

Criterios para un sistema orientado al respeto
de los Derechos Humanos

UN MODELO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO PARA LAS PERSONAS CON FARMACODEPENDENCIA EN PRISIÓN

*Bases para mejorar el manejo
y la prevención de adicciones*



PRESIDENTE

Luis Raúl González Pérez

CONSEJO CONSULTIVO

Mariclaire Acosta Urquidi

María Ampudia González

Alberto Manuel Athié Gallo

Michael William Chamberlin Ruiz

Angélica Cuéllar Vázquez

Mónica González Contró

David Kershenobich Stalnikowitz

Carmen Moreno Toscano

María Olga Noriega Sáenz

José de Jesús Orozco Henríquez



PRIMER VISITADOR GENERAL

Ismael Eslava Pérez

SEGUNDO VISITADOR GENERAL

Enrique Guadarrama López

TERCERA VISITADORA GENERAL

Ruth Villanueva Castilleja

CUARTA VISITADORA GENERAL

María Eréndira Cruzvillegas Fuentes

QUINTO VISITADOR GENERAL

Edgar Corzo Sosa

SEXTO VISITADOR GENERAL

Jorge Ulises Carmona Tinoco

SECRETARIA EJECUTIVA

Consuelo Olvera Treviño

SECRETARIO TÉCNICO DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Narro Lobo

OFICIAL MAYOR

Manuel Martínez Beltrán

DIRECTORA GENERAL DEL CENADEH

Julieta Morales Sánchez

Criterios para un sistema orientado al respeto
de los Derechos Humanos

UN MODELO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO PARA LAS PERSONAS CON FARMACODEPENDENCIA EN PRISIÓN

*Bases para mejorar el manejo
y la prevención de adicciones*



PRESENTACIÓN

El problema de la farmacodependencia que se presenta en personas que cometen conductas delictivas en nuestro país, no es algo secundario, sino una necesidad que demanda atención prioritaria mediante políticas públicas que tengan un carácter integral y multidisciplinario. Es por ello, que esta Comisión Nacional responsable de promover, respetar, proteger y garantizar los Derechos Humanos, presta atención a esta realidad que demanda intervención puntual.

La farmacodependencia es un problema que debe ser atendido desde un enfoque de salud pública. Desde esta perspectiva, se ha buscado descriminalizar su consumo, pues la cárcel o la estigmatización social no es una medida que puede resolver esta situación.

En el Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria que año con año publica este Organismo Autónomo, se ha observado, como una constante, la deficiente atención a programas para la prevención y atención de la farmacodependencia.

Por ello, es necesario seguir realizando esfuerzos en los trabajos que se desarrollan en torno a esta problemática, desde el exterior e interior de los centros penitenciarios con las personas que cometen delitos y tienen esta adicción, con la creación de programas o dando continuidad a los ya existentes para obtener resultados positivos, realizando acciones, siempre sobre la base del respeto de los Derechos Humanos.

El *Modelo de Atención y Tratamiento para las Personas con Farmacodependencia en Prisión*, ofrece una alternativa idónea, reconociendo que el sistema de justicia penal ha transitado sobre diversos cambios que han implicado la reforma constitucional de 2008, así como la publicación, tanto del Código Nacional de Procedimientos Penales, como de la Ley Nacional de Ejecución Penal, entre otros, siendo esta normatividad fundamental para la atención de este sistema que se integra por aspectos de prevención, procuración y administración de justicia y ejecución de penas, observando al respecto, la importancia de incluir a la

Justicia Terapéutica como una muy importante tarea para ser atendida por el Poder Judicial, encontrando ya modelos para su aplicación y ejemplos de su operatividad en diversos estados como el de México, Morelos, Chihuahua, Durango y Nuevo León, con la creación de Tribunales de Tratamiento de Adicciones, con propuestas además puntuales, presentadas ya, con el fin de homologar estos trabajos en las 32 entidades federativas, como una alternativa al sistema penal tradicional, reduciendo la pena de prisión e incidiendo en la disminución de la delincuencia y en el fortalecimiento a la reinserción social, presentando este modelo en forma clara, ordenada y reconociendo la importancia de su permanencia.

Por otra parte, en el rubro de la ejecución de penas dentro de la prisión se requiere la sensibilización acorde tanto con estándares internacionales, como con la normatividad nacional existente. Es aquí donde la atención y tratamiento deben de consolidarse, con el fortalecimiento de un adecuado programa en todas sus fases, dirigido a las personas que se encuentran privadas de la libertad, sin vínculo con acusación de delitos contra la salud, si la conducta delictiva la han realizado en un gran número de casos, habiendo consumido algún fármaco previamente.

Con este documento se pretende ofrecer, una vez más, herramientas que permitan abonar al fortalecimiento del sistema penitenciario, valorando la importancia de garantizar los Derechos Humanos de todas las personas, reconociendo en este caso la participación especial de la Universidad Ius Semper, con quien conjuntamente se ha trabajado para la presentación de este modelo, conscientes de su importancia y de la necesidad de visibilizar esta problemática.

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ

**Presidente de la Comisión Nacional
de los Derechos Humanos**

CONTENIDOS

1. ¿CÓMO HABLAR DE FARMACODEPENDENCIA EN PRISIÓN?	13
Farmacodependencia	
Droga, delito y enfermedad	
2. RADIOGRAFÍA DE LA FARMACODEPENDENCIA EN PRISIÓN	37
Problemática	
La situación en México	
Experiencias de atención en México	
Estadísticas de la experiencia en tratamiento de adicciones en prisiones de México	
3. LA NUEVA CARA DE LA PREVENCIÓN DEL DELITO	63
Atención oportuna y pertinente	
Importancia de la prevención del delito	
4. LA REPARACIÓN DEL TEJIDO SOCIAL	73
La víctima como el centro de la atención	
Justicia restaurativa	
Justicia terapéutica	
Tribunales de Tratamiento de Adicciones	

5. MUJERES Y FARMACODEPENDENCIA EN PRISIÓN	93
Farmacodependencia en mujeres	
Mujeres privadas de la libertad	
 6. MODELO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO: COMPONENTES	 103
Etapas	
Tratamiento	
Seguimiento	
Infraestructura y equipamiento	
Personal	
Principios éticos	
Redes de apoyo	
Normas	
 LOS EXPERTOS OPINAN	 135
Comentarios sobre el modelo de atención y tratamiento presentado	
 MARCOS DE REFERENCIA	 141

SIGLAS Y ACRÓNIMOS UTILIZADOS EN LA OBRA

CEDH	Corte Europea de Derechos Humanos
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CIDE	Centro de Investigación y Docencia Económicas
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones
CPF	Código Penal Federal
CrIDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
DNSP	Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria
ENCODAT	Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco
LGS	Ley General de Salud
LNEP	Ley Nacional de Ejecución Penal
LN Masc	Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal
MASC	Mecanismos alternativos de Solución de Controversias
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PNPTF	Programa Nacional para la Prevención y Tratamiento de la Farmacodependencia
PRONAPRED	Programa Nacional de Prevención del Delito
SCJN	Suprema Corte de Justicia de la Nación
SS	Secretaría de Salud
TTA	Tribunal de Tratamiento de Adicciones
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito



Capítulo 1

¿CÓMO HABLAR DE FARMACODEPENDENCIA EN PRISIÓN?

Cualquier persona puede caer en el uso y abuso de las drogas, el estigma social que esta dependencia representa, invisibiliza la condición de enfermos de aquéllos que la viven y, generalmente, son reprimidos sin ofrecerles atención física, psicológica y social adecuada con tratamientos de rehabilitación efectivos.

► “No hay camino fácil para la libertad en ningún lugar
y muchos de nosotros tendremos que pasar
por el valle de las sombras una y otra vez antes de llegar
a la cima de la montaña de nuestros sueños.”

Nelson Mandela

Farmacodependencia

El uso de las drogas es casi tan antiguo como la humanidad misma, aunque no siempre fue considerado como un problema ya que su uso se limitaba a fines religiosos, médicos o ceremoniales. No obstante, las drogas han estado presentes en mayor o menor medida en la historia del ser humano y cumpliendo funciones diversas.

El abuso de drogas o drogadicción según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere a “la utilización excesiva, persistente o esporádica, de un fármaco de forma incongruente o desvinculada con la práctica médica admisible”.

Además, la misma OMS define la farmacodependencia o drogodependencia como:



Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por:

1. deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio,
2. tendencia a incrementar la dosis,
3. dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y
4. efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

En la normatividad nacional, la Ley General de Salud (LGS) señala:

Artículo 192 bis

Para los efectos del programa nacional se entiende por:

- I. **Farmacodependiente:** Toda persona que presenta algún signo o síntoma de dependencia a estupefacientes o psicotrópicos;
- II. **Consumidor:** Toda persona que consume o utilice estupefacientes o psicotrópicos y que no presente signos ni síntomas de dependencia;
- III. **Farmacodependiente en recuperación:** Toda persona que está en tratamiento para dejar de utilizar narcóticos y está en un proceso de superación de la farmacodependencia;
- IV. **Atención médica:** Al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud;
- V. **Detección temprana:** Corresponde a una estrategia de prevención secundaria que tiene como propósito identificar en una fase inicial el consumo de narcóticos a fin de aplicar medidas terapéuticas de carácter médico, psicológico y social lo más temprano posible;
- VI. **Prevención:** El conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de narcóticos, a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias;
- VII. **Tratamiento:** El conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de narcóticos, reducir los riesgos y daños que implican el uso y abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de esas sustancias, como de su familia;
- VIII. **Investigación en materia de farmacodependencia:** Tiene por objeto determinar las características y tendencias del problema, así como su magnitud e impacto en lo individual, familiar y colectivo; construyendo las bases científicas para la construcción de políticas públicas y los tratamientos.

Sustancias psicoactivas y su estatus socio-legal

Las sustancias psicoactivas, conocidas comúnmente como drogas psicoactivas, son aquéllas que al ser consumidas llegan a modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo.¹

De acuerdo con la OMS, el uso de estas sustancias se divide en tres categorías, según su estatus socio-legal:

1. Uso medicinal. Muchas de estas sustancias son utilizadas como medicación para aliviar el dolor, ayudar al sueño o a la lucidez y aliviar desórdenes del estado de ánimo. Actualmente, la mayoría de las medicaciones

psicoactivas están restringidas al uso por prescripción médica, mediante un sistema de recetas.

2. Estatus ilegal o ilícito. De conformidad con las tres convenciones internacionales la mayoría de los países se han comprometido a considerar como ilegal el comercio y uso no médico de los opiáceos, *cannabis*, alucinógenos, cocaína y muchos otros estimulantes, al igual que de los hipnóticos y sedantes. A pesar de tales prohibiciones, el uso ilícito de sustancias psicoactivas está muy difundido en numerosas sociedades, particularmente entre adultos jóvenes,



¹ OMS. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, D.C. 2004, pág. 2. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf.



Convenciones de control de drogas de las Naciones Unidas.

Los tres principales instrumentos internacionales para el control de las drogas son:

- **Convención única sobre drogas narcóticas, de 1961**
 Esta Convención reconoce que las medidas efectivas contra el abuso de drogas narcóticas requieren de la acción internacional coordinada. Tiene dos formas de intervención y control que funcionan conjuntamente. Primeramente, busca limitar la posesión, uso, comercio, distribución, importación, exportación, fabricación y producción de drogas con fines exclusivamente médicos y científicos. Segundo, fomenta la cooperación internacional para combatir el narcotráfico y a los narcotraficantes.
- **Convención sobre sustancias psicotrópicas, de 1971**
 Esta Convención hizo notar, con suma preocupación, los problemas sociales y de salud pública provocados por el abuso de ciertas sustancias psicotrópicas. En ella se tomó la determinación de prevenir y combatir el abuso de estas sustancias y el tráfico ilícito que lo provoca. Así mismo establece un sistema de control internacional para sustancias psicotrópicas, como reacción a la di-

versificación y expansión del espectro de las drogas de abuso, e introduce controles sobre varias drogas sintéticas, según su potencial de abuso, por una parte, y su valor terapéutico, por otra.

