

MNPT



MECANISMO NACIONAL DE
PREVENCIÓN DE LA TORTURA

INFORME DE SUPERVISIÓN ISP- 04/2020 DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA



CNDH
M É X I C O



**INFORME DE SUPERVISIÓN ISP-04/2020
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
JALISCO.**

Ciudad de México, a 16 diciembre de 2020.

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

**Comisión Nacional Contra las
Adicciones.**

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

**Gobierno Constitucional del Estado de
Jalisco.**

Secretaría de Salud del Estado de Jalisco.

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

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 27 al 29 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 Jalisco:

- Centro de Tratamiento “La Próxima Frontera”, A. C.
- Clínica “Prosperidad”, A. C. (Clínica Minnesota).
- Grupo de Alcohólicos Anónimos “Bloke de Occidente”, A. C.
- Grupo de Alcohólicos Anónimos “Perla de Occidente”, A. C.
- Centro de Rehabilitación de Enfermedades Adictivas, A. C.
- Albergue “Zapopan Femenil”, A. C.
- Centro de Recuperación y Rehabilitación para Enfermos de Alcoholismo y Drogadicción “Del Pacífico”, A. C. (CRREAD).

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.....	28
C.	Información de los centros con registro y sin registro por la CONADIC	29
D.	Procedimientos normativos.....	29
E.	Perfil demográfico de las personas adultas	30
F.	Perfil demográfico de las personas niñas, niños y adolescentes	32
G.	Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.....	34
1.	Reducción de daños	34
2.	Tratamiento de la dependencia de drogas.....	35
H.	Derecho a un nivel de vida adecuado.....	38
1.	Derecho a una alimentación adecuada.....	38
2.	Derecho a vestido adecuado	39
3.	Derecho a una vivienda adecuada.....	39
I.	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	47
1.	Abolir castigos corporales.....	47



1.	Garantizar acceso a los medicamentos esenciales para el tratamiento de la dependencia a drogas, el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos	50
J.	Derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria	51
1.	Garantizar que las personas no sean detenidas únicamente por su uso de drogas o dependencia de drogas	51
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.....	51
K.	Derecho a la privacidad.....	52
1.	Prevenir la interferencia arbitraria e ilegal con la privacidad, la vida familiar, el hogar y la correspondencia.....	52
L.	Libertad de pensamiento, conciencia y religión	54
1.	Garantizar el pleno disfrute de los derechos a la libertad de opinión, expresión e información sobre prácticas de drogas	54
V.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	55
A.	Registro ante la CONADIC y cumplimiento de procedimientos normativos	56
B.	Características demográficas de las personas privadas de la libertad entrevistadas.	56
C.	Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.....	56
D.	Consentimiento voluntario e informado y derecho a no sufrir detención arbitraria	57
F.	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	59
VI.	POSICIONAMIENTO	62
VII.	RECOMENDACIONES	63
A.	Al Gobierno del Estado de Jalisco:.....	63
	De mediano plazo.....	63
B.	Al Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA) de la entidad	63
	De mediano plazo.....	63
C.	Al Poder legislativo local.....	64
	De mediano plazo.....	64
	De largo plazo	64
D.	A la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco.....	64
	Inmediatas.....	64
	De mediano plazo.....	65
	De largo plazo	65



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**).

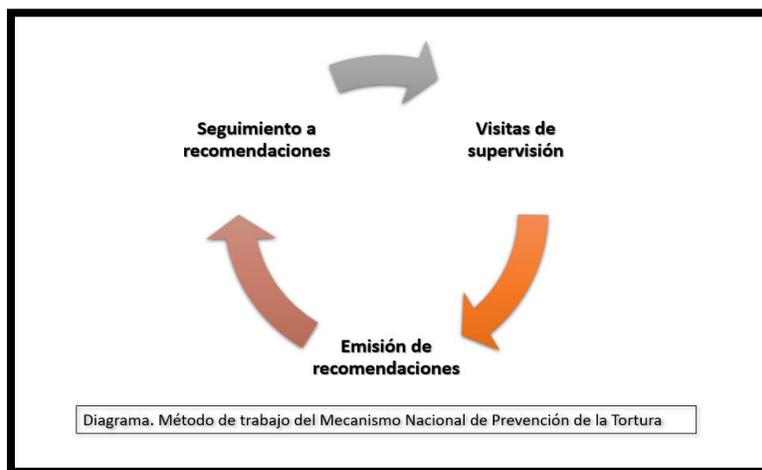


Figura 1. Diagrama del método de trabajo del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

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.

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

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

II. CONTEXTO

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

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

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

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

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

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

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



Tabla 1. Elementos constitutivos del concepto jurídico de Tortura.

Elemento del concepto jurídico	Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura	Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes
Sujeto activo	<p>Serán responsables del delito de tortura:</p> <p>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.</p> <p>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).</p>	<p>Comete el delito de tortura el Servidor Público que (...) (Artículo 24)</p> <p>También comete el delito de tortura el particular que:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Con la autorización, el apoyo o la aquiescencia de un Servidor Público cometa alguna de las conductas descritas en el artículo anterior, o II. Con cualquier grado de autoría o participación, intervenga en la comisión de alguna de las conductas descritas en el artículo anterior. (Artículo 25)
Acción	<p>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)</p> <p>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)</p>	<ol style="list-style-type: none"> I. Cause dolor o sufrimiento físico o psíquico a una persona; II. Cometa una conducta que sea tendente o capaz de disminuir o anular la personalidad de la Víctima o su capacidad física o psicológica, aunque no le cause dolor o sufrimiento, o III. Realice procedimientos médicos o científicos en una persona sin su consentimiento o sin el consentimiento de quien legalmente pudiera otorgarlo. (Artículo 24)
Finalidad	<p>(...) con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. (Artículo 2)</p>	<p>(...) 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)</p>
Elemento conceptual de exclusión	<p>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)</p>	<p>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)</p>

Así, el concepto jurídico de tortura contempla una finalidad que rebasa el contexto de la investigación de delitos, y se incluyen actos que desde el sentido común no suelen considerarse tortura, como los actos tendentes o capaces de disminuir o anular la personalidad de la víctima o su capacidad física o psicológica, “aunque no le cause dolor o



sufrimiento”, y, particularmente importante para este informe, “procedimientos médicos o científicos en una persona sin su consentimiento o sin el consentimiento de quien legalmente pudiera otorgarlo”.

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

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

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

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

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

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

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

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

Así, la responsabilidad del Estado respecto a la conducta de agentes no estatales tiene diferentes aspectos a considerar. En primer lugar, la **obligación de debida diligencia, que en el caso de la tortura implica que el Estado tiene la obligación de investigar**

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

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



“cualquiera sea el agente al cual pueda eventualmente atribuirse la violación, aún los particulares, pues si sus hechos no son investigados con seriedad, resultarían, en cierto modo, auxiliados por el poder público, lo que comprometería la responsabilidad internacional del Estado”¹² (p. 2).

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

En segundo lugar, es relevante señalar que, si bien a partir de la implementación de procesos de privatización de servicios públicos, un número cada vez mayor de Estados delega la operación de una parte de sus obligaciones a agentes del sector privado (tercerización), esto no permite a los Estados eximirse de su responsabilidad jurídica, pues siguiendo el razonamiento del relator Especial “si bien los agentes no estatales no están directamente obligados por los tratados de derechos humanos, existen otras disposiciones de tratados que prohíben la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que pueden ser directamente vinculantes para esos agentes”. Así, si bien los Estados pueden delegar su prestación, mantienen la titularidad de la obligación de proveer los servicios públicos y de proteger el bien público respectivo. Así, de acuerdo con la Corte Interamericana de Derechos Humanos (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.”¹³

Con este fundamento, la **Corte Interamericana de Derechos Humanos** en la sentencia del caso **Ximenes Lopes vs Brasil**¹⁴, 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

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

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

¹⁴ idem



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 (...)** (p. 27.)

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 Convención¹⁵, mientras que la Comisión Interamericana señaló que “quedó confirmada” la responsabilidad de este en lo relacionado con “las condiciones de hospitalización inhumanas y degradantes en la época de los hechos por la falta de fiscalización y prevención” (p. 27).

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

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

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

Así, ante la necesidad de las dependencias y entidades de la administración pública en materia de salubridad general, tanto federales como locales, de garantizar el tratamiento de

¹⁵ En particular nos interesa retomar el texto del artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Derecho a la Integridad Personal):

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



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

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

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

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

Las adicciones son problemas de salud. Como indicamos anteriormente, dado que la salud es un bien público, su protección está a cargo de los Estados, y, por lo tanto, “éstos tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud” (numeral 89¹⁶).

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 88¹⁷).

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**

¹⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia de 4 de julio de 2006.

¹⁷ Ídem.



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

1. **Entre las personas con discapacidad, el consumo de sustancias es similar o mayor al encontrado en la población general**, en especial en personas con discapacidades físicas y cognitivas, en quienes se ha señalado la mayor probabilidad de desarrollar algún trastorno por consumo de sustancias con respecto a quienes no presentan ninguna discapacidad. Esta situación los coloca en un mayor riesgo de sufrir lesiones y otras consecuencias para la salud asociadas al consumo, por ejemplo, una mayor prevalencia de trastornos mentales, en particular, trastornos depresivos y ansiosos.
2. **El uso continuo de drogas puede causar dependencia y discapacidad además de problemas crónicos de salud.** Las consecuencias sociales del uso perjudicial o dependencia de drogas llegan mucho más allá del usuario y afectan a sus familias y a otras relaciones personales. Por otro lado, ha sido ampliamente documentada la relación entre los trastornos adictivos (trastornos por consumo de sustancias) y otros trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, el uso crónico de solventes volátiles puede causar daño orgánico cerebral y deterioro cognoscitivo, mientras el uso de éxtasis (MDMA) puede llevar a problemas crónicos de salud mental, como deterioro de la memoria, depresión, trastornos de pánico y episodios psicóticos, existiendo datos crecientes que prueban que esta sustancia es una neurotoxina que provoca daño neurológico en el cerebro¹⁸.
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

¹⁸ Fuente: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>



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

Así mismo, como parte del deber del Estado de ejercer la supervisión y el control sobre instituciones privadas, señalado anteriormente, en el caso de instituciones que pudieran atender personas con algún trastorno mental, se debe considerar que no basta con que estas cuenten con una licencia de funcionamiento, sino también se requiere una supervisión competente y de forma regular para averiguar si el confinamiento, y el tratamiento médico, están justificados. Ello debido a que las personas con discapacidad a menudo son objeto de discriminación a raíz de su condición, por lo que los Estados deben adoptar las medidas necesarias para que toda discriminación asociada con la discapacidad psicosocial sea eliminada, y para propiciar la plena integración de esas personas en la sociedad, respetando su dignidad y autonomía (numeral 105¹⁹). 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 107²⁰).

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

¹⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, Sentencia de 4 de julio de 2006.

²⁰ Ídem.



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

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

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

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

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



- **Numerosos estudios y notas periodísticas²¹, han puesto en evidencia el maltrato físico y emocional que tiene lugar al interior de estos lugares, entre ellos: hacinamiento, insalubridad, agresiones físicas y verbales, abuso sexual, privación de la libertad, explotación y trabajo forzado.**

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

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

“El disfrute del derecho a la salud incluye, entre otras cosas, el acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud que sean apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad y el ‘derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales” (numeral 32)²²

- 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)**²³. 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)**²⁴. 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.

²¹ Osorio, A. (19 de febrero de 2018). Las terapias de conversión, el insistente ataque a la comunidad LGBTTTI. Animal Político. <https://www.animalpolitico.com/2018/02/terapias-conversion-genero/>; Tellez, M. [El Universal]. (2018, noviembre 20). En las entrañas de los anexos; jóvenes narran abusos. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=IPauJy6bKkg>; Ortega, V. y Mack, S. (22 de diciembre de 2019). “Me pegaban, me violaron y tenía que comer en el suelo”. El Universal. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/me-pegaban-me-violaron-y-tenia-que-comer-en-el-suelo>; Giacomello, C. y López, M. (26 de julio de 2020). Irregularidades y abusos en los tratamientos para usuarios de drogas en México. Nexos. (Dis)capacidades. Blog sobre otros cuerpos y mentes. <https://discapacidades.nexos.com.mx/?p=1603>; Amezcua; M. (11 de agosto de 2020). Saltaron de una azotea para escapar de la tortura en un anexo; sólo Mitzy sobrevivió. El Universal. <https://www.eluniversal.com.mx/estados/saltaron-de-una-azotea-para-escapar-de-la-tortura-en-un-anexo-solo-mitzy-sobrevivio>; Sánchez, M. (18 de agosto de 2020). Abusos y tortura en centros de rehabilitación sin castigo. Reporte Índigo. <https://www.reporteindigo.com/reporte/abusos-y-tortura-en-centros-de-rehabilitacion-sin-castigo-derechos-drogas-angela/>

²² Fuente: <https://undocs.org/es/A/65/255>

²³ Fuente: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf

²⁴ 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**).

