que no cuenta con registro ante el CONADIC (CSH1) con el 25%.



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

Las Recomendaciones que aquí se formulan se sustentan en los datos e información recabada durante las visitas de supervisión realizadas en los siete establecimientos mencionados en el período comprendido del 19 al 22 de agosto del 2019, con la finalidad de modificar las condiciones de riesgo que afectan el respeto y garantía del derecho a la integridad personal y garantizar los derechos humanos de las personas internas en los mencionados establecimientos, en especial el derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

A continuación, discutiremos los resultados obtenidos a luz del marco normativo pertinente.

A. Registro ante la CONADIC

Si bien los siete centros supervisados proporcionan atención residencial a los problemas de adicción a las sustancias, uno ellos, al momento de la visita, no contaba con registro ante el CONADIC (CSH1, Fundación *Quinta San José*, Centros de Recuperación, A. C.), situación que al momento de la integración del presente informe seguía sin registro.

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).

Aún más preocupante, es que este centro sea uno de los que mayores y más graves reportes de maltrato presentó, e incluso, fue necesaria la intervención del personal del MNPT para iniciar la denuncia por los hechos de violencia sexual que se presentaron hacia una persona menor de edad internada de manera irregular en dicho lugar.

Al respecto, debemos recordar que la Ley de Salud para el Estado de Hidalgo expresamente señala que, en tanto “la apertura y funcionamiento de centros de rehabilitación y tratamiento requiere de la aprobación de la Secretaría de Salud”, esta debe “supervisar periódicamente el funcionamiento de los centros (...) de la sociedad civil o iniciativa privada”, con el fin específico de “combatir las prácticas en la que atentan contra los derechos más elementales de los individuos”. Al respecto, el mismo artículo (142 bis 7 fracción I) señala que la Secretaría “tiene la potestad de permitir la apertura y/o la clausura de tales establecimientos”.

B. Cumplimiento de procedimientos normativos

Aunado a lo anterior, al verificar el cumplimiento de procedimientos normativos como contar con aviso de funcionamiento, licencia sanitaria y lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de personas usuarias por protección civil, el mismo centro (CSH1) no cuenta con ninguno de los anteriores, mientras que los centros CSH3 y CSH5 (Fundación *Valle de Vida*, Centros de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos y Drogodependientes, A. C. y Fundación *10 de junio*, A. C.) no cuentan con el último. Los centros que contaban con estos tres procedimientos vigentes fueron el CSH2, CSH4, CSH6 y CSH7 (*Quinta Santa María*, Centro de Recuperación para Enfermos Alcohólicos, A. C.; CINADIC, Centro Integral de



Adicciones, A. C.; Fundación Quinta Santa María, Centros de Recuperación, A.C., y Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones).

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

Por otra parte, la Ley de Salud Para el Estado de Hidalgo, señala que los establecimientos para la rehabilitación de personas con adicciones “requieren de licencia sanitaria” (artículo 141). Esta disposición es sumamente relevante, dado que el artículo 191, fracción I, de la misma Ley señala que procederá “la clausura temporal o definitiva, parcial o total”, cuando los “establecimientos obligados” carezcan de esta, como en el caso del CSH1.

Por otra parte, el mismo ordenamiento señala que los centros residenciales “deberán contar con un responsable, quien deberá ser un profesional de las disciplinas para la salud” y, solo en casos de tratarse de un grupo de ayuda mutua, esta persona responsable podrá ser “un adicto en recuperación, que tenga dos años como mínimo de abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas y en su proceso de rehabilitación” (Capítulo XXIII, artículo 141). Sin embargo, al momento de la emisión de este informe, el Centro referido continuaba operando, y como responsable de este se encuentra la c. N. V. C. C., a quién se identifica como “madrina”. De acuerdo con la búsqueda realizada en el Registro Nacional de Profesionistas, de la Secretaría de Educación Pública, por personal de este organismo, no se encontraron datos respecto al registro de algún título profesional para esta persona.

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 daño⁵⁰.