- **Convención contra el tráfico ilícito de drogas narcóticas y sustancias psicotrópicas, de 1988**

Esta Convención establece un tratado internacional completo, efectivo y operativo dirigido específicamente contra el tráfico ilícito, y considera diversos aspectos del problema de manera, y en particular, aquellas cuestiones no contempladas en los tratados existentes en el campo de las drogas narcóticas y sustancias psicotrópicas. La Convención proporciona medidas completas contra el narcotráfico, incluyendo condiciones contra el lavado de dinero y la diversificación de los compuestos químicos precursores. Además, estipula la cooperación internacional a través, por ejemplo, de la extradición de narcotraficantes, el control de suministros y la transferencia de procedimientos.

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de las Drogas.

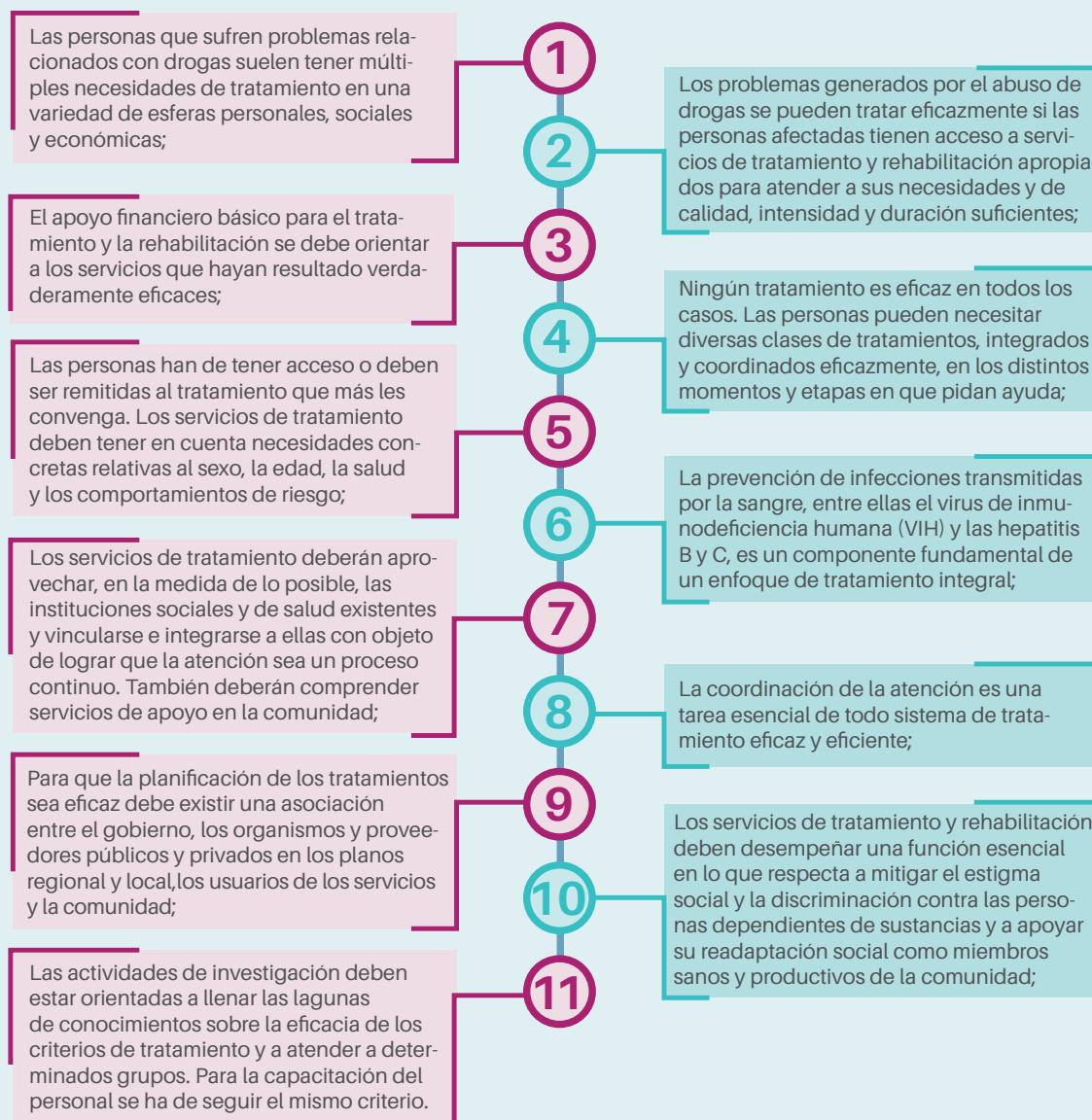
siempre con el propósito de disfrutar o beneficiarse de las propiedades psicoactivas de la sustancia. El hecho de que sean ilegales puede añadirles también cierto atractivo, y con ello reforzar la identificación de los usuarios.

3. **Consumo legal o lícito.** Este puede tener cualquier propósito que elija su consumidor. En este rubro se ubica la cafeína y algunos estimulantes similares, comúnmente bebidos en forma de café, té y refrescos; la nicotina, que actualmente se consume con

mayor frecuencia al fumar cigarrillos de tabaco; y una amplia variedad de bebidas alcohólicas, como cerveza, vino y destilados. En el caso del tabaco y del alcohol su consumo se restringe únicamente a la edad del consumidor, sin embargo, el abuso de la sustancia inevitablemente va acompañado de sus propiedades psicoactivas.

Es importante destacar que, cualquier persona puede caer en el uso y abuso de las drogas y el estigma social que esta dependencia representa, invisibiliza la condición de enfermos de aquéllos que la viven y, generalmente, son reprimidos sin ofrecerles atención física, psicológica y social adecuada con tratamientos de rehabilitación efectivos.

En el Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)² plantea 11 observaciones sobre el problema del abuso de las drogas:



² Por sus siglas en inglés: *United Nations Office on Drugs and Crime*.

Droga, delito y enfermedad

Hay una estrecha relación entre el uso de alcohol, drogas y la delincuencia, Enrique Esbec y Enrique Echeburúa afirman que ésta es una relación compleja: “[e]l consumo de drogas no conduce inexorablemente a conductas delictivas, como robos, asaltos o violaciones, ni siquiera entre las personas que las consumen regularmente o que han desarrollado una adicción. Sin embargo, hay algunas ocasiones en que el exceso de alcohol/drogas está relacionado directamente con la delincuencia. Son muchos los factores que pueden dar cuenta de este fenómeno: pobreza, trastornos de personalidad, factores culturales y sociales, amigos consumidores o contacto con la prisión. Estos aspectos sirven para comprender el riesgo de delincuencia y de farmacodependencia. La mayoría de los adictos son responsables penalmente de las conductas delictivas cometidas relacionadas con la adicción, pero la adicción puede, en algunos casos, socavar la libertad de la persona para controlar su conducta”.³

La relación droga-delito es muy conocida: el sujeto que sufre una farmacodependencia hará todo lo posible por conseguir la sustancia que necesita, incluso delinquir; la situación se agrava cuando se trata de drogas “duras”, altamente adictivas y por lo general caras.

La combinación delito-droga es común, no solamente en aquéllos relacionados con ésta, sino también en delitos comunes en los cuales el sujeto actúa bajo los efectos de alguna sustancia que le hace perder el control y le facilita el paso al acto antisocial.

Es muy alto el número de personas en proceso o ya sentenciadas que aceptan haber consumido una sustancia antes de cometer el delito, o que se declaran consumidores habituales. En prisión es indudable que los farmacodependientes están sobre-representados en relación con la población en general. (En la Unión Europea, con

grandes variaciones entre países y centros de detención, la prevalencia de consumo de drogas es superior al 50%).⁴

En los resultados sobre la Primera Encuesta realizada, en 2012, por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), en ocho Centros Federales de Readaptación Social, se expone que el 56.6% de las personas encuestadas afirmó haber consumido alguna sustancia en las seis horas anteriores al delito por el cual están sentenciadas (59.4% de los hombres y 35.8% de las mujeres); aunque el mayor porcentaje del consumo es de sustancias legales como el alcohol (15.3%) y el tabaco (30.7%), el 34.9% de las personas consumieron sustancias ilegales como cocaína o crack (15.3%) marihuana (13.3%) y metanfetaminas (6.3%).

Es importante destacar, que muchas de las personas que consumieron alguna sustancia al momento de cometer el delito, eran consumidoras asiduas a la droga. Para el caso de la marihuana el 76.1% respondió que la consumía diario, en cuanto a la cocaína, el porcentaje fue del 44.4% y respecto de las personas consumidoras de metanfetaminas el consumo cotidiano fue del 59.6%.⁵

Se deben distinguir dos situaciones: aquellas personas que ingresan a la prisión y son ya usuarias de alguna sustancia, y las que llegan a la prisión y en ella adquieren adicción a las drogas.

Así, la privación de libertad se convierte en un factor que puede llevar fácilmente a buscar paliativos que alivien los rigores y las dificultades de la prisión, que permitan olvidar el encierro y que el tiempo transcurra con mayor facilidad. Los internos viven una situación emocional compleja, en donde se enfrentan a una frustración de manera permanente, desánimo, desinterés y una actitud pasiva de espera.

Frente a este escenario se pueden identificar ciertas ventajas terapéuticas, que en conjunto con el tratamiento

³ Enrique Esbec y Enrique Echeburúa, “Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral” *Adicciones*, vol. 28, núm. 1, 2016, págs. 48-56.

⁴ Bengoa, Arantza; López, Verónica; Haidar, Mahmoud Karim; Erras ti, Antonio. “Drogodependencia entre muros”. En *Guía. Atención y tratamiento en prisión por el uso de drogas*. GSMP/AEN/SESP, 2012.

⁵ CIDE. Resultados de la Primera Encuesta realizada a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social. México, 2012, p. 32.

adecuado, pueden ayudar al farmacodependiente a encontrar una solución al problema. Así, la contención en el propio centro, el aislamiento del medio habitual y del entorno personal, como el alejamiento de posibles hábitos patológicos que lo pudieron haber influido, más el establecimiento de límites, organización de rutinas diarias, la estabilización de hábitos sanos, el compromiso con responsabilidades, un programa adecuado y el apoyo institucional y de profesionales, puede ayudar a las personas a lograr un progreso en la lucha de esta enfermedad.

De esta manera, se pretende que el paso por la prisión, para quienes no tengan una opción de tratamiento fuera de ella, puede convertirse en una oportunidad para encontrar un camino a la salud, introduciéndolos a programas que los ayuden a lograr una rehabilitación y una reinserción social adecuada.

Por otra parte, no se puede negar que el uso y abuso de fármacos en prisión, representa una situación delicada y perjudicial, por múltiples razones, principiando por lo sanitario, no sólo por la afectación directa a la salud del usuario, sino también por el peligro que representan las enfermedades de contagio, como el VIH o las diversas formas de hepatitis, al compartir instrumentos para drogarse.



Recomendación No. 49/2016 sobre la deficiencia en la seguridad y en la atención a las adicciones en el Centro de Reinserción Social de Colima, que derivó en la pérdida de la vida de 13 personas.

58. Esta Comisión Nacional ha reiterado que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud.

Muchos incidentes en prisión están relacionados con el uso de drogas, por ejemplo: automutilación, suicidio, homicidio, riñas, motines, entre otros. La farmacodependencia es así un factor importante en la desestabilización personal y de las instituciones, ya que alteran radicalmente las condiciones de vida de un establecimiento penitenciario y que, por su dinámica y las consecuencias que genera su contención, afectan o ponen en peligro a personas y bienes.

Para anticipar estas situaciones es indispensable el diseño de programas para prevenir y disminuir el acceso y uso de fármacos, así como para atender a las personas internas con problemas de farmacodependencia



Pronunciamiento sobre la situación de las personas con discapacidad psicosocial e inimputables en centros penitenciarios de la República Mexicana.