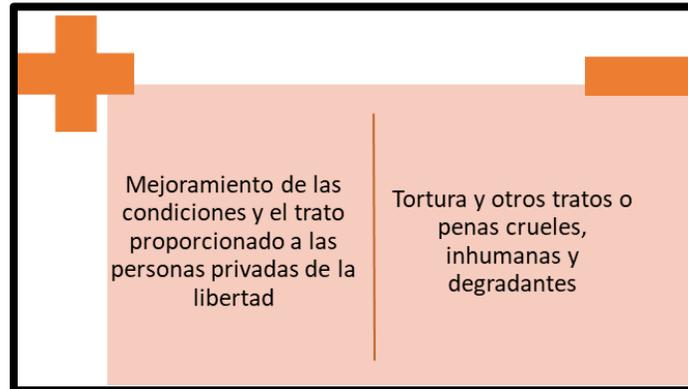


Figura 2. Relación entre condiciones, trato y tortura.

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**).

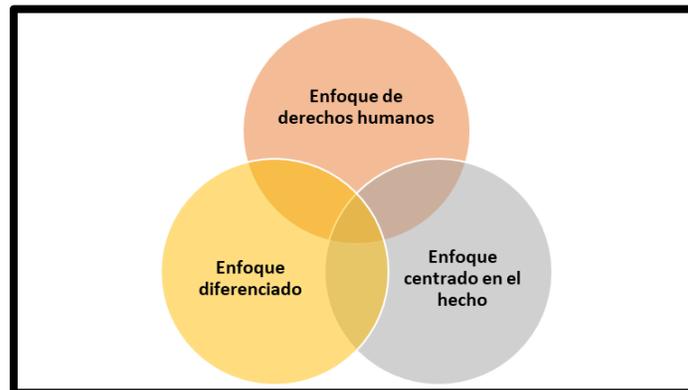


Figura 3. Enfoques de estructuración, presentación y análisis de datos.

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”²⁵. 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**).

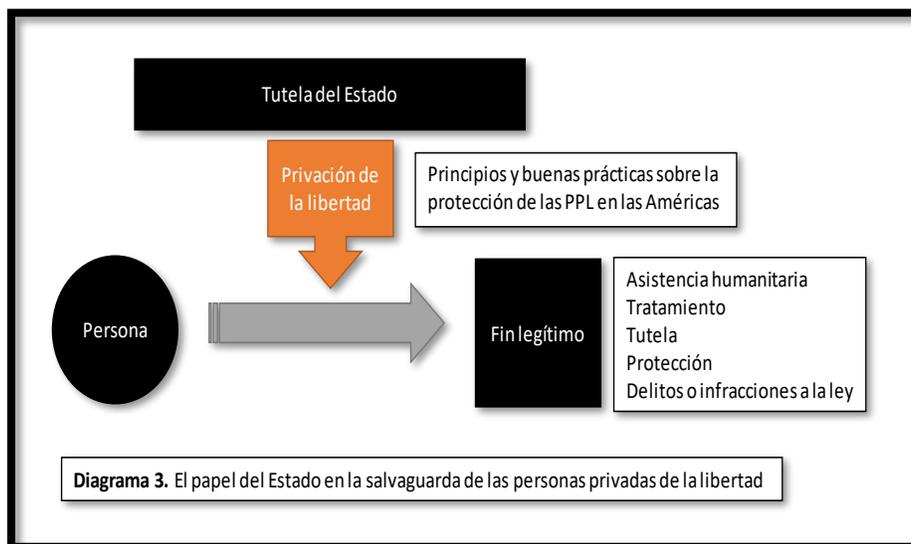


Figura 4. Diagrama del papel del Estado en la salvaguarda de las personas privadas de la libertad.

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

²⁵

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**²⁶, 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 degradantes²⁷, es un problema de salud pública que, por sus repercusiones a corto,

²⁶ Fuente: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8782.pdf?view>

²⁷ 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 LGPIST²⁸)

Por otra parte, identificar factores de riesgo implica, necesariamente, identificar el hecho que se quiere prevenir, pues de forma genérica se considera que el riesgo es “la probabilidad de que un hecho, en general adverso, se 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 Unidas²⁹.

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).

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

²⁹ 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?

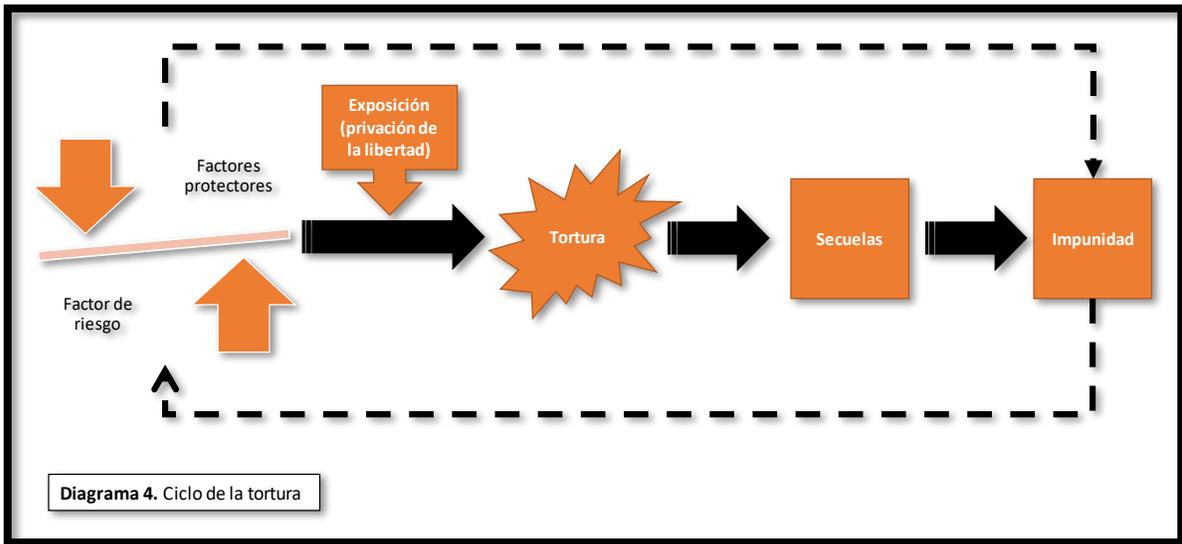
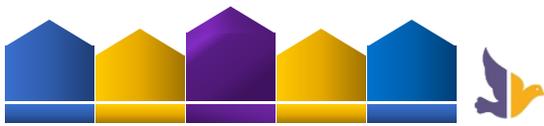


Figura 5. Ciclo de la tortura.

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
Centro de Recuperación y Rehabilitación para Enfermos de Alcoholismo y Drogadicción “Del Pacífico”, A. C. (CRREAD).	8
Albergue “Zapopan Femenil”, A. C.	8
Centro de Rehabilitación de Enfermedades Adictivas, A. C.	8
Grupo de Alcohólicos Anónimos “La Perla de Occidente”, A. C.	8
Grupo de Alcohólicos Anónimos “Bloke de Occidente”, A. C.	8
Centro de Tratamiento “La Próxima Frontera”, A. C.	6
Clínica “Prosperidad”, A.C. (Clínica Minnesota).	8
Total	54

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

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

2. Recolección de información secundaria

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



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

Respecto a la información sobre la acreditación y, en su caso, la modalidad del centro (ayuda mutua, profesional o mixto), el nombre legal del establecimiento, su domicilio, el tipo de población que atienden (sexo y edad), los costos de tratamiento, la duración del tratamiento, y la fecha de vencimiento del reconocimiento de acreditación por CONADIC; se obtuvo de la página institucional de esta, en particular, del Directorio Nacional de Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones Reconocidos³⁰, en el que se indica qué establecimientos residenciales de atención a las adicciones están Reconocidos por la CONADIC, en colaboración con las Comisiones Estatales contra las Adicciones (CECA), por dar cumplimiento a lo dispuesto en la normatividad vigente (NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones).

3. Análisis de los datos

Las 54 entrevistas a personas usuarias de los centros se capturaron en una base de datos con el objetivo de realizar un análisis descriptivo de los datos. Como se señaló anteriormente, la presentación de estos resultados se basa en el sistema de derechos y dimensiones de estos que se propone en las Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Políticas de Drogas (**Tabla 2**).

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

IV. EVIDENCIAS

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

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

A. Revisión documental

De acuerdo con la Ley de Salud del Estado de Jalisco, expedida en **2018**, el Consejo Estatal Contra las Adicciones es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud y tiene por objeto “promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado dirigidas a prevenir y atender los problemas de salud pública causados por las adicciones”.³¹ El mismo artículo establece que el Consejo deberá establecer convenios de colaboración con los municipios de Jalisco para que los Consejos Municipales de Salud coadyuven en las acciones que se realicen en la materia. El Consejo está conformado por la Secretaría de la Defensa Nacional (zona militar respectiva), diversas secretarías estatales y municipales, así como la Universidad de Guadalajara, universidades privadas, diversas comisiones del

³⁰ Fuente: <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/conadic-cuenta-con-un-directorio-nacional-de-establecimientos-residenciales-de-atencion-a-las-adicciones-reconocidos>

³¹ Congreso del Estado de Jalisco. (5 de diciembre de 2018). *Ley de salud del Estado de Jalisco*. Gobierno del Estado de Jalisco. Recuperado de: https://info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/leyes/ley_de_salud_del_estado_de_jalisco_0.pdf



poder legislativo local, dos asociaciones civiles y la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco; además, otras organizaciones de la sociedad civil que brinden servicios de atención, tratamiento y rehabilitación de adicciones en el Estado, avaladas por la Secretaría de Salud, pueden ser invitadas para participar como vocales. El Consejo rinde informes periódicos al gobierno estatal.

El artículo 166 señala, además, que le corresponde ejecutar y evaluar el Plan Jalisco en contra de las Drogas, diseñar programas de prevención y atención de adicciones, elaborar y mantener actualizado el directorio de las instituciones públicas y privadas legalmente dedicadas a la prevención y atención de adicciones, expedir el certificado de funcionamiento el cual acredita que las instituciones dedicadas a la prevención y atención de las adicciones cumplen con la normatividad aplicable y, supervisar o inspeccionar a las autoridades correspondientes de las instituciones públicas y privadas dedicadas a la prevención y atención de adicciones, entre otras facultades.

Entre las obligaciones de las instituciones públicas y privadas dedicadas a la prevención y atención de las adicciones establecidas en el artículo 167, destacan: a) contar con licencia o permiso de la autoridad correspondiente; b) contar con el o los reglamentos y manuales de operación aprobados por el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco; c) contar con el Programa General de trabajo aprobado por el Consejo Estatal contra las Adicciones; d) entregar a los interesados y, en su caso, a sus familiares los lineamientos, diagnóstico, tratamiento y sistematización sugerida para cada caso en particular así como los costos y la duración de los mismos; e) contar con la autorización del paciente usuario de sustancias psicoactivas para su internamiento, o en su defecto, con la responsiva que para tal efecto suscriban los familiares quienes autoricen el tratamiento; f) acatar el mandato judicial que ordene el internamiento de un paciente usuario de sustancias psicoactivas; g) sustentar los tratamientos con un enfoque multidisciplinario basados en evidencia científica, con perspectiva de género y libres de violencia, garantizando su integridad física, sexual y psicológica y; h) contar con instalaciones adecuadas que garanticen cuando menos la separación de pacientes en función de género y edad.

En cuanto a las obligaciones de las personas responsables de las instituciones públicas y privadas establecidas en el artículo 168, destacan: a) ordenar la práctica de una revisión física para detectar golpes y heridas que requieran de atención médica inmediata; b) proponer y explicar el tratamiento a seguir; c) recabar el consentimiento escrito del tratamiento a efectuar; d) Establecer contacto permanente con la familia del paciente usuario de sustancias psicoactivas; e) dar de alta a los pacientes usuarios de sustancias psicoactivas que han finalizado el tratamiento o cuando así lo soliciten los familiares responsables. Y f) “tratar con dignidad y apego a los Derechos Humanos a los pacientes adictos”.

El artículo 169 se refiere a los derechos de pacientes usuarios de sustancias, los psicoactivas que se enlistan a continuación:

- I. Recibir información oportuna sobre el acceso a servicios de rehabilitación a los que se puedan adherir;
- II. Conocer, previa adhesión, las características del tratamiento a recibir;
- III. Recibir tratamiento integral y multidisciplinario libre de violencia, basado en evidencias científicas de acuerdo al género, edad y salud, en los términos previstos por las disposiciones aplicables en los términos previstos por las disposiciones aplicables;
- IV. Gozar de respeto a la dignidad de su persona;
- V. Recibir alimentación suficiente, adecuada y de calidad;
- VI. Recibir visitas de sus familiares y que estos conozcan las instalaciones del lugar donde se desarrollan las distintas actividades;



- VII. Contar con instalaciones dignas e higiénicas;
- VIII. Contar con la atención médica; y
- IX. Los demás dispuestos por disposiciones aplicables.”

Además, el artículo 170 establece que las personas usuarias de sustancias psicoactivas en cualquier institución pública o privada, dedicada a la prevención y atención de adicciones, tienen derecho a disponer de información accesible que contenga los derechos de los pacientes, así como formatos de quejas y sugerencias, y el artículo 171 señala, también como derecho de las personas usuarias de sustancias psicoactivas en cualquier institución pública o privada, dedicada a la prevención y atención de adicciones, que la Secretaría de Salud y las autoridades competentes, inspeccionen permanente a las instituciones dedicadas a la atención de adicciones, en particular: “las condiciones de salud de los internos, el cumplimiento de sus obligaciones, del la ley (sic.), reglamentos, protocolos, manuales y normas que para tal efecto expidan las autoridades, si derivado de las inspecciones resulta alguna irregularidad, deberá informar a las autoridades competentes que sea el caso si no le compete a la autoridad verificadora.”