En este sentido, si bien la NOM-028-SSA2-2009 señala en su apartado de definiciones el concepto de “grupo de alto riesgo”⁵¹, en el cuerpo de este instrumento jurídico no se hace mención de medidas de protección específicas tendientes a garantizar, promover y respetar los derechos humanos de las personas pertenecientes a estos grupos, mediante el establecimiento de acciones afirmativas que den un trato de mayor protección a la población con condiciones de vulneración estructural.

⁵⁰ Fuente: <https://www.amnesty.org/download/Documents/4000/amr410202014es.pdf>

⁵¹ NOM-028: “es aquél en el que se ha demostrado, a través de diversas investigaciones y estudios, que, por sus características biopsicosociales y de vulnerabilidad social, tiene mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, ejemplo: niñas, niños y adolescentes, menores en situación de calle, madres adolescentes, entre otros”



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 irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede ir o no acompañada o no de tolerancia. Una misma persona puede ser dependiente de uno o más fármacos”⁵²

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 Salud⁵³, los objetivos de tratamiento son:

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

Estos objetivos forman parte del modelo de reducción de daños, el cual, de acuerdo con la NOM-028, “es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas” (numeral 3.49). Este modelo tiene los siguientes fundamentos⁵⁴:

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

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

Al respecto, los datos obtenidos indican que, aun cuando los centros CSH3, CSH4, CSH5, CSH6 y CSH7 —de acuerdo con los datos de su registro en CONADIC— son

⁵² 18 informe Comité de Expertos de la OMS en farmacodependencia

⁵³ Fuente: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf

⁵⁴ Fuente: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510003.pdf>



establecimientos de tipo mixto, es decir, conjugan la atención de ayuda mutua con la atención profesional, en ninguno de estos se señalaron modelos de atención específicos que conjuntarán la atención profesional y, en particular, el acceso a tratamientos especializados para la reducción de daños. Por ejemplo, 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, solo en el CSH4 y CSH7 se reportaron esquemas de tratamiento específicos adaptados a la sustancia específica consumida. Sin embargo, en ninguno se documentó el uso de tratamiento con agonistas o terapias de sustitución con psicofármacos. Incluso, respecto a los psicofármacos, solamente el CSH7 reportó contar con ellos y tener la farmacia para su adecuado surtimiento. En contraste, el resto de los centros refirió que dependían del suministro de medicamentos por parte de los familiares.

Aún más grave es la corroboración de que no se realiza tratamiento específico para el síndrome de abstinencia que pueden llevar a presentar las personas internadas, pues mientras en el CSH7 se reportó que se inicia tratamiento posterior a la evaluación médica inicial, y en el CSH2 y CSH5 se refirió que no se aceptan personas con síndrome de abstinencia, en los centros CSH1, CSH4 y CSH6, expresamente se señaló que, en caso de que alguna persona acuda al establecimiento con un grado severo de intoxicación o con síndrome de abstinencia, no se refiere de inmediato a servicios de atención profesional que le corresponda.

Esto es congruente con el hecho de que, al cuestionar a las personas responsables de los centros sobre los modelos de atención que implementan, las respuestas fueron vagas, refiriendo modelos propios de la ayuda mutua, como el modelo Minnesota, el modelo de 12 pasos, comunidad terapéutica, indicando que el objetivo de la intervención es “la abstinencia de los usuarios” y “entender la enfermedad para entender el modelo de la rehabilitación”. Solamente el CSH7 indicó, además de los anteriores, la implementación del modelo de recuperación de Gorski.

La falta de modelos especializados contra con lo reportado por las personas internadas, a quienes se entrevistó, en donde se señala que en todos los centros las personas entrevistadas han sufrido o presenciado algún tipo de crisis de ansiedad o agresividad. Especial preocupación representa el centro CSH1, en donde se indica que estas crisis se “aplacan quitando visitas, sin salir y ha llegado a golpes” o “los exponen y los humillan, los someten y sobajan”, y el centro CSH6, en el que la forma de intervención es sujetando a las personas “con vendas”.