El derecho humano a la protección de la salud se encuentra principalmente garantizado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los artículos 1º, párrafo quinto, 4º, párrafo cuarto, involucrando el acceso a los servicios de prevención, curación y rehabilitación, y 18, párrafo segundo, que prevé el derecho a la salud como uno de los medios para lograr la reinserción social de las personas privadas de su libertad.

Por ello, no solamente se trata de pacificar la prisión, se busca en principio el derecho a la protección de la salud que toda persona debe gozar y a las acciones que deben realizarse para garantizarlo.

La persona con farmacodependencia en prisión padece el doble estigma: la de ser adicta y además delincuente, aunado a las circunstancias personales que pueden ser de marginación, de violencia y disfuncionalidad familiar, entre otras.

Con esta condición de vulnerabilidad, la estancia en prisión puede ser la única oportunidad en su vida para recibir un tratamiento, y atender los problemas físicos y psicológicos generados tras el consumo de drogas.

Por lo anterior, es importante reconocer la obligación de todo Estado de atender y tratar a las personas con farmacodependencia, como está consignado en diversas normas nacionales e instrumentos internacionales.



Regla Nelson Mandela 24.

1. La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica.
2. Los servicios médicos se organizarán en estrecha vinculación con la administración del servicio de salud pública general y de un modo tal que se logre la continuidad exterior del tratamiento y la atención, incluso en lo que respecta al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y la drogodependencia.



TIPOS DE DELINCUENCIA EN RELACIÓN CON EL CONSUMO DE DROGAS:

Los delitos más frecuentes cometidos por la población de farmacodependientes se subdivide en:

- a) Delitos debidos a los efectos farmacológicos directos o indirectos de la sustancia**, así, la cocaína al ser un activador del sistema límbico relacionado con la impulsividad o agresividad y el alcohol un inhibidor de las áreas cerebrales de autocontrol (frenos inhibitorios). La mayoría de delitos violentos e imprudentes se presentan bajo estas circunstancias, pero también hay casos de delitos por omisión, como ocurre con los opiáceos o con el *cannabis*.
- b) Delincuencia funcional o instrumental**, generalmente son contra la propiedad, cuya finalidad es obtener el dinero suficiente para sufragarse el consumo.
- c) Delitos de narcotráfico a pequeña escala**, cuyo objetivo es autoabastecerse de droga, pagar deudas y hacer frente a estados de penuria económica o de clara necesidad.
- d) Delitos de narcotráfico a gran escala**, que incluyen además casos de blanqueo de capitales, delitos fiscales, tráfico y posesión ilegal de armas, coacciones, homicidios, estafas, etcétera.

La interrelación de la droga, el delito y la enfermedad, en este caso por un trastorno mental,⁶ puede llegar a darse aun cuando cada uno de ellos son instancias diferentes y pueden presentarse aisladas. Así, el consumidor de sustancias tóxicas no siempre comete delitos ni desarrolla un trastorno mental; los delitos en su totalidad no son cometidos por farmacodependientes ni por personas con trastorno mental, ni el trastorno mental, en general, conduce al delito ni al consumo de sustancias.

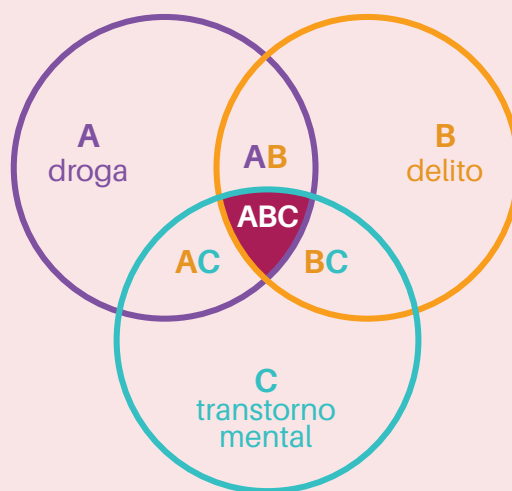
Sin embargo, al ser las adicciones un problema de salud pública, el usuario de drogas debe ser considerado como un enfermo y recibir trato y atención adecuados a su condición.

Tampoco se puede negar que, cuando estas tres condiciones llegan a coincidir y aún a convivir, o a tener una relación causal o por lo menos de influencia mutua, pueden tener un gran efecto en los otros dos, por lo que la prevención y atención de uno de los fenómenos necesariamente llegará a influir sobre los otros.

Si consideramos los tres grandes conjuntos: **A) Droga y farmacodependencia**, **B) Delito y delincuente**, **C) Enfermedad y trastorno mental**, que pueden existir con independencia, pueden deducirse subconjuntos cuando las entidades coinciden y comparten algunas características.

⁶ En la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-10), de la OMS, los trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas se clasifican en el apartado F10-F19.

Interacciones entre la droga, delito y trastorno mental



DROGA Y DELITO



Pueden relacionarse en múltiples formas, tanto en el farmacodependiente que comete delitos, como en los delitos que guardan correspondencia con las sustancias prohibidas.

AB

TRASTORNO Y DELITO



Se conjugan cuando la conducta considerada ilícita es producto del trastorno mental, o cuando el delito provoca tal descompensación que lleva al trastorno.

BC

EL CONSUMO DE DROGAS Y EL TRASTORNO MENTAL



Pueden correlacionarse cuando la farmacodependencia produce los signos y síntomas del trastorno, o cuando el trastorno conduce al consumo de sustancias.

AC

UNIÓN DE LOS TRES CONJUNTOS



Finalmente, encontramos el complicado caso cuando se reúnen los tres grandes conjuntos: la persona farmacodependiente sufre un trastorno mental y ha cometido un delito (y además está en prisión). En este caso será importante descifrar cuál es la cadena causal y qué situación precede a las demás, o si hay cierta simultaneidad.

ABC



Pronunciamiento sobre la situación de las personas con discapacidad psicosocial e inimputables en centros penitenciarios de la República Mexicana.

Las personas con discapacidad psicosocial y los inimputables necesitan y requieren atención especializada acorde a sus características específicas, que limitan su capacidad de conducirse de manera independiente por lo que, tanto en la normatividad nacional e internacional, se ha reconocido que su atención implica necesariamente proveer de las condiciones necesarias que favorezcan los ajustes normativos de operación e infraestructura que permitan alcanzar un nivel óptimo de funcionamiento y de disminución de sus limitaciones para su vida cotidiana, evitando su discriminación y vulnerabilidad.

Droga

Droga, fármaco o sustancia, son conceptos que se han utilizado como todo agente químico que tiene efectos primarios o significativos en el sistema nervioso central y para precisar se ha agregado el adjetivo “psicotrópica” o psicótropa.

Jurídicamente, se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud (LGS), los convenios y tratados internacionales, y los que señalen las demás disposiciones aplicables a la materia.

CPF Artículo 193

[...] son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II, y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública.

El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomará en cuenta, además de lo establecido en los artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como la menor o mayor lesión o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o partícipe del hecho o la reincidencia en su caso.

Los narcóticos empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo, se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá

de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción.

Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41. Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

⁷ Martínez Álvarez, Isabel Claudia, (coord.). *Derecho penal del enemigo y derechos humanos*. México, Ubijus, págs. 139 y 140, 2015.

Delito

Formalmente, delito es la acción u omisión que sancionan las leyes penales. Es la conducta antijurídica típica y culpable.

Los delitos relacionados con las drogas tienen múltiples modalidades, así, está penado producir, transportar, traficar, comerciar, suministrar (aun gratuitamente), prescribir (sin autorización), introducir o extraer del país, financiar o publicitar drogas.

La sociedad en muchas ocasiones ha reaccionado de manera desproporcionada contra aquellos individuos o grupos que son captados como diferentes, y son etiquetados en diversas formas, considerándolos molestos o quizá incómodos y peligrosos.

CPF artículo 194

Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que:

- I. Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud.
Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico.
Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.
El comercio y suministro de narcóticos podrán ser investigados, perseguidos y, en su caso sancionados por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

- II. Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito.
Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo.
- III. Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y
- IV. Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior.

Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo.

En varios momentos de la historia las personas con alguna enfermedad psicosocial, con dependencia al alcohol o a las drogas; las dedicadas al sexo servicio, las consideradas malvivientes y las personas enfermas de lepra llegaron a cohabitar en la cárcel con personas delincuentes.

La separación y la clasificación no ha sido fácil ni rápida; en el caso de las personas con alguna enfermedad fueron trasladadas a hospitales, y poco a poco fueron dándose los cambios. No obstante, durante una larga época, la diversidad sexual, el sexo servicio, el consumo de ciertas sustancias, así como la vagancia o la “malvivencia”, fueron consideradas como conductas delictivas que merecieron la cárcel.



Pronunciamento sobre clasificación penitenciaria.

Así se presentan cuatro criterios base para efectuar la clasificación penitenciaria, cuyo fin es la separación de los internos en las distintas instituciones penitenciarias existentes, así como en las áreas de alojamiento y convivencia dentro de las propias instituciones penitenciarias de acuerdo a las características de las personas para optimizar la reinserción social.

Los criterios de clasificación que implican una separación penitenciaria básica son:

Situación jurídica	Procesados Sentenciados
Género	Hombres Mujeres
Edad	Adultos Menores de edad
Régimen de vigilancia	Delincuencia organizada Delincuencia convencional

Conforme a las normas internacionales en la materia, se ha reconocido que los fines de la clasificación penitenciaria se encaminan a la separación de los internos con el fin de favorecer el tratamiento para la consecución de la reinserción social efectiva, por lo anterior, la clasificación penitenciaria es dentro de este sistema nacional coadyuvante directo para el tratamiento de las personas internas.

La lección que ha quedado es que un tipo de política criminal represiva de cualquier conducta no lleva a resultados positivos, mucho menos en contextos en donde el reconocimiento de los derechos humanos se encamina, así mismo, a su promoción, protección, respeto y garantía. De esta manera se ha evidenciado que la prisión no es un recurso ideal, ni sirve para ofrecer atención pertinente a personas enfermas o con adicciones.



Pronunciamento sobre racionalización de la pena de prisión.

La valoración punitiva desproporcionadamente alta para ciertos delitos, hace suponer que la pena se transforma en una “medida de aseguramiento, que busca contener a la fuente de peligro y no ser un medio para sancionar la conducta, que bajo una lógica de prevención especial, sirve para evitar que se reincida, a través de un tratamiento, para lograr la reinserción social efectiva.



Caso del Penal Miguel Castro Castro vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160.

314. Las sanciones penales son una expresión de la potestad punitiva del Estado e “implican menoscabo, privación o alteración de los derechos de las personas, como consecuencia de una conducta ilícita”.ⁱ Sin embargo, las lesiones, sufrimientos, daños a la salud o perjuicios sufridos por una persona mientras se encuentra privada de libertad pueden llegar a constituir una forma de pena cruel cuando, debido a las condiciones de encierro, exista un deterioro de la integridad física, psíquica y moral, estrictamente prohibido por el inciso 2 del artículo 5 de la Convención, que no es consecuencia natural y directa de la privación de libertad en sí misma. Cuando se trata de personas que sufren condena, las situaciones descritas son contrarias a la “finalidad esencial” de las penas privativas de la libertad, como establece el inciso 6 del citado artículo, es decir, “la reforma y la readaptación social de los condenados”. Las autoridades judiciales deben tomar en consideración estas circunstancias al momento de aplicar o evaluar las penas establecidas.ⁱⁱ Las anteriores consideraciones son aplicables, en la medida pertinente, a la privación provisional o cautelar de la libertad, en lo relativo al tratamiento que deben recibir los reclusos, ya que la normativa internacional que lo regula contiene reglas aplicables tanto a los reclusos en prisión preventiva como a los reclusos condenados.ⁱⁱⁱ

ⁱ Cfr. Caso García Asto y Ramírez Rojas, *supra* nota 122, párr. 223; Caso Lori Berenson Mejía. Sentencia de 25 de noviembre de 2004. Serie C No. 119, párr. 101; y Caso Baena Ricardo y otros. Sentencia de 2 de febrero de 2001. Serie C No. 72, párr. 106.