En cuanto a la revisión de notas periodísticas se encontró que en el estado de Jalisco se presentó una denuncia por irregularidades en la operación de estos establecimientos: en **2002**, varias mujeres sufrieron agresiones sexuales dentro del centro “Las hojas”, ubicado en la carretera a San Isidro Mazatepec, en la localidad de Tala, Jalisco, lo cual derivó en la presentación de la denuncia antes referida, ante la fiscalía local en mayo del mismo año, iniciando la averiguación previa 241/2003.³² En relación con estos hechos, se denunció también que “ninguno de los responsables tiene título que acredite su entrenamiento en la atención a adictos a las drogas y al alcohol”, que el lugar no cuenta con “ningún médico de planta, ningún psicólogo, ni psiquiatra” y que, para que una persona sea ingresada al lugar, “su familia debe pagar una cuota mensual de 300 pesos durante una estancia mínima de 3 meses”. Además, dos mujeres de 18 años y una de 17 acusaron al entonces “líder” del centro, de haber abusado sexualmente de ellas como parte de un supuesto proceso terapéutico.

En **2012**, una persona que estuvo internada en el grupo de Alcohólicos Anónimos “La Perla de Occidente”, denunció que “estuvo retenido para su rehabilitación, vio cómo a otros internos los amarraban a sillas por varios días, donde tenían que dormir y hacer del baño, o los golpeaban en las piernas, si se ponían rebeldes” y trataban de escapar”.³³ En la misma nota se señala que ante esta situación, el Jefe del Departamento de Insumos para la Salud de la Secretaría de Salud de Jalisco, Ernesto Cisneros, afirmó tener conocimiento de la privación ilegal de la libertad como una práctica común de dichos centros y señaló que, pese a la frecuencia con que ocurre, no hay denuncias por privación de la libertad, pues generalmente los familiares de las personas internas son quienes consienten esta práctica.

En **2016** se reportó que, cinco establecimientos pertenecientes a la agrupación de “La Perla de Occidente”, tenían reconocimiento ante el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CENADIC, actualmente CONADIC), ya que en palabras de Joel Chávez, entonces titular de la Comisión Estatal Contra las Adicciones de Jalisco, los servicios de dichos centros

³² Flores, M.A. (2 de julio de 2003). *Violan a mujeres en centro contra adicciones de Jalisco*. Cimac Noticias. Recuperado de: <https://cimacnoticias.com.mx/noticia/violan-a-mujeres-en-centro-contra-adicciones-de-jalisco/>

³³ El Informador. (4 de enero de 2012). *Centros de atención para adictos privan de libertad a internos*. El Informador. Recuperado de: <https://www.informador.mx/Jalisco/Centros-de-atencion-para-adictos-privan-de-la-libertad-a-internos-20120104-0189.htm>



habían ido mejorando en materia de capacitación del personal que en ellos labora.³⁴ No obstante, una mujer que a los 21 años fue internada en un centro de la agrupación “La Perla de Occidente”, indicó que al ingresar vivió abusos tales como: ser obligada a desnudarse y a hacer sentadillas, “me tuvieron ahí dándome órdenes y mientras ellas se burlaban de mí, hacían comentarios de mis tatuajes y se reían de mi cuerpo [...] cuando iba mi mamá, las viejas encargadas estaban ahí vigilándome para ver qué decía. Y yo solo apretaba su mano, para ver si me entendía [...] con los ojos le rogaba que me sacara de ahí.”³⁵

El caso más conocido fue el de 271 personas que, en 2016, fueron encontradas en condiciones de hacinamiento, abuso físico, psicológico y sexual en el centro de rehabilitación de adicciones “Despertar Espiritual”, en Tonalá, Jalisco. El entonces gobernador del estado, Aristóteles Sandoval, visitó el establecimiento y se refirió a una posible relación entre los grupos del crimen organizado y el citado centro de rehabilitación, por lo que instó a la población a denunciar otras situaciones de abuso en este tipo de centros.³⁶

Se mencionó también que en el centro “Despertar Espiritual”, “dormían hasta 30 personas en una sola cama. La comida era una ración pequeña de arroz o verduras mal cocinadas y muchos se enfermaron por comerlas”, y que las personas recibían “golpes, castigos crueles, humillaciones, abusos sexuales [...] para usar los baños era necesario hincarse y suplicar por un permiso”.³⁷

También en **2016**, la Fiscalía General del Estado informó sobre la existencia de otros cuatro centros de rehabilitación, dos de ellos ubicados en el municipio de Tonalá, y otros dos en el municipio de Guadalajara, donde las condiciones eran de hacinamiento y abusos.³⁸

En el mismo mes y año, la Fiscalía General de Justicia del Estado, informó que se rescataron 650 personas, incluyendo personas adultas y menores de edad. Además, se reveló que el 70% de los centros de rehabilitación de adicciones en la zona metropolitana de Jalisco no cuenta con registro ante el Centro Estatal Contra Adicciones en Jalisco (CECAJ) y, de los 250 centros de rehabilitación de los que se tenía conocimiento en el estado, sólo 36 contaban con autorización vigente.³⁹

Para el año **2018**, cuando se promulgó la Ley de Salud del Estado de Jalisco y en la que se establece la creación del Consejo Estatal Contra las Adicciones, los encargados del centro de rehabilitación de adicciones “Renace Guadalajara”, ubicado en Acatlán de Juárez, fueron denunciados por mantener a las personas internas bajo condiciones de “hacinamiento, los baños con agua fría, la alimentación con comida descompuesta y los golpes como castigo ante alguna supuesta indisciplina, incluso condicionan la salida de

³⁴ Luna, A. (19 de mayo de 2016). *Granja donde había tortura y abuso sexual estaría ligada a cártel*. Excelsior. Recuperado de: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/05/19/1093662>

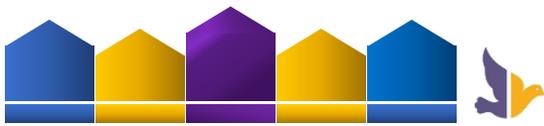
³⁵ Nuño, A. (20 de mayo de 2016) *Sin registro, 70% de los centros de rehabilitación*. El Diario NTR Jalisco. Recuperado de: https://www.ntrguadalajara.com/post.php?id_notas=39602

³⁶ Andolón, F. (19 de mayo de 2016). *El narco está detrás de “Despertar Espiritual”*. Página 24 Jalisco. Recuperado de: <https://pagina24jalisco.com.mx/local/2016/05/19/el-narco-esta-detras-de-despertar-espiritual/>

³⁷ Nájjar, A. (19 de mayo de 2016). *“Me castigaron 12 días sin dormir”: el horror de un albergue para adictos en México del que rescataron a 271 personas*. BBC News. Recuperado de: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/05/160519_mexico_horror_centro_adicciones_infrahumano_rescate_an

³⁸ Gobierno del Estado de Jalisco. (18 de mayo de 2016). *Visita gobernador centro de rehabilitación; llama a la denuncia*. Gobierno del Estado de Jalisco. Recuperado de: <https://www.jalisco.gob.mx/wx/prensa/noticias/39402>

³⁹ TRT. (20 de mayo de 2016). *Descubren cuatro albergues clandestinos en estado mexicano de Jalisco*. TRT. Recuperado de: <https://www.trt.net.tr/espanol/espana-y-america-latina/2016/05/20/descubren-cuatro-albergues-clandestinos-en-estado-mexicano-de-jalisco-494347>



quien se encuentra dentro, al pago de una cuota, sin la cual no permiten la liberación de la persona en supuesta rehabilitación”. Un varón que estuvo interno en el centro “Volver a Nacer AC”, en Ixtlahuacán de los Membrillos, señaló que “ellos dicen que del portón para adentro eres de ellos, para empezar, te tratan de una manera inhumana, no te dan de comer, a mí me tenían en terapia cero, la terapia cero es parado 24 horas sin hacer actividades”.⁴⁰

En marzo del mismo año, la Fiscalía General de Justicia del Estado, intervino en el centro de rehabilitación de adicciones para adolescentes, “Quinta Sobriedad Emocional”, en el Salto, donde rescataron a 81 personas de entre 12 y 17 años, quienes estaban en situación de víctimas de maltrato. Esto ocurrió después de que la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, realizara una inspección derivada de entrevistas a personas menores de 18 años, que reportaron situaciones de maltrato. Se señala que “para castigarlos, los ponían de pie a cargar ladrillos y no los alimentaban adecuadamente”. Jaime Fernández Díaz, responsable de la supervisión de albergues del Consejo Estatal contra las Adicciones Jalisco, informó que este centro realizó su registro con una dirección distinta a la que en realidad tenía en ese momento.⁴¹

B. Centros supervisados

Tabla 4. Datos de identificación de los centros supervisados.

Clave	Nombre legal del establecimiento	Domicilio	Teléfono
CSJ1	Centro de Recuperación y Rehabilitación para Enfermos de Alcoholismo y Drogadicción “Del Pacífico”, A. C. (CRREAD).	Sabino Delgado Número 483, colonia El Vigía, C.P. 45147; Zapopan, Jalisco.	333 364 2662
CSJ2	Albergue “Zapopan Femenil”, A. C.	Gorrión número 2030, colonia Marcelino García Barragán, C.P. 45040; Zapopan, Jalisco.	333 656 2850
CSJ3	Centro de Rehabilitación de Enfermedades Adictivas, A. C.	Francisco Sarabia Número 31-A, colonia Progreso, C.P. 44730; Guadalajara, Jalisco.	333 720 6929
CSJ4	Grupo de Alcohólicos Anónimos “Perla de Occidente”, A. C.	Molina 103 2do piso, Col. Centro, C.P. 44360; Guadalajara, Jalisco.	333 563 6791
CSJ5	Grupo de Alcohólicos Anónimos “Bloke de Occidente”, A. C.	Ventura Anaya número 878, colonia Blanco y Cuellar, C.P. 44730; Guadalajara, Jalisco.	333 665 3065; 331 598 4722; 333 185 3966
CSJ6	Centro de Tratamiento “La Próxima Frontera”, A. C.	Avenida Vicente Guerrero N° 994, colonia Agua Blanca, C.P. 45235, Zapopan, Jalisco.	333 188 2410
CSJ7	Clínica “Prosperidad”, A.C. (Clínica Minnesota).	Loma Bonita número 26, colonia Las Pintitas, C.P. 45693; El Salto, Jalisco.	33 36 89 45 50

⁴⁰ Grupo Reforma. (29 de enero de 2018). *Denuncian por secuestro y tortura a anexo*. El norte. Recuperado de: <https://www.elnorte.com/aplicacioneslibre/articulo/default.aspx?id=1311145&md5=afe604db1ac65bbc391e9e49269efb5e&ta=0dfdbac11765226904c16cb9ad1b2efe>

⁴¹ El Informador. (10 de marzo de 2018). *Nuevo abuso en centro de rehabilitación; rescatan a 81 adolescentes en El Salto*. El Informador. Recuperado de: <https://www.informador.mx/jalisco/Nuevo-abuso-en-centro-de-rehabilitacion-rescatan-a-81-adolescentes-en-El-Salto-20180310-0016.html>



C. Información de los centros con registro y sin registro por la CONADIC⁴²

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
CSJ1	No	-	-	-	-	-	-
CSJ2	No	-	-	-	-	-	-
CSJ3	No	-	-	-	-	-	-
CSJ4	Sí	Ayuda mutua	Hombres	18-59	3 meses	\$7,000	2020
CSJ5	No	-	-	-	-	-	-
CSJ6	Sí	Mixto	Ambos	18-59	6 meses	\$2,400	2020
CSJ7	No	-	-	-	-	-	-

D. Procedimientos normativos

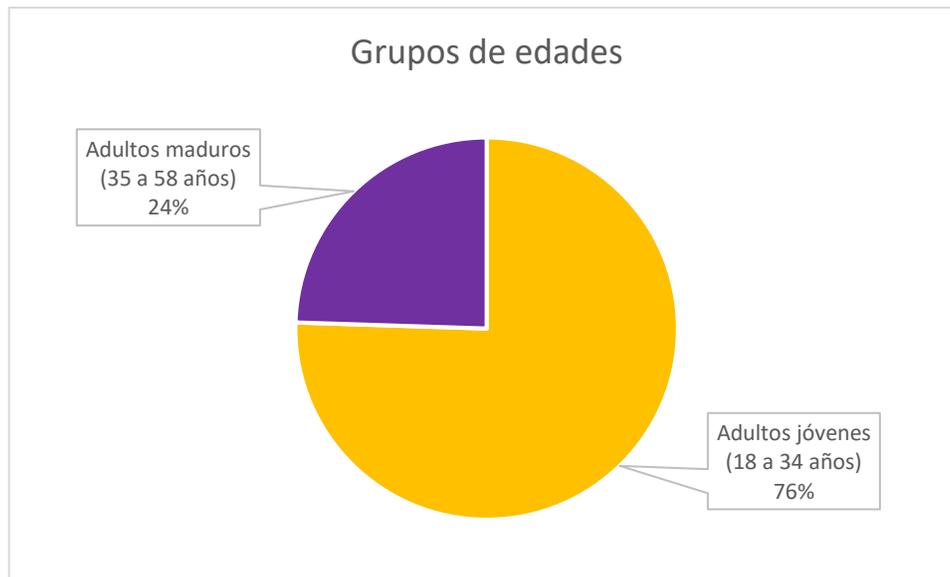
Tabla 6. Cumplimiento de procedimientos normativos.