Por otra parte, solo en el CSH3, CSH4 y CSH7 se reportó que la totalidad de personas entrevistadas habían sido revisadas médicamente a su ingreso, mientras que en el centro CSH1 el 75% de las personas entrevistadas reportó que no había atención médica o esta era mala.

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% (CSH2) al 100% (CSH6), 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 restringido⁵⁵.

En este sentido, llama la atención que sólo en dos de los centros visitados, el 100% de las personas entrevistadas reportaron encontrarse internadas de forma voluntaria —en CSH2 y CSH3—. El CSH7, el cual, como hemos visto, cuenta con registro ante CONADIC, cumple con los registros normativos pertinentes y señaló un modelo de atención más integral, el 87.5% de las personas entrevistadas reportaron encontrarse de forma voluntaria; con condiciones similares se encuentra el CSH5, con el 75%. En contraste, uno de los centros que sí cuenta con registro ante el CONADIC, tuvo el porcentaje más bajo de personas entrevistadas que reportaron estar internadas de forma voluntaria (CSH6), mientras que en el centro que no cuenta con registro ante el CONADIC, el porcentaje fue 25%, seguido por el CSH4 con el 37.5%.

Ei señalamiento de encontrarse internadas/os de manera voluntaria concuerda con el reporte de haber firmado algún documento en donde se diera cuenta de este procedimiento, excepto en el CSH4, en donde solo el 66.6% de las personas entrevistadas señaló haber firmado algún documento, y el CSH5, en donde esta cifra fue del 50%. Así mismo, en los centros CSH2, CSH3, CSH5 y CSH7, si bien presentan cifras dispares, al menos más del 60% de las personas entrevistadas reportó haberseles informado sobre sus derechos, los

⁵⁵ 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.



criterios, fechas probables, el objeto y efectos secundarios del tratamiento farmacológico que se les indica. Las cifras más bajas en estos rubros, a excepción del CSH1 que veremos a continuación, se encontraron en el CSH6.

Respecto al CSH1, nuevamente llama la atención lo reportado por las personas ingresadas, quienes reportaron que no se les informó sobre sus derechos, sobre la fecha y criterios de egreso y, solo el 14.28% recibió información sobre el objetivo y efectos secundarios de los medicamentos que se les ofrecen o recetan.

A esto se suma que, tanto en el CSH1, como en el CSH6, se reportaron casos de internamiento forzado, procedimiento para el cual, incluso, se acude a la casa de las personas, a lo cual se le llama, eufemísticamente, “intervenciones”. Este procedimiento se realiza, a solicitud de los familiares y sin especificar algún procedimiento especial que asegure que esta medida es la última alternativa viable para la atención de las personas. Las personas responsables de los centros CSH1, CSH2, CSH4 y CSH6, al cuestionárseles sobre el procedimiento para el ingreso involuntario señalaron que “los familiares o responsables legales le solicitan al personal del centro que acuda a su domicilio para el traslado del usuario”.

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 de Salud del Estado de Hidalgo, en su artículo 142 Undecies, nos provee de un ejemplo que indica cómo, ante la necesidad de intervenir por motivos de salud, en casos donde la capacidad de decisión se encuentra afectada, los procedimientos de toma de decisión deben cumplir con mayores estándares de rigurosidad. Así, en el citado artículo se señala que, en casos de urgencia médica, donde además exista incapacidad de las personas para expresar su consentimiento, “y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario, será tomada por dos integrantes del personal médico autorizado en términos de las disposiciones aplicables”.