ⁱⁱ Cfr. Caso García Asto y Ramírez Rojas, *supra* nota 122, párr. 223; y Caso Lori Berenson Mejía, *supra* nota 168, párr. 101.

ⁱⁱⁱ Cfr. Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977.



► *En prisión encontramos todo tipo de usuarios, por lo cual es importante hacer la diferenciación, pues de ella depende la prevención, la clasificación, la selección para tratamiento y el programa individualizado*

El uso de sustancias prohibidas no está sancionado, tampoco la posesión dentro de los límites que marca la ley para consumo personal e inmediato. Sin embargo, el tema es la relación existente en la comisión de cualquier otro delito bajo el influjo de las drogas, excluyendo dentro de esta consideración, a aquellas personas que consumieron de manera consciente y se colocaron en esa situación para poder cometer el hecho delictivo, ellas no podrían ser consideradas dentro de este tipo de excluyentes, no así, quienes debido a una adicción habitual cometieron un hecho delictivo con sus sentidos alterados.

CPF artículo 196

Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el artículo 194 serán aumentadas en una mitad, cuando [...]:

IV.- Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;

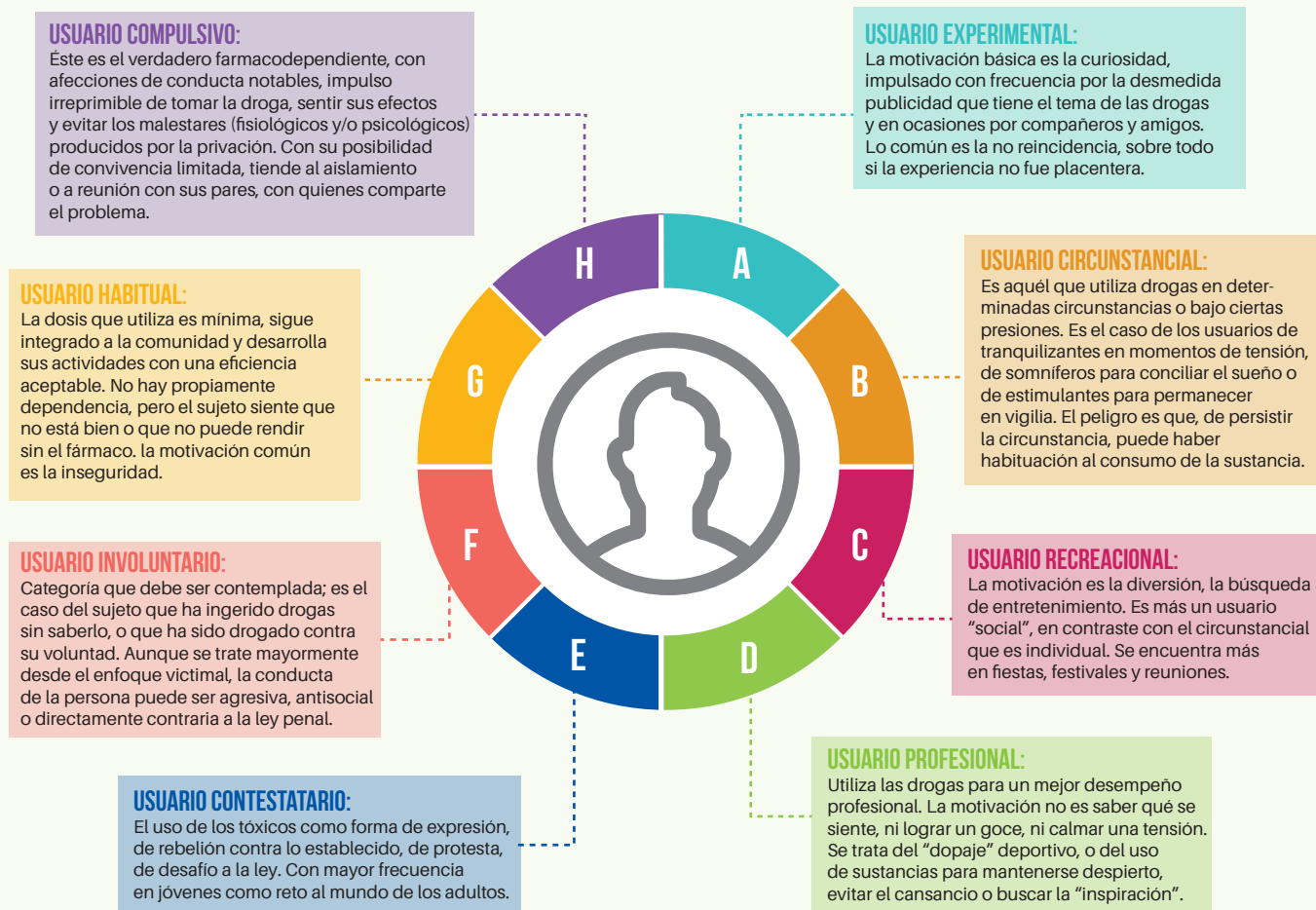


Caso Yvon Neptune vs. Haití. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 6 de mayo de 2008. Serie C No. 180.

182. [...] la obligación internacional del Estado de garantizar a toda persona el pleno ejercicio de los derechos humanos incluye el deber de “diseñar y aplicar una política penitenciaria de prevención de situaciones críticas” que podrían poner en peligro los derechos fundamentales de los internos en su custodia.¹ Esta Corte considera que la elaboración y la implementación efectiva de una estrategia preventiva para evitar la escalada de violencia en los centros penitenciarios es esencial para garantizar la vida y la seguridad personal de los reclusos, y asimismo, garantizar que las personas privadas de libertad dispongan de las condiciones necesarias para vivir con dignidad.

¹ Cfr. Caso Instituto de Reeduación del Menor, *supra* nota 137, párr. 178. Ver también Asunto de la Cárcel de Urso Branco. Medidas Provisionales respecto de Brasil. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 22 de abril de 2004, considerando undécimo. En similar sentido, la Corte Europea ha establecido que el artículo 3 del Convenio Europeo establece la obligación, por parte del Estado, de adoptar de manera preventiva medidas concretas para proteger la integridad física y la salud de las personas privadas de libertad. Cfr. CEDH, *Affaire Pantea c. Roumanie*, arrêt du 3 juin 2003, Recueil des arrêts et décisions 2003-VI (extraits), párr. 190.

No todo consumo es farmacodependencia, ni todo usuario es persona con farmacodependencia; es conveniente poder distinguir en las siguientes clasificaciones:



En prisión existe todo tipo de usuarios, por lo cual es importante hacer la diferenciación, pues de ella depende la prevención, la clasificación, la selección para tratamiento y el programa individualizado, para cada persona cuando sea necesario, ya que realmente la mayoría de los tipos de usuario no requiere propiamente de un tratamiento.

Enfermedades

La legislación mexicana señala que los trastornos producidos por la farmacodependencia son una enfermedad biopsicosocial crónica, progresiva y recurrente, que puede afectar el juicio, el comportamiento y el desenvolvimiento social de las personas, en donde se considera farmacodependiente a toda persona que presenta algún signo o síntoma de dependencia a estupefacientes o psicotrópicos.

Es importante puntualizar que la población penitenciaria con trastornos mentales es reconocida dentro de la población en condiciones de vulnerabilidad por tener una discapacidad psicosocial entendida como aquella que padecen personas con “diagnóstico de trastorno mental que han sufrido los efectos de factores sociales negativos, como el estigma, la discriminación y la exclusión”.⁸

LNEP Artículo 170. Bases del programa

El programa debe contemplar los siguientes aspectos fundamentales:

- I. Los trastornos por la dependencia de sustancias son considerados una enfermedad biopsicosocial crónica, progresiva y recurrente que puede afectar el juicio, el comportamiento y el desenvolvimiento social de las personas;



Foto por Joshua Ness, en Unsplash

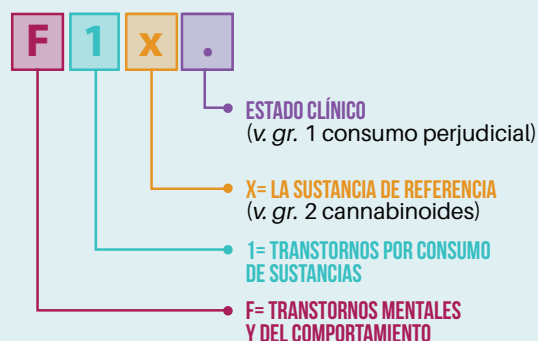
⁸ *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*, Organización Mundial de la Salud, 2013, pág. 43.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), reconoce una serie de trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas, consignados en el capítulo V y clasificados con los códigos F10 a F19, de la siguiente manera:

F	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	
F10	... debidos al consumo de alcohol	
F11	... debidos al consumo de opioides	
F12	... debidos al consumo de cannabinoides	
F13	... debidos al consumo de sedantes o hipnóticos	
F14	... debidos al consumo de cocaína	
F15	... debidos al consumo de otros estimulantes (incluida la cafeína)	
F16	... debidos al consumo de alucinógenos	
F17	... debidos al consumo de tabaco	
F18	... debidos al consumo de disolventes volátiles	
F19	... debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas	

Por otra parte, en el siguiente cuadro se observan combinaciones referentes a la letra “F” que indica un trastorno mental y del comportamiento, el dígito “1” refiere a que es producido por el consumo de sustancias, el tercer carácter “x” identifica la sustancia involucrada, y se agrega un cuarto carácter que denota el estado clínico, que puede ser el siguiente:

Capítulo V del CIE-10



CÓDIGO	ESTADO CLÍNICO
F1x.0	Intoxicación aguda
F1x.1	Consumo perjudicial
F1x.2	Síndrome de dependencia
F1x.3	Síndrome de abstinencia
F1x.4	Síndrome de abstinencia con delirio
F1x.5	Trastorno psicótico
F1x.6	Síndrome amnésico
F1x.7	Trastorno psicótico residual
F1x.8	Otros trastornos mentales o del comportamiento, inducidos por alcohol u otras sustancias psicoactivas
F1x.9	Trastorno mental o del comportamiento, inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas sin especificación

De esta forma, F10.0 implica *intoxicación aguda* producida por consumo de alcohol; F14.2 es un *síndrome de dependencia* a la cocaína; F11.3 indica un *síndrome de abstinencia* a la heroína. Para cada caso, la CIE-10 proporciona los criterios diagnósticos.

La versión actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5), contempla la clasificación desde el rubro “Trastornos relacionados

con sustancias y trastornos adictivos”, considerando el alcohol (código 259), cafeína (265), *cannabis* (267), alucinógenos (273), inhalantes (282), opiáceos (286), sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292), estimulantes (299), tabaco (306) y otras sustancias o sustancias desconocidas (310).

El DSM-5 establece la diferencia entre trastornos por consumo y trastornos inducidos por sustancias, y especifica si la gravedad actual es leve, moderada o grave.

Patología dual (doble diagnóstico)

En este caso se presenta un problema de abuso de sustancias conjuntamente con un trastorno mental, por lo cual los síntomas y signos se superponen.

El diagnóstico diferencial no es sencillo, ya que son comunes los casos de uso de múltiples drogas, que pueden presentar sintomatología diferente o trastornos mentales que comparten algunas características.

La patología dual puede provenir de diversas situaciones, por ejemplo: el caso del trastorno mental que lleva al consumo de sustancias o el abuso de sustancias que producen trastornos psiquiátricos; también puede haber comorbilidad, tener factores etiológicos comunes, o tratarse de trastornos producidos por la abstinencia a las drogas.

La desintoxicación y la historia clínica son fundamentales en este tema, ya que al privar de la sustancia se puede observar si los síntomas persisten (o si hay síndrome de abstinencia), y la historia clínica expondrá la cronología e interrelación de los padecimientos.