Clave	Aviso de funcionamiento	Licencia sanitaria	Lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de usuarios por protección civil	Señalizaciones externas
CSJ1	Sí	Sí	No	Sí
CSJ2	Sí	Sí	No	Sí
CSJ3	No	No	No	Sí
CSJ4	Sí	No	No	Sí
CSJ5	Sí	No	Sí	Sí
CSJ6	Sí	Sí	Sí	Sí
CSJ7	Sí	Sí	Sí	Sí

⁴² 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

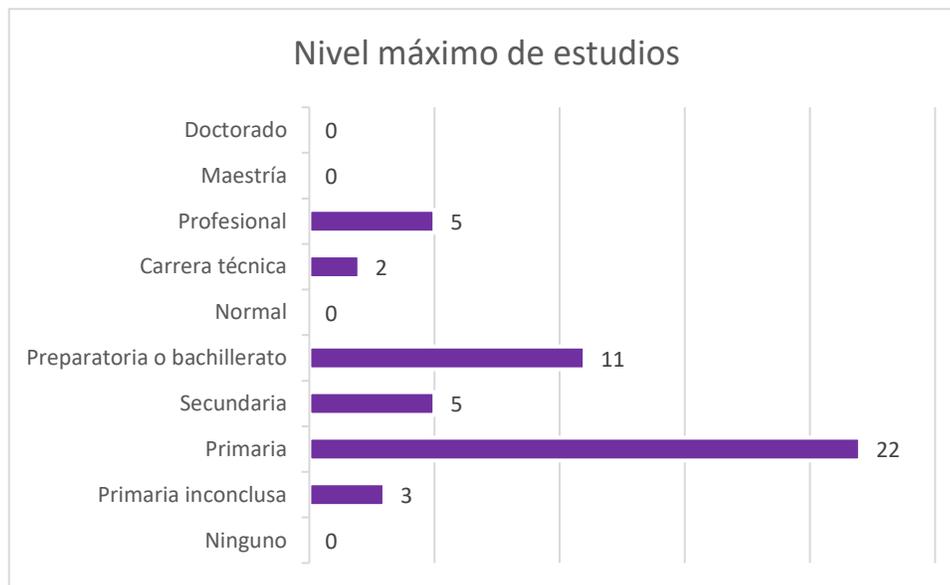


E. Perfil demográfico de las personas adultas



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

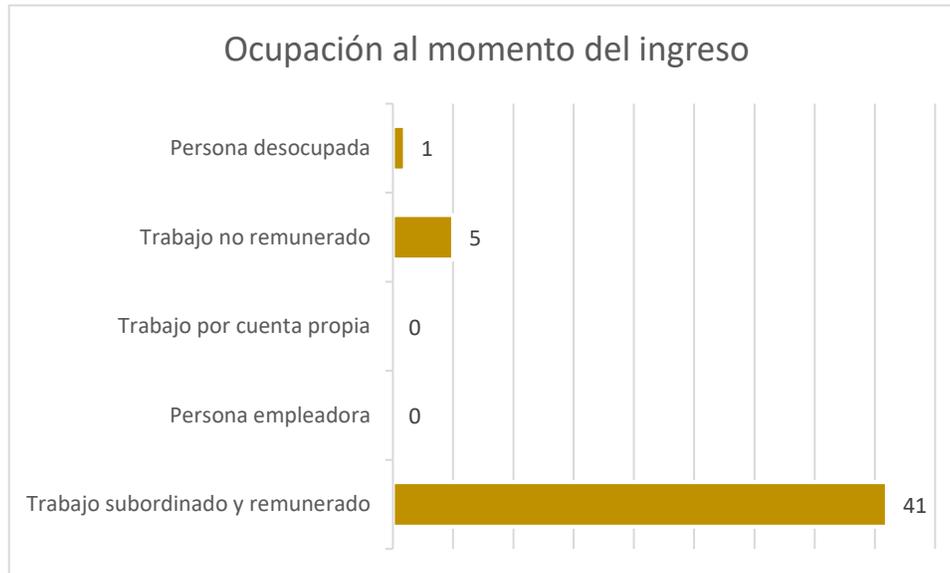
En el trabajo de campo el personal de este Mecanismo encontró la presencia mayoritaria de personas jóvenes y personas adultas jóvenes (de 18 a 34 años) en los centros visitados. En un porcentaje menor, se encontró a personas adultas maduras (considerando como tales a personas entre los 35 a los 58 años).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



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



El **nivel educativo** predominante en las personas privadas de la libertad halladas en los Centros es la educación básica (que comprende preescolar, primaria y secundaria⁴³), 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, y 3 personas con primaria inconclusa.



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

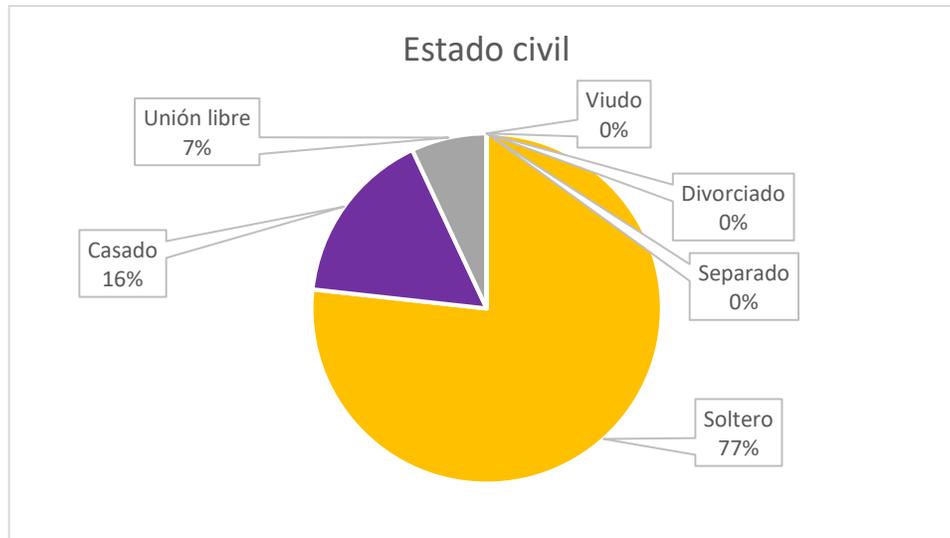
Otro de los hallazgos importantes de las visitas *in situ* es que las personas en los centros pertenecían mayormente, al momento de su ingreso, a la **Población Ocupada**⁴⁴ en su rubro de subordinados y remunerados: personas que tenían un trabajo asalariado; y le siguen en menor medida personas que realizaban trabajo no remunerado⁴⁵ -personas que tenían una ocupación sin una compensación económica-; y sólo hubo una persona desocupada⁴⁶.

⁴³ http://www.planeducativonacional.unam.mx/CAP_01/Text/01_03a.html

⁴⁴ Definida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía como: "Personas de 15 y más años de edad que en la semana de referencia realizaron alguna actividad económica durante al menos una hora. Incluye a los ocupados que tenían trabajo, pero no lo desempeñaron temporalmente por alguna razón, sin que por ello perdieran el vínculo laboral con este; así como a quienes ayudaron en alguna actividad económica sin recibir un sueldo o salario." Glosario, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>

⁴⁵ "Persona ocupada que no recibe ningún tipo de pago (monetario o en especie), por su ocupación. Aunque es susceptible de recibir algún tipo de prestaciones" Glosario, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>

⁴⁶ "Personas de 15 y más años de edad que en la semana de referencia buscaron trabajo porque no estaban vinculadas a una actividad económica o trabajo." Glosario, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>



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

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

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

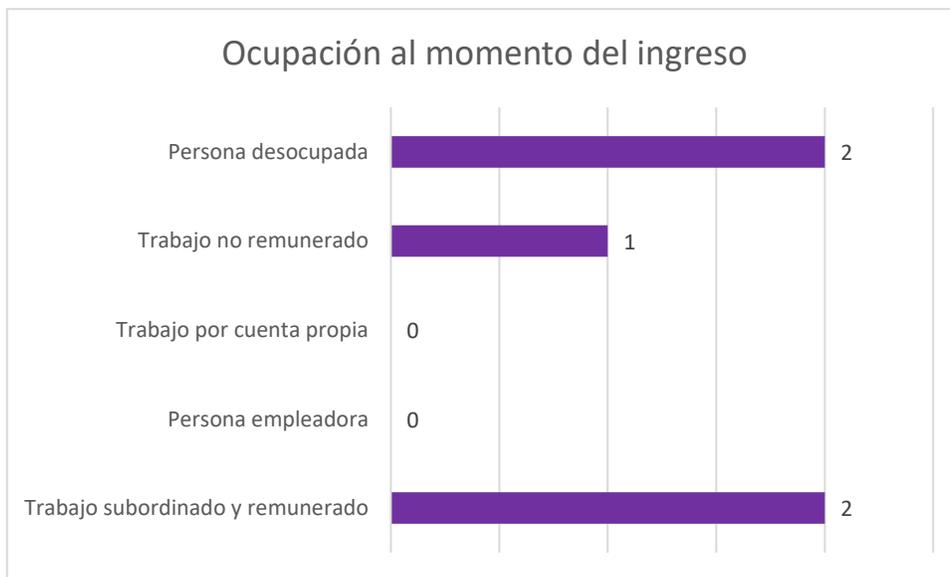
De acuerdo al artículo 5 de la Ley General de los Derechos de Niñas, niños y adolescentes “Son niñas y niños los menores de doce años, y adolescentes las personas de entre doce años cumplidos y menos de dieciocho años de edad”; en las visitas a los centros encontramos la presencia de 5 niños, niñas y adolescentes (NNA) que se ubican entre los 10 a los 17 años, donde el **nivel máximo de estudios fue educación básica**⁴⁷; hay un desfase de los adolescentes, pues aunque a las PPL entrevistadas de 15 a 17 años le correspondería estar en educación media superior, todas las respuestas se dirigieron a que poseían como nivel máximo de estudios educación básica.

⁴⁷ Al respecto, el Instituto Nacional para la Evaluación en México utiliza consideramos como grupos poblacionales de la siguiente manera: 3 a 5 años (preescolar), 6 a 11 años (primaria), 12 a 14 años (secundaria) y 15 a 17 años (media superior)

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



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



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



Sobresale que **3 personas del grupo de NNA se encontraban en la Población Ocupada: 1 en trabajo no remunerado y 2 en trabajo subordinado y remunerado**; el artículo 22 de la Ley del Trabajo prohíbe el trabajo de los menores de 14 años, a reserva de casos excepcionales. Dos personas reportaron ser desocupadas.

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)
CSJ1	75	“Le castigan mucho tiempo”. “Los pasan a enfermería”. “Lo aíslan”.
CSJ2	75	“Lo aíslan”. “Comer o hacer ejercicios”. “Nada”.
CSJ3	25	“Uno mismo se tranquiliza”. “Interfiere personal y los mismos internos ayudan”.
CSJ4	37.5	“Te dan tiempo, no dan medicamento”. “Le pusieron a hacer terapia ocupacional”. “Nos orientan de acuerdo al tipo de situación”.
CSJ5	87.5	“Se toman medidas de aplicaciones (castigar) para aprender a controlar nuestras emociones”. “Se le ha brindado la atención para calmarlo”. “Acuden los compañeros a atenderlo”.
CSJ6	83.33	“Aislamiento”. “Falta al respeto; intervino mi consejero y me estuvo dando seguimiento”. “Los golpean a los trincados, los aíslan”.
CSJ7	62.5	“Los castigan, les quitan privilegios como llamadas, visitas o los envían a la granja”. “No me atienden, se burlan de mí”.

En los siete centros se reportaron crisis de ansiedad o agresividad; sin embargo, encontramos que en uno de los centros que tienen registro en el CONADIC, CSJ4, es donde utilizaron mejores prácticas con terapia y orientación; en el resto de los centros se registra



que los castigos, golpes y aislamiento son las medidas adoptadas por los centros ante esta situación.

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)
CSJ1	75	25	Sí	62.5
CSJ2	100	12.5	No	50
CSJ3	75	12.5	Sí	62.5
CSJ4	100	0	No	50
CSJ5	62.5	25	No	75
CSJ6	83.33	16.66	Sí	83.33
CSJ7	75	12.5	Sí	62.5

La mayoría de las personas entrevistadas de los 7 centros reportó haber recibido atención médica al ingresar al centro. El porcentaje más bajo se encontró en el CSJ5; también el CSJ5 destaca por ser uno de los que presentan mayor porcentaje respecto a la mala o ausencia de la atención médica, junto al CSJ1.