Un caso similar es contemplado en la Ley General de Salud, en la cual se indica que el internamiento involuntario solo puede proceder cuando “se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente” (artículo 74 bis fracción III). Esta necesidad de demostrar que el internamiento involuntario es un último recurso terapéutico, debe ajustarse a “principios éticos, sociales, de respeto a los derechos humanos” y supone que la persona se encuentra “impedida para solicitarlo por sí misma, por incapacidad transitoria o permanente”; así mismo, exige que “sea solicitado por un familiar, tutor, representante legal o, a falta de los anteriores, otra persona interesada, que en caso de urgencia solicite el servicio y siempre que exista la intervención de un médico calificado, que determine la existencia de un trastorno mental y del comportamiento y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros”. Así mismo, se debe notificar a la autoridad judicial correspondiente, quien, a petición de la persona interesada podrá revisar el caso, y determinar de manera fundada auxiliándose de un dictamen pericial. Para ello, la Ley

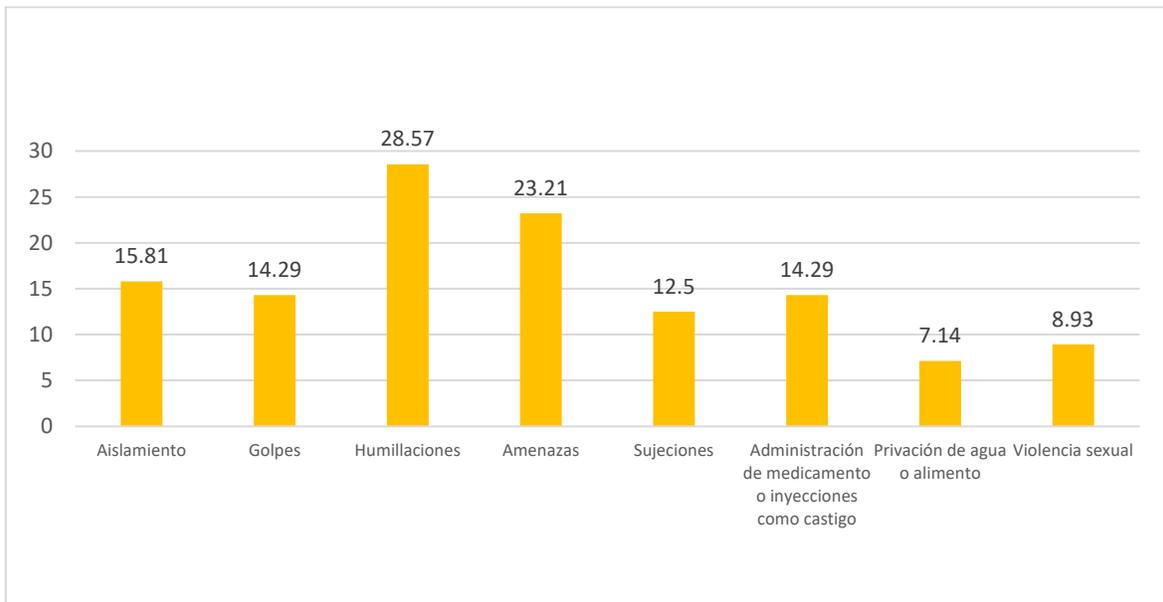


General contempla la coordinación entre las autoridades sanitarias y los organismos públicos de protección a los derechos humanos “para que los establecimientos dedicados a la atención y tratamiento de las personas con trastornos mentales y del comportamiento sean supervisados continuamente, a fin de garantizar el respeto a los derechos de las personas internadas” (Artículo 75).

Aun cuando el procedimiento descrito ha sido criticado por diversas instancias como poco garantista e, incluso, violatorio de derechos humanos, representa la base mínima disponible, en la actualidad, para garantizar que una intervención potencialmente lesiva de derechos y de la integridad de las personas, se realice atendiendo al respeto a la voluntad individual y a la libertad de las estas. Sin embargo, en los casos documentados en el presente informe, aun este mínimo no se cumple, a lo cual se agrega que, el tiempo de tratamiento puede prolongarse más allá de los 3 meses que los centros con registro (CSH2, CSH3, CSH4 y CSH6) reportan a CONADIC, encontrando casos de internamiento involuntario con más de 150 días de internamiento al momento de la entrevista en CSH1, CSH3, CSH5 y CSH6, sin alguna justificación razonable para que dicho internamiento se prolongue más allá de lo terapéuticamente recomendado.