El tema de la patología dual es de importancia en el área de tratamiento, ya que es probable que se requiera de atención psiquiátrica y se descarte el ingreso a un programa de rehabilitación de farmacodependencia. Cuando no sea posible clasificar en cualquiera de las categorías referidas o en algún trastorno mental de manera específica, es esencial identificar y tratar ambas de manera individual.

Cuando las personas se encuentran privadas de la libertad se generan para el Estado deberes especiales de garantía y protección de derechos, a partir de necesidades particulares que surgen ya sea por su condición personal o por la situación específica en la que se encuentran. Al estar sometidas bajo la custodia del Estado, éste detenta un control de sujeción especial mientras dure el periodo de reclusión lo que implica que es responsable de asegurar su seguridad e integridad.



Recomendación No. 49/2016 sobre la deficiencia en la seguridad y en la atención a las adicciones en el Centro de Reinserción Social de Colima, que derivó en la pérdida de la vida de 13 personas.

33. Pese a que los internos están bajo custodia del Estado [...] la autoridad penitenciaria omitió sus obligaciones de vigilancia, lo que permitió el ingreso y consumo de sustancias ilícitas, poniendo en riesgo la estabilidad del Centro, la salud de la población lo que derivó en el deceso de 13 personas, pues independientemente de que en octubre y noviembre de 2015 empezaron a llevarse a cabo revisiones en módulos para la detección de sustancias ilícitas, no se logró decomisarlas.

Por ello, es relevante que las autoridades penitenciarias tengan claridad en las necesidades específicas de atención que la población reclusa demanda, primordialmente para aquéllas que necesitan de una intervención específica derivada de su farmacodependencia.

Por ello, es pertinente que el Sector Salud tome las medidas necesarias para garantizar el derecho a la protección de la salud de las personas con discapacidad psicosocial e inimputables que se encuentren en centros penitenciarios de la República Mexicana, en concordancia con los artículos 1, párrafo quinto, 4, párrafo cuarto y, 18, párrafo segundo constitucionales, así como de otras normas y estándares nacionales e internacionales aplicables, a fin de que sean internadas para su atención en instituciones de salud especializada y donde les brinden los cuidados indispensables.⁹

⁹ CNDH Pronunciamiento sobre la situación de las personas con discapacidad psicosocial e inimputables en centros penitenciarios de la República Mexicana, emitido el 15 de enero 2016. México, p. 25. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/Pronunciamiento_20160210.pdf



Capítulo 2

RADIOGRAFÍA DE LA FARMACODEPENDENCIA EN PRISIÓN

“Muchas personas que se hallan en contacto con el sistema de justicia penal tienen problemas y un historial de abuso de drogas. La detención sin tratamiento a menudo da lugar a la recaída en la drogodependencia cuando la persona regresa a su comunidad. Los programas de tratamiento ayudarán a reducir no sólo el abuso de drogas sino también los delitos relacionados con éstas. La cooperación entre los encargados del tratamiento y los sistemas de justicia penal es una parte importante de los programas de tratamiento de esas personas. Hay cuestiones que atañen a la individualización y el trato de los drogadictos que se hallan en custodia policial, en la cárcel o en servicios de libertad condicional. El abuso de drogas plantea un grave problema a las autoridades de justicia penal en casi todos los países.”

Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito

► *La farmacodependencia en los centros penitenciarios se debe de atender bajo la óptica de que es un problema de salud, lo que implica que el Estado proteja el derecho a la salud de la población interna.*

En la actualidad, la farmacodependencia se ha convertido en un grave problema internacional; según el Informe Mundial Sobre las Drogas de 2015 emitido por la United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), se calcula que 250 millones de personas en el mundo han consumido drogas por lo menos una vez en su vida y se estima que 29.5 millones de consumidores padecen trastornos provocados por el uso de drogas, lo que significa que su afición a las drogas puede crear farmacodependencia y, por ende, necesitar tratamiento.

El Informe reporta también que, con ese volumen de consumo, la oferta de servicios especializados para el tra-

tamiento sigue siendo limitada, ya que estadísticamente sólo una de cada seis personas afectadas podrán recibir atención, no obstante que la demanda vaya en aumento, primordialmente por estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) —incluyendo la metanfetamina y la MDMA o “éxtasis”— y de nuevas sustancias psicoactivas (NSP), aunque el consumo más constante es la del uso no médico de opiáceos farmacéuticos y de la *cannabis*, el consumo de esta última dentro de la demanda de atención y tratamiento de las más perjudiciales, como se refleja en el alto porcentaje de personas que solicitan, por primera vez, tratamiento de rehabilitación por consumo de drogas.



Problemática

Para los Estados debe ser vital tener en cuenta la prevención de adicciones al interior de las prisiones, procurando en todo momento que ésta sea permanentes y de conformidad con la Agenda 2030.



Agenda 2030: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Metas del objetivo 3.

GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR DE TODOS EN TODAS LAS EDADES.

3.5 Fortalecer la prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y consumo nocivo del alcohol.

Es importante enfatizar que la prevención y atención del problema de la farmacodependencia en los centros penitenciarios se debe de atender bajo la óptica de que es un problema de salud, lo que implica que el Estado proteja el derecho a la salud de la población interna. Por ello para echar a andar los programas de atención para la desintoxicación voluntaria en reclusión, es necesario contar con el registro actualizado periódicamente de las personas con farmacodependencia y atender lo planteado en los diagnósticos médicos y psicológicos de la población en reclu-

sión, para entender la magnitud del consumo de drogas al interior de los centros penitenciarios, como parte de los indicadores establecidos en el Protocolo para el Tratamiento y Control de Adicciones de las Personas Privadas de la libertad, aprobado en la XVI Conferencia Nacional Penitenciaria, celebrada en noviembre de 2016, con fundamento en el artículo 33, fracción XVI de la Ley Nacional de Ejecución Penal (LNEP) vigente.



Pronunciamiento sobre el derecho a la protección de la salud de las personas internas en los centros penitenciarios de la República Mexicana.

Al privar de la libertad a una persona, el Estado detenta una sujeción especial sobre las que se encuentran bajo su custodia; en este sentido, debe cumplir la obligación positiva de proporcionar a cada una la asistencia médica necesaria, por ser garante de su integridad.

De acuerdo con el Comité de Derechos Humanos de la ONU, “la obligación de tratar a las personas con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano comprende, entre otras cosas, la prestación de cuidados médicos adecuados”.¹

¹ Comité de Derechos Humanos. Caso Kelly (Paul) c. Jamaica, párr. 5.7, 1991. En: Derecho internacional de los derechos humanos. Normativa, jurisprudencia y doctrina de los Sistemas Universal e Interamericano, *Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*, Bogotá, 2004, p. 211.

► *Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados...*

La desatención a la desintoxicación, así como la falta de un registro de personas con adicciones y de los adecuados programas de prevención de las adicciones, genera la posibilidad de que se puedan presentar escenarios difíciles de controlar, llegando incluso a que estas situaciones desestabilicen la gobernabilidad de los establecimientos penitenciarios.



Recomendación General No. 30/2017, sobre condiciones de autogobierno y/o cogobierno en los centros penitenciarios de la República Mexicana.

70. El problema de la ingobernabilidad radica en la falta de acciones tendientes a evitar casos violentos como motines, evasiones, homicidios, riñas y extorsiones, tal como ha ocurrido y se ha documentado en los centros penitenciarios de Topo Chico, Apodaca y Cadereyta en Nuevo León, Ciudad Victoria en Tamaulipas, Culiacán en Sinaloa, Cancún en Quintana Roo, Matías Romero en Oaxaca y en la Ciudad de México, entre otros, por lo que hacen falta políticas públicas eficaces que prevengan y nulifiquen dichos riesgos ya señalados y documentados por los organismos protectores de derechos humanos a nivel nacional e internacional.

De esta manera se vuelve necesario generar las adecuadas estrategias preventivas para evitar la escalada de violencia que prevalece en los centros de reclusión penitenciaria, así como de la urgencia de mantener espacios con las condiciones necesarias para vivir con dignidad.²



Agenda 2030: Objetivos de Desarrollo Sostenible

Metas del objetivo 10. REDUCIR LA DESIGUALDAD EN LOS PAÍSES Y ENTRE ELLOS.

10.3 Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.

En el Informe *El Problema de las Drogas en las Américas*, elaborado por la OEA por mandato de los Jefes de Estado reunidos en la VI Cumbre de las Américas, celebrada en Cartagena de Indias, en abril del 2012, se identificaron diversos desafíos a enfrentar entre los que se destacan: aumento de la población carcelaria por delitos de drogas y el consecuente hacinamiento; la falta de acceso a tratamiento y el difícil acceso a servicios sociales por parte de los usuarios dependientes de drogas, así como la vulnerabilidad y los riesgos a los que están expuestos determinados grupos sociales, como los jóvenes, las mujeres y la población de escasos recursos.

² Cfr. Caso Yvon Neptune Vs. Haití. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 6 de mayo de 2008. Serie C, No. 180, párr. 182.

La situación en México

Como se indica en la obra publicada por la CNDH, *Un modelo de prisión*, los ingresos a centros penitenciarios de personas adictas a las drogas han aumentado en los últimos años, a esto se suma que ya adentro y, por la naturaleza de la situación de encierro, se adquieren algunas dependencias, con diversidad en el consumo y en la gravedad de la adicción.



De acuerdo a los datos proporcionados por las entidades federativas, el consumo de drogas en la población en internamiento penitenciario supera el 50%, en donde la población con farmacodependencia es mucho mayor si se compara a nivel población general interna. Sin embargo, este dato pudiera ser sólo una aproximación al pro-

blema, ya que al no existir en muchos centros un registro actualizado de las personas con adicciones, el porcentaje real es incierto.

Por ello, es ineludible contar con datos de cada persona privada de la libertad, desde la entrevista de ingreso en el expediente médico, a fin de poder identificar la prevalencia de adicciones y las necesidades específicas de atención.

Entre las drogas que se consumen mayormente en prisión se reportaron las siguientes:

- Marihuana
- Cocaína
- Solventes
- Metanfetaminas
- Cristal/piedra
- Heroína

Es importante mencionar, que el alcohol es valorado como una sustancia utilizada entre la población interna que genera también adicción y, aunque en libertad ésta sólo tiene restricciones para su consumo en menores de edad, su uso en centros penitenciarios se encuentra absolutamente prohibido. Por otra parte, en cuanto al tabaco, si bien éste no se encuentra prohibido de manera general en

► *Es importante reconocer que existen drogas que, en determinados casos, significan la antesala al consumo de otras más fuertes.*

³ SEGOB/CNS/OADPRS. Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria de diciembre de 2017, México.

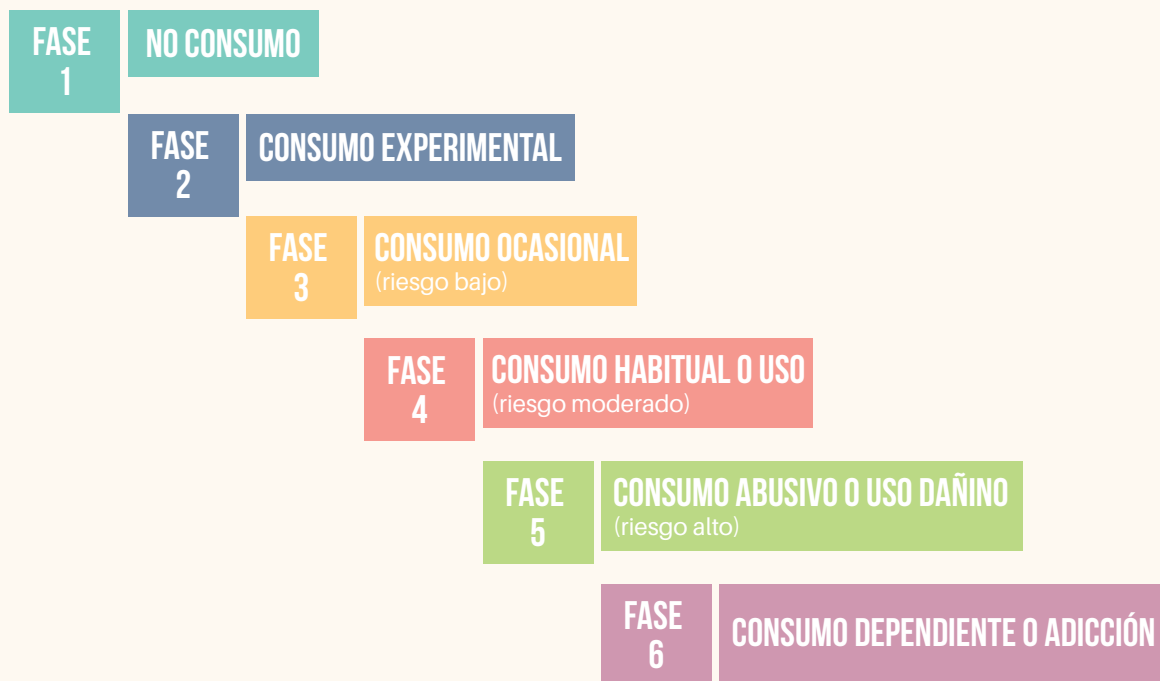
prisión, su demanda es alta e incluso se utiliza durante el tratamiento como sustituto de remplazo de otras drogas.