Sobre la prescripción de los medicamentos, el CSJ2, CSJ4 y CSJ5 se reportó que no fue realizada por personal médico. En materia de salud mental, en el CSJ2 y CSJ4 se reportaron los menores porcentajes de haber ofrecido a las personas este tipo de atención especializada; el CSJ6 presentó el mayor porcentaje en ofrecer dicha 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 encontraste internadas de forma voluntaria (13)	Porcentaje de personas que, reportando estar internadas de forma voluntaria, refirieron haber firmado algún tipo de consentimiento informado (14)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron que al ingresar se le informó sobre sus derechos (10)	Porcentaje de personas entrevistadas que indicaron saber o haber sido informados cuándo egresará del centro (11)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron que al ofrecer o recetarles algún medicamento se les informó para qué es y sus posibles efectos secundarios (32)
CSJ1	25	12.5	50	62.5	62.5
CSJ2	25	25	62.5	37.5	50
CSJ3	87.5	75	87.5	75	50
CSJ4	62.5	50	100	25	87.5
CSJ5	62.5	25	50	37.5	50
CSJ6	66.66	0	50	66.66	100
CSJ7	50	25	62.5	87.5	75

Sobre el consentimiento voluntario e informado, tenemos que el porcentaje más alto de ingresos voluntarios de PPL en los Centros de análisis corresponde al CSJ3, y el mismo porcentaje de personas indicó que se les informó sobre sus derechos, sin embargo, no todas esas personas firmaron un consentimiento informado, pues sólo el 75% indicaron haberlo hecho, y el mismo porcentaje de personas indicaron que se les informó cuando egresarían del centro. La mitad de las personas refirieron que se les informó la función y los efectos secundarios de los medicamentos utilizados en el tratamiento.

Al respecto de estos temas, las autoridades responsables de los centros, compartieron que, en el CSJ1, CSJ2, CSJ3, CSJ4, CSJ5 y CSJ6, los ingresos son: voluntario, involuntario y obligatorio; siendo el CSJ7 donde es voluntario e involuntario.

Acerca de los servicios médicos, se observó y se tuvo conocimiento de que en el CSJ1 el médico cuenta con un horario abierto y asiste cuando se le requiere, pero al menos las personas usuarias son atendidas una vez por semana, independiente de que sean valorados los ingresos o se presente cuando algún/a paciente lo requiera.

El CSJ2 tiene un espacio destinado como consultorio médico equipado con asiento para el personal médico, asiento para la o el paciente, banco de altura, cesto para basura, bolsa de RPBI, contenedor rígido para RPBI, guarda de materiales o instrumental, mesa de exploración y archivero. El personal médico sólo se encuentra los lunes, miércoles y viernes



de las 15:00 a las 18:00 horas, dependiendo del número de personas usuarias que debe valorar puede permanecer menos tiempo en el centro.

El CSJ3 no cuenta con consultorio médico. El responsable señaló que sólo se cuenta con un médico, el cual se encuentra los lunes, y jueves de las 08:00 a las 12:00 horas y utiliza la oficina del director para realizar sus funciones, la cual no cuenta con equipo para la realización de la función, ni condiciones de higiene y privacidad.

El encargado del CSJ4 manifestó que cuando una persona usuaria requiere de atención, se le hace del conocimiento a sus familiares y se canaliza a un nosocomio. El centro cuenta con un espacio adaptado como área médica o consultorio donde se realizan las valoraciones médicas que se habilita con un escritorio, una silla y un sillón. Sólo se cuenta con un médico adscrito (responsable sanitario) y que asiste al establecimiento cuando se le solicita (valoración médica de ingreso) o en caso de emergencia, tiene disponibilidad las 24 horas.

En el CSJ5, cuando una persona usuaria requiere de atención, ésta debe hacerlo del conocimiento del personal encargado, quienes a su vez solicitan la consulta y el médico atiende a la persona usuaria uno de los días que acude al centro. El centro carece de un espacio específico para el área médica o consultorio, por lo que se habilita un escritorio y una silla en el dormitorio del encargado para la realización de las valoraciones. El responsable señaló que sólo se encuentra él como médico adscrito y que asiste de lunes a viernes durante tres horas, sin horario específico, dependiendo del número de personas usuarias que debe valorar, puede permanecer más o menos tiempo en el establecimiento; en caso de emergencia o de requerir su presencia, tiene disponibilidad las 24 horas.

En el CSJ6, la médica entrevistada manifestó que diariamente se realiza listado de todas las personas usuarias y quien solicite la atención o consulta es atendida/o; todas/os tienen revisión periódica semanal. El establecimiento cuenta con un espacio específico para el área médica o consultorio, así como área de farmacia o resguardo de medicamentos. Sólo se encuentra ella como médica adscrita, que asiste de lunes a viernes, sin horario específico, dependiendo del número de personas usuarias que debe valorar, puede permanecer más o menos tiempo en el establecimiento; en caso de emergencia o de requerir su presencia, tiene disponibilidad las 24 horas; también se cuenta con un personal de enfermería que asiste de lunes a viernes en turnos mixtos (dependiendo de las necesidades del servicio), además de un psiquiatra que sólo asiste a citas agendadas.

La médica entrevistada del CSJ7 manifestó que diariamente se realiza listado de todas las personas usuarias, y quien solicite la atención o consulta es atendido. Cabe destacar que el establecimiento cuenta con un espacio específico para el área médica o consultorio, área de encamados (5 cubículos con capacidad para 7 personas usuarias), así como área de farmacia o resguardo de medicamentos. Señaló que sólo se encuentra ella como responsable sanitaria y médica adscrita, que asiste de lunes a viernes, en un horario de 7:00 a 15:00 horas; en caso de emergencia o de requerir su presencia se le realiza llamada telefónica, tiene disponibilidad las 24 horas; también se cuenta con personal de enfermería (cuatro) que cubren el servicio de lunes a domingo en turnos mixtos, además de un psiquiatra que sólo asiste a citas agendadas.

Además, de lo anterior, se identificó que el CSJ1 y el CSJ3 carece de medicamentos incluyendo los del cuadro básico, así como del material de curación para atender a las personas usuarias que alberga dicho centro y, en caso necesario, familiares son quienes se encargan de surtir los medicamentos que hagan falta. Respecto a los psicofármacos, la persona responsable comentó que el centro carece de los mismos, y en caso de que una



persona usuaria requiera de la administración de éstos, debe contar una receta que avale la necesidad del medicamento y son sus familiares quienes se encargan de su compra.

En el CSJ2 y CSJ4, los medicamentos del cuadro básico, así como el material de curación resultan suficientes y en caso necesario, familiares de las personas usuarias se encargan de surtir los medicamentos que hagan falta. Respecto a los psicofármacos, el centro carece de los mismos, y en caso de que una persona usuaria requiera de la administración de éstos, son familiares quienes se encargan de su compra; la persona usuaria debe contar una receta que avale la necesidad del medicamento, además de la valoración que él realiza.

En el CSJ5, CSJ6 y CSJ7, los medicamentos del cuadro básico, así como el material de curación resultan suficientes; que normalmente éstos llegan a través de los familiares de los usuarios quienes se encargan de surtir los medicamentos que hagan falta, en caso de ser urgentes, los surte el establecimiento. Respecto a los psicofármacos, en caso de que una persona usuaria requiera de la administración de éstos, son sus familiares quienes se encargan de su compra; la persona usuaria debe contar con una receta expedida por el especialista que avale la necesidad del medicamento, además de la valoración que se realiza.

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)
CSJ1	Sí	0
CSJ2	Sí	12.5
CSJ3	No	12.5
CSJ4	Sí	0
CSJ5	Sí	12.5
CSJ6	Sí	16.66
CSJ7	Sí	37.5

Sobre el derecho a una alimentación adecuada resalta que en CSJ3 se reportó que no se realiza el suministro de por lo menos 3 alimentos diarios, de los cuales el 12.5 por ciento la considera mala. La mejor percepción de la calidad de la comida es del CSJ4 y CSJ1 y la peor es de CSJ7.



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)
CSJ1	50	62.5	62.5
CSJ2	87.5	62.5	100
CSJ3	87.5	75	80
CSJ4	100	75	100
CSJ5	50	62.5	75
CSJ6	83.33	50	66.66
CSJ7	100	85.71	75

Sobre el derecho a vestido adecuado, las mejores condiciones fueron reportadas en el CSJ4 y CSJ7, pues las personas señalaron que pueden bañarse, y cambiarse de ropa con regularidad y privacidad. En caso de no contar con ropa o artículos de limpieza, el CSJ7 fue el centro donde más personas refirieron que se los proporciona el centro. Y en los CSJ2 y CSJ4 la totalidad de las personas reportaron tener la oportunidad de lavar su ropa con regularidad.

Destaca que el CSJ4 fue el centro mejor evaluado en cuanto al conjunto de las tres preguntas señaladas. Los centros con porcentajes más bajos sobre las preguntas relacionadas con este derecho fueron CSJ1 y CSJ5.

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



CSJ1	62.5	62.5	62.5	50	"Si te atrasas con los pagos te quitan psicólogo o doctor, y te niegan la salida".
CSJ2	62.5	50	62.5	0	-
CSJ3	75	75	100	12.5	-
CSJ4	75	100	100	25	-
CSJ5	62.5	37.50	50	62.5	"Buen trato y amabilidad, gracias". "Mejor trato a los internados". "Pues es poca comida, pero lo demás pienso que está bien"
CSJ6	50	33.33	33.33	16.6	-
CSJ7	75	87.5	50	0	"Se encuentra bajo la modalidad de comunidad terapéutica" "Tiene poco tiempo de estancia en el establecimiento por lo que no le dejan realizar llamadas ni tener visitas (hasta que cumpla 3 semanas)".

Sobre las preguntas relacionadas con el derecho a la vivienda adecuada, las respuestas de las PPL que reflejan mejores condiciones al respecto son las del CSJ3, CSJ4 y CSJ7, pues el 75 por ciento de las respuestas señalan que encuentran su estancia en los centros referido como cómoda y segura. Los centros con instalaciones con la consideración de menor calidad y limpieza es el CSJ6 seguido del CSJ5, en el cual 6 de cada 10 personas habría tenido que dormir en el suelo o en posiciones incómodas.

La observación realizada en los dormitorios, permitieron identificar que, en el CSJ1, los seis dormitorios del establecimiento presentan deficientes condiciones materiales y de mantenimiento, poseen literas, las cuales están muy cercanas unas con otras, dejando espacios muy reducidos para moverse, el mobiliario es insuficiente en los techos; dos de los dormitorios presentan deficiente ventilación e iluminación.



ÁREA DE DORMITORIOS DEL CSJ1



PREPARACIÓN DE ALIMENTOS DEL CSJ1

En el CSJ2 los cuatro dormitorios en los que habitan las usuarias, se encuentran en regulares condiciones de mantenimiento e higiene, cuentan con deficiente iluminación natural y artificial, muebles en mal estado que en su caso solo son *lockers* y los baños se encuentran funcionales, pero con mal estado de mantenimiento que están al igual que sus regaderas y llaves, si cuentan con agua corriente, las literas cuyo acomodo deja un espacio muy reducido entre una y otra, y no cuentan con privacidad.



ÁREA DE DORMITORIO DE CSJ2



BAÑOS DEL DORMITORIO DE CSJ2

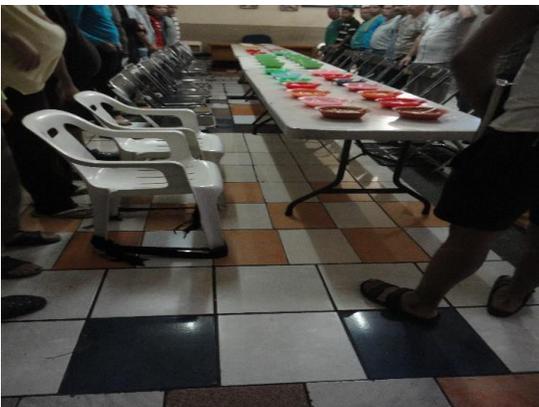


PATIO DEL ALBERGUE CSJ2

En el CSJ3 los siete dormitorios en los que habitan las personas usuarias, se encuentran en regulares a malas condiciones de mantenimiento e higiene, cuentan con deficiente iluminación natural y artificial. Hay muebles en mal estado e insuficientes para la guarda de las pertenencias de las personas usuarias y los baños se encuentran funcionales con agua corriente, pero con mal estado de mantenimiento con falta de llaves o manijas para el desagüe. Cuentan con una sola regadera para la población la cual es insuficiente y se encuentra en mal estado de mantenimiento e higiene; las literas están acomodadas dejando un espacio muy reducido entre una y otra, y no cuentan con privacidad tanto en baños como dormitorios.



DORMITORIOS DEL CSJ3



ALIMENTOS DEL CSJ3



DORMITORIOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN DE CSJ3

En el CSJ4 hay cinco dormitorios de diferentes capacidades (18,19, 8,12 y 6) que se encuentran en deficientes condiciones materiales y de mantenimiento, con literas cuyo acomodo deja un espacio muy reducido entre una y otra. Se observaron medianas condiciones de iluminación y ventilación en general, con presencia de filtraciones de agua y humedad en techos.



DORMITORIOS DEL CSJ4



ALIMENTOS DEL CSJ4



SALÓN DE USOS MÚLTIPLES Y PATIOS DE CSJ4

En el CSJ5 sólo se cuenta con un dormitorio tipo galera que se encuentra en deficientes condiciones materiales y de mantenimiento, con camas y literas cuyo acomodo deja un espacio muy reducido entre una y otra (hacinamiento). Se observaron deficientes condiciones de iluminación y ventilación en general, con presencia de filtraciones de agua y humedad en techos y paredes.