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 56 entrevistas, la prevalencia de maltrato global se presenta en la siguiente gráfica:



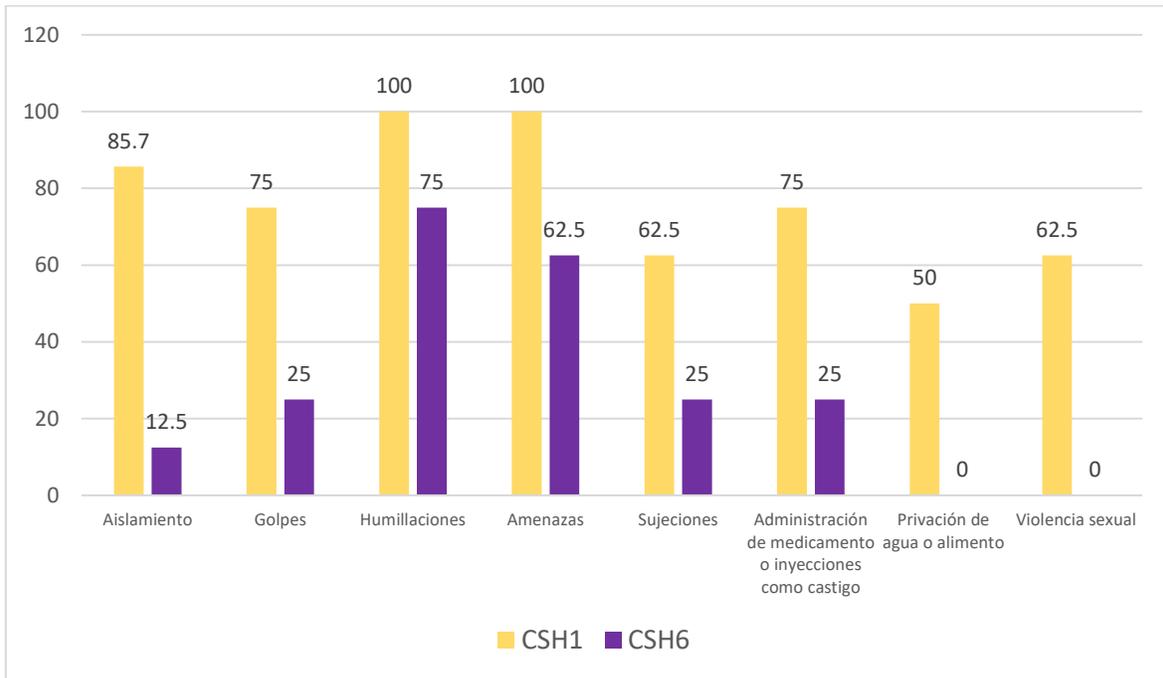
Gráfica 7. Prevalencia de formas de maltrato reportadas por personas privadas de la libertad entrevistadas, Estado de Hidalgo.

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 los centros CSH2 y CSH5 no se reportó ningún caso de maltrato, mientras que, tanto en el CSH3 y CSH4 una persona reportó haber sido aislada, número que también reportó, para el CSH4 y CSH7, haber sufrido humillaciones.



Así, la mayor parte de la prevalencia se presentó en el CSH6 y, particularmente, en el CSH1. De tal manera que la prevalencia de estas diversas formas de maltrato en estos centros se distribuye de la siguiente manera:



Gráfica 8. Prevalencia, expresada en porcentaje, de diversas formas del maltrato en CSH1 y CSH6.

Esta situación fue verificada por el personal del MNPT e incluso se inició una averiguación previa debido a la denuncia por el delito de violación en agravio de una persona menor de edad y por el maltrato del cual fueron objeto, aproximadamente, 40 personas usuarias del centro CSH1 por los “cuidadores o padrinos”.