Es importante reconocer la existencia de drogas que, en determinados casos, significan la antesala al consumo de otras más fuertes. Hay consumidores que refieren ha-

ber comenzado con alcohol o marihuana y posteriormente perdieron el temor por el consumo de otras más fuertes.

Se encontró también que hay diferentes fases o etapas de consumo entre los internos de los centros penitenciarios, las cuales se sintetizan a continuación:

Fases o etapas de consumo



FASE 1	NO CONSUMO Personas que no han probado drogas.
FASE 2	CONSUMO EXPERIMENTAL No buscan alguna en particular, aceptan el consumo en razón de la oferta, con la intención de probar. Generalmente no tiene conciencia de que está “consumiendo” ya que “sólo está probando”.
FASE 3	CONSUMO OCASIONAL Consume en situaciones grupales y primordialmente sustancias legales (tabaco, alcohol, tranquilizantes). Presenta algunas confrontaciones internas respecto del consumo, pero no lo descarta.
FASE 4	CONSUMO HABITUAL O USO <i>(riesgo moderado)</i> Se eliminan restricciones internas sobre sustancias ilícitas, se comienza a aumentar la cantidad y se consume por el placer producido por los efectos específicos que genera la droga (depresoras o estimulantes del sistema nervioso central, alucinógenas o psicodélicas). Dentro de las justificaciones del consumo se encuentra “La uso para divertirme/relajarme”; “Yo sé hasta dónde”; sin embargo, el uso indebido de drogas es de naturaleza compulsiva, por lo que normalmente continúa, e incluso puede agravarse, al ingresar a la prisión. Un número considerable de la población con farmacodependencia en prisión era consumidora habitual de alguna droga antes de ingresar al centro penitenciario. Sin embargo, muchas se inician en el consumo de drogas durante su permanencia en prisión.
FASE 5	CONSUMO ABUSIVO O USO DAÑINO <i>(riesgo alto)</i> Hay un aumento en la necesidad y se reduce el placer, busca impulsivamente los efectos de las sustancias, muestra un claro patrón de consumo. Las personas en prisión con farmacodependencia se caracterizan por consumir más de un tipo de droga, refieren al consumo de una como la principal y a otras como secundarias al ser utilizadas con menor frecuencia. Cree controlar su consumo y poder dejarla cuando lo desee; sin embargo, esto no es así y se ha perdido ya esta capacidad.
FASE 6	CONSUMO DEPENDIENTE O ADICCIÓN Existe dificultad creciente para controlar el uso de la droga. Su consumo es compulsivo, en mayor cantidad y por un período de tiempo más prolongado de lo que pretendía. La persona adicta se convierte en una enferma crónica sin poder abstenerse ni detenerse y sin poder salir adelante de la dependencia, por lo tanto, corre mayor riesgo también de reincidir y de aumentar las dosis para obtener los mismos efectos.

► *La ausencia de registro de aquellas personas con farmacodependencia, implica la necesidad de atender esta situación, resaltando la importancia de visibilizar y contar con todos aquellos datos que permitan llevar a cabo los programas específicos requeridos.*

En los centros penitenciarios se tiene poca información respecto de la fase en la que se encuentran las personas con farmacodependencia privadas de la libertad, ya que desde el ingreso al centro, en la mayoría de los casos, no se les hace un examen exhaustivo en el que se identifique su farmacodependencia y las necesidades específicas de tratamiento.

De acuerdo al Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria (DNSP), documento cuyos fines son dar a conocer la situación que guardan los centros de reclusión penitenciaria e identificar los aspectos de evolución o mejora en su caso, establece, entre otros, un indicador sobre personas con adicciones, reconociendo tres aspectos importantes a observar:

- Registro de internos con adicciones. En donde se valora su existencia o carencia del mismo.
- Programas para la prevención de adicciones. En éste se identifica, de igual forma, si el centro evaluado cuenta o no con los mismos, así como las deficiencias o insuficiencias que pudiera llegar presentar.
- Programas de desintoxicación voluntaria. Existencia, deficiencia e identificación de instalaciones, se evalúa si son adecuadas, suficientes y si cuentan con el personal especializado.

En el DNSP de 2016 se pudo observar que en los centros estatales visitados, en el 30% no se cuenta con algún programa para la prevención de adicciones y en el 40% se carece de uno sobre desintoxicación voluntaria.

Mientras que en los centros federales, de 20 que se encuentran actualmente en funcionamiento, en 12 de ellos faltan programas para la prevención de adicciones y desintoxicación voluntaria.

En lo que respecta a centros municipales, no se cuenta con algún programa para la prevención de adicciones y de desintoxicación voluntaria.

La ausencia de registro de aquellas personas con farmacodependencia, implica la necesidad de atender esta situación, cuya importancia radica en visibilizar y contar con todos aquellos datos que permitan llevar a cabo los programas específicos requeridos.

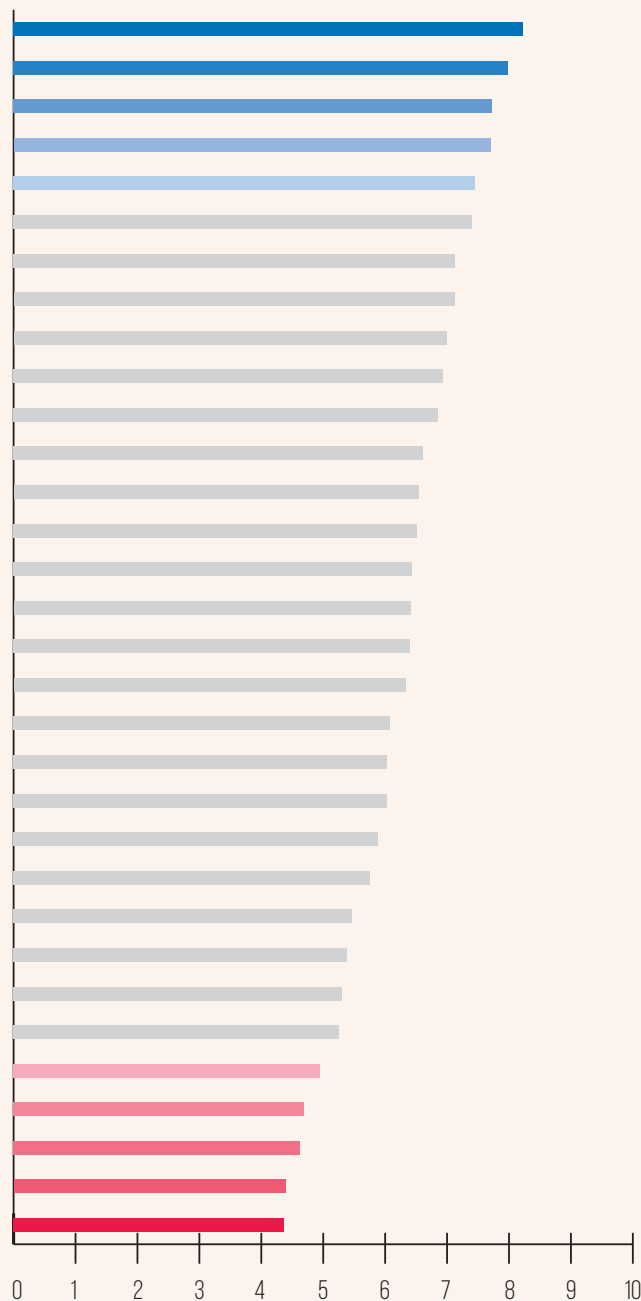
Actualmente, en el 18.46% de los centros en el país no hay registro de la población con farmacodependencia, lo que impide visibilizar adecuadamente la magnitud del problema con indicadores de necesidades reales de atención.

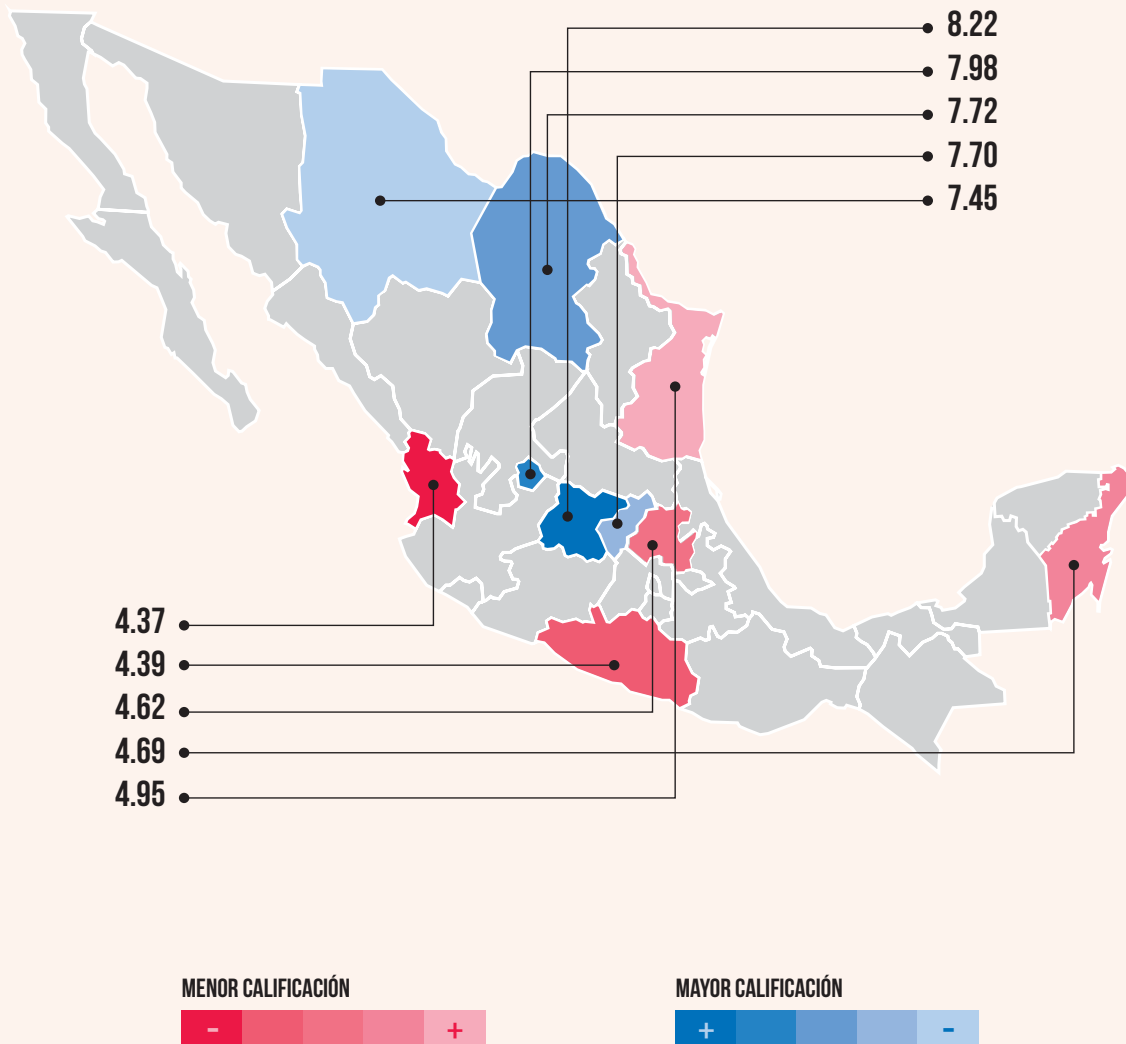
PERSONAS CON ADICCIONES		
INDICADOR	FUNDAMENTACIÓN	
	INTERNACIONAL	NACIONAL
Registro de internos con adicciones	• Artículo 12, numeral 1, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. • Artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. • Regla 24.2 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Mandela).	Artículos 4, párrafo cuarto y 18, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
Programas para la prevención de adicciones		
Programas de desintoxicación voluntaria		

Las entidades federativas que obtuvieron una calificación más alta en el DNSP, arrojaron datos generales de mejora en torno a la atención y tratamiento de personas con farmacodependencia; no obstante en determinados casos es necesario homologar los programas para cada entidad federativa y buscar que éstos sean suficientes para toda la población que los necesite. Lo cierto es que en ninguno de los centros de las entidades federativas que obtuvieron mejor promedio se presenta una falta de registro. Situación contraria a las entidades federativas que tienen menor promedio y reflejan carencias considerables en los tres aspectos que identifica la CNDH en las visitas de supervisión.