DORMITORIO DEL CSJ5



COCINA DEL CJS5



SERVICIO SANITARIO DEL CSJ5

El CSJ6 cuenta con 20 dormitorios para el área femenil divididos en dos secciones: A con 10 habitaciones y B con 10 habitaciones que se encuentran en deficientes condiciones materiales y de mantenimiento (presencia de goteras en exceso, grietas, pintura y pisos en mal estado), cada habitación cuenta con el mobiliario adecuado para la población con existencia de guarda de objetos personales; no existe hacinamiento. Se observaron deficientes condiciones de iluminación y ventilación en general, con presencia de filtraciones de agua y humedad en techos y paredes, con instalaciones eléctricas en medianas condiciones e hidráulicas en mal estado. Existen 23 dormitorios para el área varonil divididos en dos secciones: adultos con 14 habitaciones y menores de edad con 9 habitaciones que se encuentran en deficientes condiciones materiales y de mantenimiento (presencia de grietas, pintura y pisos en mal estado), cada habitación cuenta con el mobiliario adecuado para la población con existencia de guarda de objetos personales; no se observó hacinamiento, y se enlistaron deficientes condiciones de iluminación y ventilación en general, con instalaciones eléctricas e hidráulicas en medianas condiciones.



DORMITORIOS DEL CJS6



DORMITORIO ÁREA VARONIL DEL CSJ6



GIMNASIO, ÁREA DEPORTIVA Y SEÑALIZACIONES FUERA DE DORMITORIOS DEL CSJ6

El CSJ7 cuenta con 5 dormitorios para el área femenil en buenas condiciones materiales y de mantenimiento, cada habitación cuenta con el mobiliario adecuado para alojar a dos usuarias, con existencia de guarda de objetos personales; no existe hacinamiento. Se observaron buenas condiciones de iluminación y ventilación en general, con presencia de ligera humedad en techos y paredes, con instalaciones eléctricas e hidráulicas en buenas condiciones. Existen 11 dormitorios para el área varonil que se encuentran en buenas condiciones materiales y de mantenimiento a excepción de una habitación con presencia de pequeñas grietas, cada habitación cuenta con el mobiliario adecuado para alojar a dos personas, con existencia de guarda de objetos personales; no existe hacinamiento. Se observaron buenas condiciones de iluminación, ventilación, instalaciones eléctricas e hidráulicas.



COCINA DE CSJ7



DORMITORIOS DE LA CSJ7



GIMNASIO Y ÁREA DEPORTIVA DE LA CSJ7



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

1. Abolir castigos corporales

Tabla 13. Abolir castigos corporales A.

Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes			
Centros	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)
CSJ1	62.5	50	50



CSJ2	37.7	12.5	25
CSJ3	25	12.5	12.5
CSJ4	12.5	0	0
CSJ5	37.5	25	25
CSJ6	83.33	0	33.33
CSJ7	87.5	0	12.5

En el rubro de Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, se reportó que en todos los centros se ha aplicado algún tipo de sanción o castigo. El CSJ7 y CSJ6 fueron los que tuvieron los porcentajes más elevados, seguidos del CSJ1. El CSJ4 y CSJ3 obtuvo los porcentajes más bajos.

El CSJ4, CSJ6 y CJ7 fueron los centros donde, de acuerdo con las respuestas de las personas, no han presenciado o recibido algún tipo de maltrato por parte del personal del centro. Respecto al aislamiento, el CSJ4 fue el único donde no se reportó esa situación; mientras que el CSJ1 tiene el porcentaje más alto respecto al aislamiento.

Acerca de las medidas disciplinarias que reportaron las personas responsables de los centros, se identificó que en la mayoría de los centros, las medidas se aplican cuando una persona usuaria presenta una conducta contraria a las reglas del centro.

Por ejemplo, en el CSJ1 se les sanciona poniendo “en posición de cristo saludando a la virgen por un tiempo máximo de tres horas” y es el encargado del establecimiento quien se encarga de imponer las sanciones. Las sanciones no se encuentran establecidas en el reglamento del centro.

En el CSJ2 las medidas son determinadas por la encargada y los servidores del centro, cuya duración puede ser hasta de 24 horas. En el CSJ3 se llevan a cabo medidas disciplinarias cuando una persona usuaria presenta una conducta que va contra las reglas del centro, se habla con él y su familia únicamente, pero no se encuentra regulada ningún tipo de sanción o procedimiento para regular la misma. En el CSJ4 se les sanciona disminuyéndole los recesos durante el día; además se les prohíbe fumar durante medio día; las sanciones son determinadas por la persona responsable del centro.

En el CSJ5 se le sanciona imponiéndole la realización de actividades de limpieza al interior del centro (barrer, lavar los baños, etc.) y en algunos casos se les suspende la visita familiar, de uno y hasta por tres fines de semana, los recesos durante 24 horas; además se les prohíbe fumar por uno o dos días e incluso si la falta es grave se les expulsa del establecimiento. La imposición de las sanciones las determina la persona responsable del centro. La persona mencionó que utilizan “técnicas de sujeción gentil por un lapso de 30 minutos como máximo en caso de que un usuario se torne ofensivo y/o agresivo”.

En el CSJ6 se le sanciona con la suspensión de la visita familiar, de uno a dos fines de semana, el acceso a comprar golosinas de la tienda, se les prohíbe fumar por uno o dos días y en ocasiones se les dejan temas de investigación respecto a la falta cometida. La imposición de las sanciones las determina el equipo terapéutico. Mencionaron que no se utilizan técnicas de “sujeción” gentil.



Mientras que en el CSJ7 se le sanciona con la suspensión de la llamada telefónica, por una semana, el acceso a comprar golosinas de la tienda, se les prohíbe fumar por uno o dos días, y éstas son determinadas por el equipo terapéutico. Se mencionó que utilizan técnicas de sujeción gentil por un lapso de 30 minutos como máximo (hasta la llegada del psicólogo) en caso de que una persona usuaria se torne ofensiva y/o agresiva; y no cuentan con protocolo de contención.

Es importante destacar que ninguna sanción señalada se encuentra en el reglamento de cada uno de los siete centros supervisados.

Tabla 14. Abolir castigos corporales A.

Centros	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes			
	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de golpes por parte de alguien del establecimiento (83.1)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de humillaciones por parte de alguien del establecimiento (83.2)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctima de amenazas por parte de alguien del establecimiento (83.3)	Porcentaje de personas entrevistadas que reportaron haber sido víctimas de privación de agua o comida por parte de alguien del establecimiento (83.6)
CSJ1	12.5	37.5	25	25
CSJ2	0	0	0.25	0
CSJ3	12.5	12.5	12.5	0
CSJ4	0	0	0	0
CSJ5	25	37.5	25	12.5
CSJ6	0	33.33	33.33	16.66
CSJ7	0	37.5	0	0

Destaca que el CSJ4 fue el centro donde no se reportaron golpes, humillaciones, amenazas o privación de agua y comida; le sigue el CSJ2, donde se reportó un porcentaje bajo de víctimas de amenazas y CSJ7, donde hay un 37.5 por ciento de personas que señalaron haber sido víctimas de humillaciones por parte de alguien del establecimiento.

Los centros donde se reportaron los cuatro maltratos señalados fueron el CSJ1 y CSJ5.

Respecto a golpes, el CSJ5 obtuvo el mayor porcentaje; el resto de los mayores porcentajes son: humillaciones en CSJ1 y CSJ7, amenazas en el CSJ6, y privación de agua y comida en el CSJ1.

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



Tabla 15. 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)
CSJ1	62.5	37.5
CSJ2	12.5	37.5
CSJ3	25	62.5
CSJ4	0	75
CSJ5	25	87.5
CSJ6	33.33	66.66
CSJ7	37.5	87.5

En los resultados más relevantes, en CSJ5 y CSJ7, se reportó el mayor porcentaje de medicamento o la atención proporcionada suficiente para mejorar algún dolor o malestar presentado; y los porcentajes más bajos, al respecto, se presentaron en el CSJ1 y CSJ2.

Por otra parte, sobre el tiempo transcurrido con algún dolor o malestar presentado en los centros, destaca que en el CSJ4 no se reportó que alguna persona tuviera que esperar mucho tiempo con dicha aflicción, le sigue CSJ2, con pocas referencias de ello, y el mayor porcentaje se presentó en CSJ1.

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

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

Centros	Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	
	Se reportó que en caso de haber tenido dolor o malestar tuvo que esperar mucho tiempo con dicho malestar (27)	Se reportó que el medicamento o la atención proporcionada fueron suficientes para mejorar el dolor o malestar (28)
CSJ1	62.5	37.5
CSJ2	12.5	37.5
CSJ3	25	62.5
CSJ4	0	75
CSJ5	25	87.5



CSJ6	33.33	66.66
CSJ7	37.5	87.5

En los resultados más relevantes, en CSJ5 y CSJ7 se reportó el mayor porcentaje de medicamento o la atención proporcionada suficiente para mejorar algún dolor o malestar presentado; y los porcentajes más bajos al respecto se presentaron en el CSJ1 y CSJ2.

Por otra parte, sobre el tiempo transcurrido con algún dolor o malestar presentado en los centros, destaca que en el CSJ4 no se reportó que alguna persona tuviera que esperar mucho tiempo con dicha aflicción, le sigue CSJ2 con pocas referencias de ello, y el mayor porcentaje se presentó en CSJ1.

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 15. 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
CSJ1	"Mi esposa me trajo"
CSJ2	"Me llevaron en contra de mi voluntad". "Lo trajo la familia".
CSJ3	-
CSJ4	-
CSJ5	"Cuando fueron por mí".
CSJ6	-
CSJ7	-

Sobre el derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria, de las PPL entrevistadas se encontró que 1 persona en el CSJ2 reportó claramente haber sido llevado al centro contra su voluntad. No hubo comentarios al respecto en los CSJ3, 4, 6 y 7.

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

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

Centros	Derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitraria		
	Tiempo mínimo de internamiento (días) (6)	Tiempo máximo de internamiento (días) (6)	Media (6)



CSJ1	11	427	105.12
CSJ2	7	62	40.5
CSJ3	15	155	83.25
CSJ4	31	248	104.62
CSJ5	7	31	22
CSJ6	16	792	224.5
CSJ7	10	62	45.71

El CSJ6, CSJ1 y el CSJ4 fueron aquellos centros donde se identificó un mayor número de días de internamiento referidos por las personas entrevistadas. El CSJ5 fue aquel que reportó menor de días máximos al igual que el tiempo promedio de estancia de las entrevistadas.

Con base en las aportaciones de las autoridades responsables de los centros, se identificó que los CSJ1, CSJ2, CSJ3, CSJ4, CSJ5 y CSJ6, tienen ingresos voluntarios, involuntarios y obligatorios; mientras que el CSJ7 se distingue por no ser obligatorios, sino voluntarios e involuntarios.

Sobre el tiempo de internamiento, las personas responsables del CSJ2, CSJ4, CSJ5 y CSJ6 informaron que el tiempo mínimo es de tres meses; mientras que en el CSJ1 es de 18 semanas, es decir, entre 4 y 5 meses; y en el CSJ7 se reportó el número más bajo del mínimo de internamiento, siendo de 45 días. En el CS3 el mínimo es de 6 meses.

Resalta que las personas responsables del CSJ3 refirieron que las personas usuarias pueden permanecer por tiempo indefinido dentro del establecimiento. Mientras que en el CSJ2 y CSJ5 es hasta un año. Mientras que en el CSJ4 y CSJ6 puede extenderse hasta seis meses; y en el CSJ1 a 36 semanas. Siendo el CSJ7 el que tiene un máximo de 90 días.

K. Derecho a la privacidad

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

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

Derecho a la privacidad						
Centros	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)



CSJ1	100	87.5	75	75	0	25
CSJ2	87.5	75	87.5	87.5	12.5	50
CSJ3	75	75	62.5	75	25	37.5
CSJ4	100	100	87.5	100	37.5	75
CSJ5	50	62.5	62.5	75	12.5	62.5
CSJ6	66.66	66.66	66.66	83.33	16.66	16.66
CSJ7	62.5	87.5	87.5	87.5	0	37.5

Respecto a la revisión médica, se reportó que se llevó totalmente a cabo en condiciones de privacidad en CSJ1 y CSJ4; le siguió el CSJ2 con 87.5 por ciento. El centro donde se reportó la menor privacidad fue el CSJ5, donde la mitad de las personas entrevistadas fue revisada medicamente con privacidad.

Los centros donde menos personas entrevistadas reportaron haber podido comunicarse con su familia o con personas de confianza fue CSJ5 y CSJ6. En CSJ4 todas las PPL tuvieron la posibilidad de comunicarse, pero no a todas las personas les permitieron que dichas personas las pudieran visitar, pues el porcentaje bajó a 87.5 por ciento. Sobre este rubro, el porcentaje más bajo se observa en CSJ3 y CSJ5, seguido de CSJ6. En el CSJ4 es donde todas las PPL refirieron que fueron apoyadas por el personal del Centro para comunicarse al exterior; este porcentaje fue alto también en CSJ2, CSJ7 y CSJ6, aunque en el resto de los centros no baja del 75 por ciento.

Destaca que en la mayoría de los centros se reportó que las personas no son libres de dormir o descansar a la hora que desean.

A todas las PPL entrevistadas en CSJ1 y CSJ5 les retuvieron sus pertenencias al ingreso, a diferencia de lo que sucedió en CSJ2.

Por otra parte, sobre la libertad para no participar en las actividades del organizadas por el establecimiento ninguna reportó 100 por ciento, el porcentaje más alto fue de 75 por ciento del CSJ4 y el más bajo de CSJ6.