Esto contrasta con el hecho de que las personas responsables de los centros en cuestión refirieron que “no se ha presentado ningún caso hasta el momento” y que, en caso de que alguna persona refiera haber sido víctima de malos tratos, tortura o cualquier tipo de abuso, “se investiga y valora la situación, notificando al patronato y a la autoridad”. Sin embargo, en la misma entrevista, en ambos centros se reconoció que al interior de estos se imponen sanciones a las personas internas “suspensión de visitas, beneficios, exigencias y demandas a la familia hasta por una semana. Que la imposición de las sanciones las determina él y las servidoras (...) Las sanciones son impuestas de manera discrecional, ya que no se encuentran establecidas en el reglamento del centro” (Persona responsable de CSH1).

Todos estos datos concuerdan con la revisión documental realizada para la elaboración del presente informe. En esta se describe un patrón que, al menos en los casos del CSH1 y CSH6, se corroboró con nuestra investigación.



VI. POSICIONAMIENTO

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

La situación en los otros centros 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 los casos más preocupantes están la Fundación *Quinta Santa María*, Centros de Recuperación, A. C. y *Quinta Santa María*, Centro de Recuperación para Enfermos Alcohólicos, A. C.

VII. RECOMENDACIONES

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

A. A la Secretaría de Salud:

De mediano plazo

1. Establecer criterios con perspectiva de derechos humanos, género y enfoque diferenciado para el otorgamiento de licencias sanitarias de los establecimientos de atención residencial de personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos periódicos.
2. Establecer procedimientos y métodos para la manifestación del consentimiento informado y, en general, la manifestación de la voluntad de niñas, niños y adolescentes con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos que requieren tratamiento residencial especializado, otorgando, de ser necesario, medidas de nivelación o acciones afirmativas que permitan a las personas que, por alguna causa tengan un deterioro cognitivo que les impida otorgar dicho consentimiento.

De largo plazo

3. Organizar foros y mesas de trabajo de cara a la reformulación de los criterios para el internamiento involuntario de personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos que requieren tratamiento residencial especializado, contenidos en la NOM-028-SSA2-2009, con el fin de que estos



cumplan con los más altos estándares de protección a los derechos humanos, en particular respecto al derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y el derecho a no sufrir detención arbitraria.

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

Inmediatas

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

De mediano plazo

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

C. A la Comisión Nacional Contra las Adicciones

Inmediatas

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

De mediano plazo

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



cruels, inhumanos o degradantes consignada en el Artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

De largo plazo

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

D. A la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo

Inmediatas

1. Realizar una supervisión urgente al centro Fundación Quinta San José, Centros de Recuperación, A. C., por las razones arriba referidas⁵⁶.
2. Publicitar en los medios de comunicación al alcance de la comunidad las directrices de respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas que se encuentran privadas de la libertad en establecimientos para rehabilitación por adicciones, específicamente donde se especifique la prohibición de discriminación basada en origen étnico, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, creencia religiosa, preferencias sexuales, estado civil; así como también la prohibición de cualquier agresión física, moral o psicológica, tortura, mutilación, abuso sexual, así como toda conducta que atente contra la vida o la integridad de las personas (artículo 142 de la Ley de Salud para el Estado de Hidalgo).
3. Garantizar que la aprobación de la apertura y funcionamiento de centros de rehabilitación y tratamiento, así como su supervisión periódica, por parte de la Secretaría de Salud, ya sean centros públicos o de la iniciativa privada, tenga como base la perspectiva de derechos humanos, género y enfoque diferenciado.

De mediano plazo

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

⁵⁶ Entre otras, que no cuenta con registro ante la CONADIC, ni con aviso de funcionamiento, licencia sanitaria, lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de usuarios por protección civil y las señalizaciones externas con las que cuenta son confusas.



integridad de las personas (artículo 142 de la Ley de Salud para el Estado de Hidalgo).

5. Elaborar un informe sobre la situación actual de todos los centros de este tipo que se encuentran en la entidad, con la perspectiva de derechos humanos, género y enfoque diferenciado.

De largo plazo

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

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

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

Para la atención y cumplimiento cabal de las presentes recomendaciones, conforme al Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas 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