Evaluación de las entidades federativas de acuerdo al DNSP 2016

ENTIDAD FEDERATIVA	CALIFICACIÓN
Guanajuato	8.22
Aguascalientes	7.98
Coahuila	7.72
Querétaro	7.70
Chihuahua	7.45
Baja California	7.40
Jalisco	7.13
Tlaxcala	7.12
Puebla	6.99
Yucatán	6.94
Ciudad De México	6.85
Campeche	6.61
Veracruz	6.54
Durango	6.51
Morelos	6.43
Colima	6.41
Estado De México	6.40
San Luis Potosí	6.33
Michoacán	6.08
Sonora	6.03
Zacatecas	6.03
Sinaloa	5.88
Baja California Sur	5.75
Nuevo León	5.46
Chiapas	5.38
Tabasco	5.30
Oaxaca	5.25
Tamaulipas	4.95
Quintana Roo	4.69
Hidalgo	4.62
Guerrero	4.39
Nayarit	4.37





Algunas de las respuestas obtenidas por parte de las entidades federativas sobre la omisión de poner en práctica algún programa dirigido a personas con farmacodependencia se dan en el sentido de la carencia de recursos, espacios o personal suficiente para poder implementarlo; sin embargo, la Corte Interamericana de Derechos Hu-

manos (CrIDH), al igual que el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas han establecido que invocar privaciones económicas para justificar condiciones de detención que no cumplen con los estándares mínimos internacionales no debe ser una razón válida para afectar el respeto a los derechos y la dignidad del ser humano.⁴



Observación general Núm. 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

[...]

12. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

- a. Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. [...]
- b. Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna [...].
- c. Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados [...] a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d. Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

[...]

33. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover[...]

36. La obligación de cumplir requiere, en particular, que los Estados Partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. [...] Otras obligaciones incluyen [...] la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al [...] uso indebido de [...] estupefacientes y otras sustancias nocivas.

⁴ Cfr. Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) vs. Venezuela. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de julio de 2006. Serie C No. 150, párrs. 85 y 87; Caso Boyce y otros vs. Barbados. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2007. Serie C No. 169, párr. 88; Caso Vera Vera vs. Ecuador. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C No. 226, párr. 42; Caso Vélez Loo vs. Panamá. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 23 de noviembre de 2010. Serie C No. 218, párr. 198; y Caso Raxcacó Reyes vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 15 de septiembre de 2005, Serie C No. 133, párr. 96.



Agenda 2030: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Metas del objetivo 3.

GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR DE TODOS EN TODAS LAS EDADES.

3.c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de la salud nacional y mundial.

El artículo 191 de la Ley General de Salud (LGS), establece el “Programa contra la Farmacodependencia”, donde plantea que deben considerarse aspectos de prevención y tratamiento y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes; asimismo, considera la educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, sustancias

psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales; y la educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento.

Experiencias de atención en México

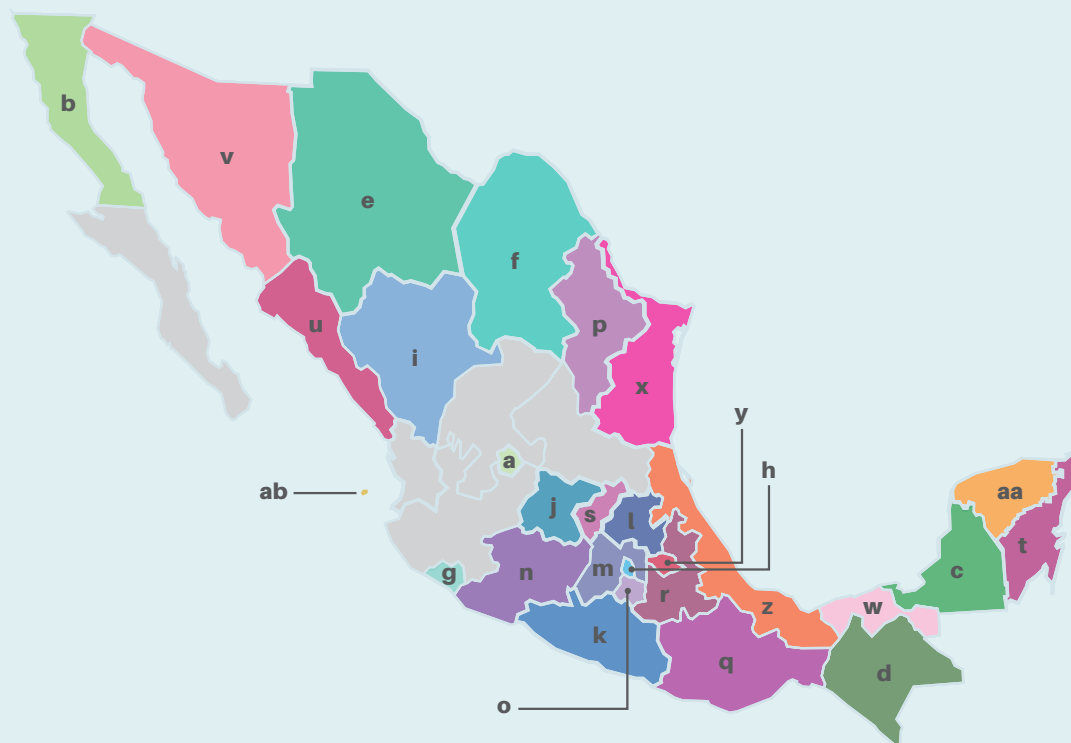
Algunos de los programas que se aplican en las entidades federativas integran modelos para el tratamiento de adicciones a drogas y alcohol adecuados a las necesidades y posibilidades que tienen los centros para ofrecer atención a esa problemática.

Existe una diversidad de propuestas, algunas de ellas con una metodología clara, otras no alcanzan a ser lo suficientemente estructuradas para poder ofrecer los resultados esperados o el alcance suficiente para dar cobertura a las necesidades de demanda.

Se destaca también el ya referido Protocolo para el Tratamiento y Control de Adicciones de las Personas Privadas

de la libertad, cuyo fundamento se encuentra en el artículo 33 fracción XVI de la LNEP vigente, en donde se establecen lineamientos generales para garantizar el derecho a la salud de toda persona privada de la libertad que demande tratamiento integral por su farmacodependencia. Aunque este documento establece sólo los mecanismos para el tratamiento y control de adicciones de las personas en internamiento penitenciario, con el objetivo de garantizar condiciones adecuadas para ello y salvaguardar el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad, son pocos los estados que refieren haberlo retomado.

Los programas encontrados son:



- a) "Crece sin drogas", Aguascalientes
- b) "Reconstrucción Personal", Baja California.
- c) "Rehabilitación de las adicciones para la reinserción social", Campeche
- d) "100 Días sin adicciones", Chiapas
- e) "Narcóticos Anónimos" y "Compañeros", Chihuahua
- f) "Prevención y tratamiento de adicciones", Coahuila
- g) "Tú puedes vivir mejor", Colima
- h) "Tratamiento, Rehabilitación e Integración", Ciudad de México
- i) "Abriendo mentes, cerrando estigmas" y "Programa interinstitucional contra las adicciones (PINICA)", Durango
- j) "Vive sin Drogas", Guanajuato
- k) "Sentimientos de la Nación", Guerrero
- l) "Atención Integral de Adicciones", Hidalgo
- m) "Centro Integral Contra las Adicciones", México
- n) "Desintoxicación y tratamiento médico", Michoacán
- o) "Ring, Boxeando para la reinserción social", "Adicciones" y "Tratamiento grupal ambulatorio contra adicciones y desarrollo humano", Morelos
- p) "Tú Puedes Vivir sin Adicciones", Nuevo León

- q) "Limpiándome física y emocionalmente", "Elijo seguir vivo", "Construye", "Una oportunidad más" y "Dependencias", Oaxaca
- r) "Tratamiento y Recuperación para las Adicciones", Puebla
- s) "Farmacodependencia y deshabituación de sustancias tóxicas", Querétaro
- t) "Concientización para la rehabilitación de adicciones. Tratamiento grupal", Quintana Roo
- u) "Tu Puedes Vivir sin Adicciones", Sinaloa
- v) "Cambio de actitud penitenciaria", Sonora
- w) "Clínica de Desintoxicación de Adicciones" y "Tratamiento Integral de Adicciones para una Nueva Vida", Tabasco
- x) "Construye tu vida sin adicciones", Tamaulipas
- y) "Prevención de las Adicciones" y "Satisfactores Cotidianos para Consumidores de Psicoactivos", Tlaxcala
- z) "Comunidad Terapéutica y/o Centro de día", Veracruz
- aa) "Atención primaria de adicciones", Yucatán
- ab) "Clínica de tratamiento para adictos en recuperación", Islas Marias

a. “Crece sin drogas”, Aguascalientes

Este modelo propone que la persona privada de la libertad desarrolle las habilidades sociales que necesita para lograr la abstinencia voluntaria en el consumo de la sustancia problema, como resultado del conocimiento de los factores que influyen interna y externamente en su adicción.

b. “Reconstrucción Personal”, Baja California

Busca brindar tratamiento psicoterapéutico a personas que hayan consumido alguna sustancia psicoactiva o presenten una conducta adictiva, a través del acompañamiento y ayuda para desarrollar una clara conciencia de la enfermedad, orientándole a identificar pensamientos y conductas negativas y enfocándole a lograr un cambio de vida saludable.

c. “Rehabilitación de las adicciones para la reinserción social”, Campeche

Tiene como objetivo el mejoramiento de la autoestima a través de diferentes acciones, y generar conciencia sobre los efectos negativos que produce la adicción a las drogas.

d. “100 Días sin adicciones”, Chiapas

A través de diversas acciones promueven la conciencia del daño causado por el consumo de sustancias adictivas entre las personas privadas de la libertad a fin de que acepten su adicción, se motiven en su recuperación, desarrollen habilidades para erradicar y abandonar la adicción, para evitar recaídas y lograr una efectiva reinserción social.

e. “Narcóticos Anónimos”, “Compañeros”, Chihuahua

El primer programa se enfoca en la población varonil y el segundo en la femenil. Ambos buscan apoyar a aquellas personas que quieren alejarse de las drogas a dar el primer paso, respaldadas por otras que ya han vivido sus mismas experiencias. Se promueve fortaleza y esperanza para resolver su problema.