Sobre la prevención de la interferencia en la privacidad, la vida familiar y la comunicación con el exterior, la mayoría de los centros, de acuerdo a las personas responsables, no cuentan con espacios exclusivos para las visitas, las personas encargadas o directivos son quienes autorizan el ingreso de las personas visitantes. En algunos centros la visita familiar se realizar hasta un mes después de haber sido internado.

Sobre la comunicación que las personas mantienen con el exterior, las personas responsables señalaron que en el CSJ1 no se pueden realizar llamadas telefónicas, a menos que les marque la familia, sólo tienen acceso a la televisión, sin restricción de horario, solo con la restricción de programas con contenido sexual. En el CSJ2 se pueden realizar llamadas telefónicas y se llevan a cabo en el interior de las oficinas administrativas o por el celular de la encargada, con la vigilancia de la responsable o de las servidoras. No tienen acceso a medios de comunicación, solo les proyectan películas, sin embargo, en la supervisión se observó que cuentan con una televisión en el área de cocina, la cual se encontraba funcionando al momento del recorrido.



En el CSJ3 se pueden realizar llamadas telefónicas y se llevan a cabo en el interior de las oficinas administrativas o por el celular de la encargada, con la vigilancia de la responsable o de las servidoras; las personas usuarias tienen acceso a televisión y radio, sin restricción de contenido ni horario. En el CSJ4 no pueden realizar llamadas telefónicas; tienen acceso a la televisión y radio en sus tiempos libres, con la restricción de contenidos sexuales o violentos. En el CSJ5 no pueden realizar llamadas telefónicas, sólo con algunas excepciones; tienen acceso a la televisión y el radio, en sus tiempos libres, y sin restricción de contenidos. En el CSJ6 pueden realizar llamadas telefónicas, las cuales se realizan en el área de trabajo social en condiciones de privacidad; tienen acceso a la televisión y el radio, en sus tiempos libres, con restricción de contenidos pornográficos o violentos.

En el CSJ7 pueden realizar y recibir llamadas telefónicas, las cuales se realizan los días lunes en un horario de 11:00 a 11:45 horas, únicamente a familiares autorizadas/os en el área de administración, en condiciones de privacidad. Tienen acceso a la televisión en horarios programados, con restricción de contenidos pornográficos o violentos.

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)
CSJ1	37.50	“Que deberían pensar menos castigos”. “Les aplican castigos”. “Mejorar”.
CSJ2	25	“Desacuerdo con el programa por tiempo y precauciones”. “Dicen que aquí ellas mandan”. “Que den más permiso para hablar con los familiares”.
CSJ3	12.5	“Reinserción laboral y social”. “Si mi plan familiar”.
CSJ4	12.5	“Nos dan voz y voto”. “Cambiar cosas de sus ideas”. “Hacer ejercicio”.
CSJ5	25	“¿En cuánto tiempo veré a mi familia?” “Poca comida”.
CSJ6	16.66	“Más tiempo de llamadas y visitas familiares”. “Que nos atiendan bien y más frecuencia en psicólogos”. “El uso de teléfono de emergencia”. “Solicito más comunicación”.
CSJ7	12.5	“Le cambiaron los plazos del tratamiento”. “Los tiempos duran mucho”.



Los porcentajes de personas que no están por su cuenta propia y tuvieron oportunidad de mostrar inconformidad con su estancia involuntaria son relativamente bajos en todos los centros, excepto en el CSJ1, donde además señalaron que se deben aplicar menos castigos.

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)
CSJ1	75	“Cuando salga voy a conseguir trabajo”. “Disciplina”.
CSJ2	75	“Salir”. “Dejar de consumir”. “Quiero estudiar la prepa y mecánica; quiero estar con mis tíos y no volver a caer otra vez”.
CSJ3	75	“Dejar de consumir”. “Mejor o trabajando en lo que me gusta y reintegrándome con mi familia”.
CSJ4	100	“Continuar en medio anexo, salir a trabajar, apoyo del grupo”. “Dejar de drogarse”. “Cambiar sus hábitos”.
CSJ5	87.5	“Quiero estar en tratamiento” “Recuperación, mental, física y emocional”. “Primero aceptar mi problema y poder atender mis traumas emocionales”. “Rehabilitarme, salir fortalecido espiritualmente”.
CSJ6	66.66	“Salir conociendo los problemas que tengo”. “Dejar de consumir”.
CSJ7	87.5	“Seguir acudiendo a terapia al salir”. “Formar un plan de vida”. “Dejar de consumir”.

Solamente en el CSJ4 el total de las personas entrevistadas señalaron que fueron informadas sobre los principios de su plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación y que las personas señalaron tener la idea de continuar parcialmente en el anexo.

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 Jalisco, 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 27 al 29 de agosto de 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 y cumplimiento de procedimientos normativos

Con base en las 54 entrevistas realizadas en los siete centros supervisados en la entidad, la información proporcionada por las personas responsables de cada centro y los datos recabados durante el recorrido de las instalaciones, los resultados más significativos sobre el estatus regulatorio de los centros son que solo dos de los siete centros visitados cuentan con registro ante el CONADIC (CSJ4 - perteneciente al mismo grupo que en 2016 fue señalado por abusos, aun cuando contaba con registro ante la instancia que realizaba las funciones de lo que hoy es el CONADIC-, y el CSJ6).

Todos los centros cuentan con aviso de funcionamiento, excepto uno (CSJ3) que tampoco cuenta con registro ante el CONADIC. Tres de los centros no cuentan con licencia sanitaria incluyendo uno que sí cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ4). Solo tres de los centros cuentan con Lineamientos de seguridad Protección y vigilancia de usuarios por protección civil. El CSJ4, que sí cuenta con registro ante el CONADIC, no cuenta con estos lineamientos. Todos los centros cuentan con señalizaciones externas.

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

Entre las personas adultas privadas de la libertad, el 24% tienen entre 35 y 58 años de edad y el 76% entre 18 y 34 años de edad. El nivel máximo de estudios más frecuentes entre las personas adultas privadas de la libertad es primaria y le sigue bachillerato o preparatoria. La ocupación al momento del ingreso predominante entre las personas adultas privadas de la libertad es trabajo subordinado y remunerado.

El estado civil más frecuente de las personas adultas privadas de la libertad es soltero (77%). Solo se entrevistaron cuatro personas menores de 18 años privadas de la libertad, con edades de 15 y 17 años. Entre las NNA, la ocupación al momento del ingreso era trabajo subordinado y remunerado (1), desocupado/a (2) y trabajo no remunerado (1). El nivel máximo de estudios era primaria (50%) y secundaria (50%).

Por otro lado, los resultados más significativos por dimensiones e indicadores de los derechos humanos expuestos son:

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

- **Disponibilidad y accesibilidad de los servicios de reducción de daños**



En cuatro de los centros, más del 70% de las personas entrevistadas reportaron haber tenido, o presenciado, algún tipo de crisis de ansiedad o agresividad. Uno de estos centros tiene registro ante el CONADIC (CSJ6). El porcentaje más bajo en este rubro lo reportó un centro que no cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ3).

Solo en uno de los centros se mencionó que, cuando se presenta una crisis de ansiedad o agresividad, las personas son golpeadas. Este centro cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ6).

En cuatro de los centros se mencionó que las personas que sufren una crisis de ansiedad o agresividad son aisladas en algún espacio del centro, o se les aísla de sus familiares restringiendo llamadas y visitas. Uno de estos centros cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ6). En tres de los centros que no cuentan con registro ante en CONADIC, las personas entrevistadas señalaron que, a las personas que sufren una crisis de ansiedad o agresividad se les castiga.

- Disponibilidad y accesibilidad de los servicios de tratamiento de la dependencia de drogas

Solo en dos de los centros, el 100% de las personas entrevistadas reportaron haber sido revisadas médicamente al ingresar al centro. Uno de ellos cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ4) El porcentaje para este rubro del otro centro que cuenta con registro ante el CONADIC es de 83%. El resto de los centros se encuentran entre el 62 y el 75%.

Solo en uno de los centros, ninguna de las personas entrevistadas consideró que la atención médica que se le ha brindado en el establecimiento es mala o no hay. Este cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ4).

En tres de los centros se reportó que la prescripción de medicamentos hacia las personas usuarias no se hizo por parte de personal médico, entre ellos, uno que cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ4).

En uno de los centros que cuenta con registro ante el CONADIC, se reportó que al 83% de las personas entrevistadas se les ha ofrecido algún tipo de atención en salud mental. Para el resto de los centros el porcentaje va de 50 a 75%.

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

- Consentimiento voluntario e informado en el tratamiento de la dependencia de drogas

En uno de los centros que no cuenta con registro ante el CONADIC, CSJ3, se reportó que, el 87% de las personas entrevistadas se encuentran internadas de forma voluntaria. Cuatro centros más tienen un porcentaje, de entre el 25% y 66%, entre ellos están los que sí cuentan con registro ante el CONADIC: CSJ4 y CSJ6 con porcentajes superiores al 60%; mientras que en dos de los que no cuentan con registro ante el CONADIC, el porcentaje es apenas del 25% (CSJ1 y CSJ2).

Entre las personas entrevistadas que reportaron estar internadas de forma voluntaria, 75%, refirieron haber firmado algún tipo de consentimiento informado en uno de los centros que no cuenta con registro ante el CONADIC, CSJ3.



Solo en uno de los centros, el cual sí cuenta con registro ante el CONADIC, el 100% de las personas entrevistadas reportaron que, al ingresar, se les informó sobre sus derechos (CSJ4). En el resto de los centros, entre el 50% y el 87% de la población señaló que haber sido informada.

El porcentaje más alto de personas entrevistadas que indicaron saber o haber sido informadas sobre la fecha de su egreso del centro, fue de uno de los centros sin registro ante el CONADIC (CSJ7, 87%) y, el más bajo, correspondió a un centro que sí cuenta con registro ante el CONADIC (25%, CSJ4).

Solo en uno de los centros que sí cuenta con registro ante el CONADIC, El 100% de las personas entrevistadas reportaron que al ofrecer o recetarles algún medicamento, se les informó para qué es y sus posibles efectos secundarios (CSJ6). El segundo porcentaje más alto, 87.5%, es del otro centro con registro ante el CONADIC.

E. Derecho a un nivel de vida adecuado

- Derecho a una alimentación adecuada

En uno de los centros que no cuenta con registro ante el CONADIC, se reportó que el suministro de alimentos diarios, no se hace por lo menos en tres ocasiones al día (CSJ3). En uno de los centros que no cuenta con registro ante el CONADIC, el 37.5% de las personas entrevistadas consideró que la calidad de la comida es mala (CSJ7).

- Derecho a vestido adecuado

Solo en uno de los centros, el 100% de las personas entrevistadas consideraron que podían bañarse y cambiarse con regularidad y privacidad, centro que cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ4).

En uno de los centros sin registro ante el CONADIC encontramos el porcentaje más alto, 85.71%, de personas que señalaron que, en caso de no tener ropa o artículos de higiene personal, el personal del establecimiento se los ha facilitado.

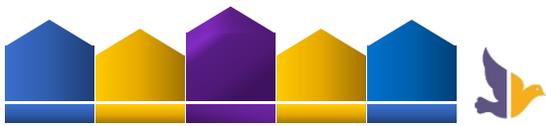
Solo en dos de los centros, el 100% de las personas entrevistadas reportó tener oportunidad de lavar su ropa con regularidad y uno de ellos tiene registro ante el CONADIC (CSJ4) y otro no (CSJ2).

- Derecho a una vivienda adecuada

En 3 de los centros el mismo porcentaje, 75 por ciento de las personas consideraron que la estancia en el lugar es cómoda y segura. Uno de los centros cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ4) y los otros dos no (CSJ3 y CSJ7).

Solo en uno de los centros, el 100% de las personas entrevistadas consideran buenas las instalaciones del establecimiento (ventilación, calefacción y protección contra insectos); este centro cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ4). El otro centro que cuenta con registro ante el CONADIC, CSJ6, tuvo el porcentaje más bajo para este rubro (29%).

En dos de los centros, el 100% de las personas entrevistadas consideraron bueno el estado de limpieza del establecimiento, uno de ellos cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ4) y el otro no (CSJ3). El porcentaje más bajo para este rubro lo tuvo un centro con registro ante el CONADIC (CSJ6, con 33%).



En dos de los centros, CSJ2 y CSJ7 ninguna de las personas entrevistadas reportó que alguna de ellas hubiera tenido que dormir en el suelo o en posiciones incómodas. En este mismo rubro, en los centros con registro ante el CONADIC, se tuvo que el 25% (CSJ4) y 16% (CSJ6) de las personas entrevistadas reportaron esta situación.

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

- Abolir castigos corporales como protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

En dos de los centros, más del 80% de las personas entrevistadas reportaron que en el establecimiento se aplica alguna clase de sanción o castigo. Uno de ellos cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ6). El porcentaje más bajo para este rubro corresponde a otro centro (CSJ4) con registro ante el CONADIC, con el 12%.

Ninguna de las personas entrevistadas en el CSJ4 reportó haber recibido o presenciado maltratos por parte del personal del establecimiento. El 66% de las personas entrevistadas en el otro centro que también tiene registro ante el CONADIC, CSJ6, reportó el mismo porcentaje. El porcentaje más alto para este rubro correspondió al CSJ1 (50%)

En uno de los centros, más del 50% de las personas entrevistadas reportaron haber sido aisladas del resto de las personas dentro del establecimiento, CSJ1.

En tres de los centros, las personas entrevistadas reportaron haber sido víctimas de golpes por parte de alguien del establecimiento, el porcentaje más alto para este rubro fue el de un centro (CSJ5) sin registro ante el CONADIC, con el 25 %. En cinco de los centros, al menos una de las personas entrevistadas reportó haber sido víctimas de humillaciones por parte de alguien del establecimiento: CSJ1, CSJ3, CSJ5, CSJ6 y CSJ7. En dos centros, ninguna de las personas entrevistadas reportó esta situación, uno de estos centros es de los que cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ4).

En cinco de los centros, al menos una de las personas entrevistadas reportó haber sido víctima de amenazas por parte de alguien del establecimiento. En dos centros, ninguna de las personas entrevistadas reportó esta situación, uno de esos centros cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ4). En tres de los centros, CSJ1, CSJ5 y CSJ6, entre el 12 y el 25% de las personas entrevistadas reportó haber sido víctima de privación de agua o comida por parte de alguien del establecimiento, entre ellos está uno de los centros (CSJ6) con registro ante el CONADIC, con el 16.6%. En los cuatro centros restantes no se reportó esta situación.

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

El único centro en el que las personas entrevistadas no reportaron que, en caso de haber tenido dolor o malestar hubieran tenido que esperar mucho tiempo con dicho malestar fue el CSJ4, el cual cuenta con registro ante el CONADIC. El porcentaje más alto fue de 62% en uno de los centros sin registro ante el CONADIC, CSJ1.

En dos de los centros, el porcentaje menor al 40 por ciento de las personas entrevistadas que reportaron que el medicamento o la atención proporcionada que fueron suficientes para mejorar el dolor o malestar, los cuales no tienen registro ante el CONADIC (CSJ6). El mejor



porcentaje para este rubro lo obtuvieron dos centros que no cuentan con registros ante el CONADIC (87.5%, CSJ5 y CSJ7).

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

- **Garantizar que las personas no sean detenidas únicamente por su uso de drogas o dependencia de drogas**

En tres de los centros se recabaron testimonios que refieren que algunas personas se encuentran ahí en contra de su voluntad o les mantienen incomunicadas. Dichos centros no cuentan con registro ante el CONADIC.

- **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**

No se especificó si la estancia de algunas de las personas entrevistadas en los centros, se relaciona con el cumplimiento de una sentencia penal. El centro en el que se reportó el tiempo de internamiento más prolongado, cuenta con registro ante el CONADIC (792 días, CSJ6). Según la media, las personas entrevistadas han permanecido en este centro durante 224 días.

El tercer tiempo de internamiento más prolongado se reportó en el otro centro con registro ante el CONADIC (248 días, CSJ4) y en la media, las personas entrevistadas han permanecido en este centro durante 104 días.

H. Derecho a la privacidad

- **Prevenir la interferencia arbitraria e ilegal con la privacidad, la vida familiar, el hogar y la correspondencia**

Solo en dos de los centros, el 100% de las personas entrevistadas reportaron que la revisión médica se les realizó en condiciones de privacidad, uno de ellos cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ4). El segundo centro que cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ6), reportó el segundo porcentaje más bajo para este rubro (33.3%). En todos los centros, al menos el 75% de las personas entrevistadas reportaron haber podido comunicarse con su familia o con personas de su confianza.

El porcentaje más bajo de personas entrevistadas que indicaron que su familia o personas de confianza han podido visitarle, corresponde a un centro sin registro ante el CONADIC (CSJ5) con el 57%; en los centros con registro, el porcentaje fue de 87% (CSJ4) y 83% (CSJ6).

El porcentaje más bajo de personas entrevistadas que indicaron que el personal del centro le ha apoyado para comunicarse al exterior del centro, corresponde a un centro sin registro ante el CONADIC (25%, CSJ7). El segundo porcentaje más bajo corresponde a un centro que cuenta con registro ante el CONADIC (33.3%, CSJ6).

En uno de los centros, el 100% de las personas entrevistadas refirieron ser libres de dormir o descansar a la hora que usted desee; el centro no cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ5). En otro centro sin registro, ninguna de las personas reportó esta situación (CSJ1). Los centros con registro reportaron 37% (CSJ4) y 50% (CSJ6).



En uno de los centros, el 100% de las personas entrevistadas refirieron que se le retuvieron sus pertenencias cuando ingresó, el centro no cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ1). El porcentaje más bajo en este rubro corresponde a un centro sin registro ante el CONADIC (12.5%, CSJ2).

En dos de los centros, uno con registro (CSJ6) y otro sin registro (CSJ7), ninguna persona reportó ser libre de no participar en las actividades organizadas en el establecimiento. El otro centro con registro ante el CONADIC fue el que reportó el porcentaje más alto para este rubro (75%, CSJ4).

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

En uno de los centros, ninguna de las personas entrevistadas que no están por cuenta propia, tuvo la oportunidad de mostrar inconformidad con su estancia involuntaria. El centro no cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ7.). El porcentaje más alto para este rubro fue 50%, correspondiente a un centro con registro (CSJ4) y otro sin registro (CSJ5). Al respecto, en cuatro de los centros se recabaron testimonios que expresan dudas sobre el tiempo y tipo de tratamiento que reciben.

- I. **Libertad de pensamiento, conciencia y religión**
 - **Proporcionar información precisa y objetiva sobre las prácticas de drogas, daños y bienes y servicios**

Solo en uno de los centros, el 100% de las personas entrevistadas fueron informadas sobre los principios de su plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación. El centro cuenta con registro ante el CONADIC (CSJ4). El otro centro con registro ante el CONADIC registró el porcentaje más bajo para este rubro (66.6%, CSJ6). En todos los centros, las personas entrevistadas reportaron que se ha incluido a su familia o personas de confianza en su plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación en un rango de 62 a 87% de los casos.



VI. POSICIONAMIENTO

Se identificó un comportamiento desigual de los centros en cuanto a los indicadores, por ejemplo, en el CSJ4, que forma parte del mismo grupo de centros que fueron denunciados por abusos en 2016, que entonces y al momento de la supervisión contaba con registro ante el CONADIC, tuvo las calificaciones más altas en rubros como: la revisión médica de todas las personas al ingresar al centro (100%); ninguna de las personas entrevistadas consideró que la atención médica que se le ha brindado en el establecimiento es mala o no hay; entre las personas entrevistadas que reportaron estar internadas de forma voluntaria, 75% refirieron haber firmado algún tipo de consentimiento informado.

El 100% de las personas entrevistadas reportaron que, al ingresar, se les informó sobre sus derechos; 100% de las personas entrevistadas consideraron que podían bañarse y cambiarse con regularidad y privacidad; 100% de las personas entrevistadas reportó tener oportunidad de lavar su ropa con regularidad; 100% de las personas entrevistadas consideraron que la estancia en el lugar es cómoda y segura; 12% de las personas entrevistadas reportaron que en el establecimiento se aplica alguna clase de sanción o castigo; ninguna de las personas entrevistadas reportó haber recibido o presenciado maltratos por parte del personal del establecimiento; ninguna de las personas entrevistadas reportó haber sido aislada del resto de las personas dentro del establecimiento ni haber sido víctima de humillaciones o amenazas; y, el 100% de las personas entrevistadas fueron informadas sobre los principios de su plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación.

No obstante, figuró entre los centros con peores calificaciones en cuanto a que: se reportó que la prescripción de medicamentos no se realizó por parte de personal médico; solo el 62% de las personas entrevistadas reportó encontrarse internada de forma voluntaria; solo el 25% de las personas entrevistadas indicaron saber o haber sido informadas sobre la fecha de su egreso del centro; 28% reportaron que hay quienes han tenido que dormir en el suelo o en posiciones incómodas; se reportó el tercer tiempo de internamiento más prolongado; el 75% reportó que le obligaban a participar en las actividades organizadas en el establecimiento; y, la mitad de las personas entrevistadas que no están por cuenta propia, tuvo la oportunidad de mostrar inconformidad con su estancia involuntaria.

En el segundo centro con registro ante el CONADIC (CSJ6), la atención a personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos fue muy similar a otros de los centros sin registro ante el CONADIC, generalmente con calificaciones más negativas en la mayoría de los indicadores.

En cuanto a la dimensión de abolir castigos corporales del derecho a la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, es importante señalar que en todos los centros, las personas entrevistadas reportaron que en el establecimiento se aplica alguna clase de sanción o castigo y los porcentajes más altos correspondieron a un centro con registro ante el CONADIC (CSJ6) y otro sin registro (CSJ7). Así mismo, en todos los centros excepto el CSJ4, con registro ante el CONADIC, se reportaron maltratos por parte del personal del establecimiento y aislamiento como forma de castigo.

En cuatro centros, las personas entrevistadas reportaron haber sido víctimas de golpes por parte de alguien del establecimiento y el porcentaje más alto para este rubro fue de un centro con registro ante el CONADIC (33.3% en el CSJ6). En cinco de los centros, algunas de las personas entrevistadas reportaron haber sido víctimas de humillaciones por parte de alguien del establecimiento. En cinco de los centros (CSJ1, CSJ2, CSJ3, CSJ5 y CSJ6), algunas de las personas entrevistadas reportaron haber sido víctimas de amenazas por parte de alguien del establecimiento, y en tres de los centros (CSJ1, CSJ5 y CSJ6), entre



el 12 y el 25% de las personas entrevistadas reportó haber sido víctima de privación de agua o comida por parte de alguien del establecimiento; esto ocurrió en uno de los centros con registro ante el CONADIC (16.6%, CSJ6).

Como se habrá visto, desde 2018, el marco legal local incluye varios apartados importantes sobre los derechos de las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos en establecimientos residenciales, por lo que llama la atención que prevalezcan este tipo de violaciones a derechos humanos.

VII. RECOMENDACIONES

Por todo lo anteriormente expuesto y fundado, tomando en cuenta que el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura tiene una acción esencialmente preventiva, a cuyo efecto, en atención a lo dispuesto por los artículos 72, 73, 78 y 81 de la Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos y Penas 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. Al Gobierno del Estado de Jalisco:

De mediano plazo

1. Garantizar que el *Plan Jalisco en contra de las Drogas* cuente con perspectiva de derechos humanos, género, enfoque diferenciado y, específicamente, medidas de prevención frente a posibles violaciones del derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes en las instituciones públicas y privadas legalmente dedicadas a la prevención y atención de adicciones en la entidad.
2. Establecer evaluaciones de resultados e impacto del *Plan Jalisco en contra de las Drogas*, que incluyan indicadores de derechos humanos, género, enfoque diferenciado y, específicamente, sobre el derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes de las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos, en establecimientos residenciales.

B. Al Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA) de la entidad

De mediano plazo

1. Ejecutar y evaluar el *Plan Jalisco en contra de las Drogas* con perspectiva de derechos humanos, género, enfoque diferenciado y, específicamente, medidas de prevención frente a posibles violaciones del derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes en las instituciones públicas y privadas legalmente dedicadas a la prevención y atención de adicciones en la entidad.
2. Establecer procesos de evaluación periódica de las obligaciones establecidas en los artículos 166 a 171 de la Ley de Salud del Estado de Jalisco, con perspectiva de derechos humanos, género, enfoque diferenciado y, específicamente, considerando medidas de prevención frente a posibles violaciones del derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes, en las instituciones



públicas y privadas residenciales legalmente dedicadas a la prevención y atención de adicciones en la entidad.

3. Supervisar que los reglamentos, manuales y programas generales de trabajo de las instituciones públicas y privadas dedicadas a la prevención y atención de las adicciones cuenten con perspectiva de derechos humanos, género, enfoque diferenciado y, específicamente, con medidas de prevención frente a posibles violaciones del derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes de las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos en establecimientos residenciales.

C. Al Poder legislativo local

De mediano plazo

1. Establecer en la Sección Tercera “De los Derechos de los Pacientes Usuarios de Sustancias Psicoactivas”, de la Ley de Salud del Estado de Jalisco, el numeral pertinente respecto de la prevención y prohibición del internamiento involuntario de las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos en establecimientos residenciales.
2. Establecer que en las inspecciones permanentes a las instituciones dedicadas a la atención de adicciones (artículo 171 de la Ley de Salud del Estado de Jalisco) se verifique que los derechos humanos de las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos en establecimientos residenciales sean respetados, protegidos y garantizados.

De largo plazo

3. Armonizar la Sección Cuarta “De la Prevención, Tratamiento y Control de Adicciones” y Sección Tercera “De los Derechos de los Pacientes Usuarios de Sustancias Psicoactivas” de la Ley de Salud del Estado de Jalisco, con los estándares internacionales en materia de derechos humanos, a fin de fortalecer la protección de sus derechos humanos, incluyendo en ambos apartados la perspectiva de derechos humanos, género, enfoque diferenciado y, específicamente, medidas de prevención frente a posibles violaciones del derecho a no sufrir tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes.

D. A la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco

Inmediatas

1. Publicitar en los medios de comunicación al alcance de la comunidad las directrices de respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas que se encuentran privadas de la libertad en establecimientos para rehabilitación por adicciones, 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.
2. Garantizar que la aprobación de la apertura y funcionamiento de centros de rehabilitación y tratamiento, así como su supervisión periódica, por parte de la



Secretaría de Salud, ya sean centros públicos o de la iniciativa privada, tenga como base la perspectiva de derechos humanos, género y enfoque diferenciado.

De mediano plazo

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

De largo plazo

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

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