f. “Prevención y tratamiento de adicciones”, Coahuila

Este programa se encamina a prevenir posibles adicciones a través de información y las atiende con terapias grupales y talleres como el de masculinidad por la paz que busca despojar creencias y estereotipos.

g. “Tú puedes vivir mejor”, Colima

Busca desintoxicar y rehabilitar de manera integral e intensiva, a través del acompañamiento interdisciplinario para brindar oportunidades. Se destaca que, para llevarlo a cabo, fue necesario contar con infraestructura y equipo adecuados para las actividades y necesidades de los internos. Este programa cuenta con la certificación (RCE-COL-0973 y RCEN-COL-097) en los CERESOS de Colima y Manzanillo, avalada por la Comisión Nacional contra las Adicciones.

h. “Tratamiento, Rehabilitación e Integración”, Ciudad de México

Implementa acciones encaminadas a elevar el nivel de vida en el ámbito físico, mental y social, con respeto a los Derechos Humanos del individuo. Está dirigido a toda la población penitenciaria, aunque se focaliza primordialmente en quienes se han identificado con antecedentes de adicción.

i. “Abriendo mentes, cerrando estigmas” y “Programa interinstitucional contra las adicciones (PINICA)”, Durango

Trabajan en la rehabilitación y tratamiento multidisciplinario a través de la prevención y manejo de problemas de adicciones. Asimismo coadyuvan con el Programa de Justicia Terapéutica para las Adicciones, orientado primordialmente en personas que hayan cometido delitos culposos o no graves y que llevan en libertad el tratamiento contra las adicciones.

j. “Vive sin Drogas”, Guanajuato

Se orienta a proporcionar un espacio de prevención de las adicciones, con la finalidad de identificar comportamientos de riesgo asociados a este fenómeno, disminuir el consumo y la introducción de droga. Asimismo, proporciona un tratamiento residencial, integral e intensivo en un espacio de contención, a través del desarrollo de actividades terapéuticas estructuradas y de estrategias que fortalecen emocional y cognitivamente a las personas, a fin de lograr abstinencia y desarrollo personal; cuenta con programas sobre acciones comunitarias, para dar continuidad a los egresados.

k. “Sentimientos de la Nación”, Guerrero

Bajo el Modelo Minnesota⁵ busca rehabilitar a las personas otorgando herramientas necesarias en un ambiente controlado, que reduzca el riesgo de abandono, involucrándola a participar de manera activa en su tratamiento, promoviendo la convivencia social e integración familiar de manera intensiva y la modificación de patrones de conducta para crear un proyecto de vida sin adicciones.

l. “Atención Integral de Adicciones”, Hidalgo

La Subsecretaría de Servicios de Salud capacita al personal penitenciario para replicar el programa del Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones, el cual tiene como propósito generar conciencia de la enfermedad y del daño que produce a la salud el consumo de drogas, así como promover la identificación de factores de riesgo para evitar recaídas.

m. “Centro Integral Contra las Adicciones”, México

Promueve la desintoxicación física y mental de sustancias psicoactivas a través de un proceso integral y natural como una alternativa de superación personal y familiar, mediante un tratamiento multidisciplinario.

n. “Desintoxicación y tratamiento médico”, Michoacán

A través de talleres sobre adicciones y de intervención médica busca disminuir la adicción a diversos factores exógenos.

⁵ El Modelo Minnesota fue creado en los años 40 en el Hospital Estatal Willmar, en Center City, Minnesota, está orientado hacia la abstinencia y basado en el programa de “Doce pasos” de Alcohólicos Anónimos.

o. “Ring, Boxeando para la reinserción social”, “Adicciones” y “Tratamiento grupal ambulatorio contra adicciones y desarrollo humano”, Morelos

Estos programas se orientan de manera general a la prevención de las adicciones y la promoción de conductas saludables dentro del centro penitenciario, se han implementado a través de estrategias que permitan reducir los índices de uso y abuso de sustancias que causan adicción, detectando y brindando atención oportuna, cuidando la integridad física, mental y emocional del individuo, mientras vive un proceso terapéutico que le servirá para conseguir y mantener su abstinencia.

El modelo “Ring, boxeando para la reinserción social”, también coadyuva de manera importante en la rehabilitación de adicciones mediante cuatro ejes: deportivo, emocional, salud mental y reintegración familiar. A través de éste se propicia el desarrollo de valores como el esfuerzo, la disciplina y el trabajo.

p. “Tú Puedes Vivir sin Adicciones”, Nuevo León

El programa centra su atención en el tratamiento clínico e integral de desintoxicación.

q. “Limpiándome física y emocionalmente”, “Elijo seguir vivo”, “Construye”, “Una oportunidad más” y “Dependencias” Oaxaca

Se llevan a cabo programas distintos por cada centro, cuyo objetivo es realizar acciones de concientización y de intervención, mediante actividades terapéuticas para favorecer su reinserción social, a través de me-

canismos para la prevención del consumo de drogas, reducción de factores de riesgo y el tratamiento de los problemas de salud derivados del uso y abuso de drogas a través del fortalecimiento de factores protectores, promoción de vida saludable, así como autocuidado de la salud física, mental y emocional.

r. “Tratamiento y Recuperación para las Adicciones”, Puebla

Cada Centro propone una unidad de rehabilitación contra las adicciones que contempla un tratamiento interdisciplinario y accesible, orientado al fortalecimiento de la salud física, mental y emocional, reduciendo situaciones de riesgo institucional, siguiendo un tratamiento adecuado que parta de la modificación de estilos de vida donde se logra restringir o eliminar el uso de sustancias psicoactivas. A través de atención terapéutica y sesiones programadas, se impulsa también la vinculación con los familiares formando redes de apoyo.

s. “Farmacodependencia y deshabitualización de sustancias tóxicas”, Querétaro

Este programa busca detectar oportunamente, desde el ingreso de las personas privadas de la libertad al centro, la presencia de indicadores de consumo, dependencia y abstinencia a cualquier sustancia psicoactiva, con el objetivo de brindar atención, médica, psiquiátrica y psicológica, de acuerdo a las necesidades de la misma, así como un tratamiento encaminado a analizar y reflexionar sobre las causas que motivan la adicción. De manera simultánea, tam-

bién se plantean diversas actividades para prevenir y abordar la problemática de consumo de sustancias adictivas en el interior de los centros de reinserción social del estado.

t. "Concientización para la rehabilitación de adicciones. Tratamiento grupal", Quintana Roo

Busca concientizar a través de tratamiento a las personas con farmacodependencia, reforzando la autoestima y la automotivación, mediante pláticas y entrevistas personalizadas como estrategia para la rehabilitación de adicciones.

u. "Tú Puedes Vivir sin Adicciones", Sinaloa

Se ofrece un tratamiento integral psicológico, biológico y social de desintoxicación en el uso, abuso y consumo de sustancias psicoactivas para quien voluntariamente ingrese a la clínica. Sus esquemas de trabajo están basados en los Modelos Minnesota, Profesional y Criterios del Manual Diagnóstico DSM-IV. Asimismo, brindan tratamiento integral a la familia trabajando en la codependencia y la prevención de recaídas.

Cuentan con un centro de día encaminado al desarrollo de programas de intervención breve, a nivel de prevención para reducir el consumo de las sustancias y permitir una abstinencia duradera.

v. "Cambio de actitud penitenciaria", Sonora

La estructura de este programa consta de tres fases: I. Sensibilización, II. Crecimiento y III. Sostenimiento. Cada una está conformada por temas específicos y ejercicios vivenciales reflejando la capacidad de *insight* (interiorizar) de cada participante. Está sustentado en las teorías de la Gestalt del Dr. Fritz Pearls y es impartido y dirigido por el personal de psicología del sistema penitenciario. Es reconocido como el programa institucional de los centros de reinserción social del estado.

w. "Clínica de Desintoxicación de Adicciones" y "Tratamiento Integral de Adicciones para una Nueva Vida", Tabasco

En este estado se aplican programas diversos que se alinean al Programa Nacional de Salud, encaminados a preparar al interno de manera integral, con el reforzamiento de sus habilidades, tomando en cuenta su personalidad, el antecedente de adicción que haya presentado y manifestado antes de su ingreso, cultura y estilo de vida, para ayudarlo a superar su farmacodependencia e impulsarlo a mejorar su calidad de vida y el favorecimiento de actividades saludables. Asimismo se realizan acciones de *Intervención Breve* para personas que se inician en el consumo abusivo de alcohol y otras drogas.

x. "Construye tu vida sin adicciones", Tamaulipas

Se brinda tratamiento psicológico enfocado a la eliminación de conductas adictivas de las personas privadas de la libertad que presenten farmacodependencia a su ingreso.

y. "Prevención de las Adicciones" y "Satisfactores Cotidianos para Consumidores de Psicoactivos", Tlaxcala

Brindan herramientas cognitivas para la disminución y erradicación del consumo de psicoactivos.

z. "Comunidad Terapéutica y/o Centro de día", Veracruz

Ofrece un modelo integral de tratamiento de las adicciones, basado en el modelo de comunidad terapéutica y/o centro de día.

**aa. "Atención Primaria de Adicciones",
Yucatán**

Ofrece actividades para la prevención de adicciones a fin de concientizar a la población penitenciaria del daño que ocasiona el consumo de drogas.

**ab. "Clínica de tratamiento para adictos en
recuperación", Islas Marías**

Esta clínica ofrece tratamiento integral e imparte talleres de sensibilización, estrategias de afrontamiento, relajación y terapia de arte, como el Sistema Teatral de Readaptación y Asistencia Preventiva (STRAP), los cuales han abarcado en 2017 a casi 500 personas.

En materia de prevención se imparten permanentemente conferencias y se lleva a cabo una semana anual sobre adicciones.



Foto por Joanna Nix, en Unsplash

Estadísticas de la experiencia en tratamiento de adicciones en prisiones de México

Los programas antes descritos son una muestra de las acciones que se han realizado en la lucha por atender la farmacodependencia en la población privada de la libertad en el país. No obstante, no todos los programas de tratamiento y rehabilitación en los centros de reclusión tienen información sobre sus resultados, un tema que debe atenderse de manera prioritaria.

Como parte del estudio realizado para identificar el estado de la cuestión en las entidades federativas, además de los diferentes programas de tratamiento antes expuestos, se presenta información adicional respecto del impacto que éstos tienen:⁶

POBLACIÓN INTERNA CON FARMACODEPENDENCIA

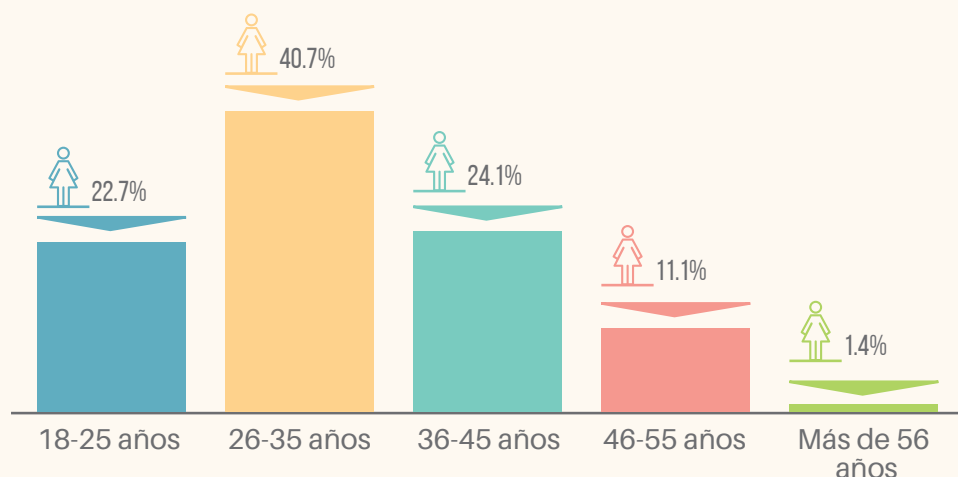


⁶ Las estadísticas corresponden a aquellos estados que proporcionaron información.

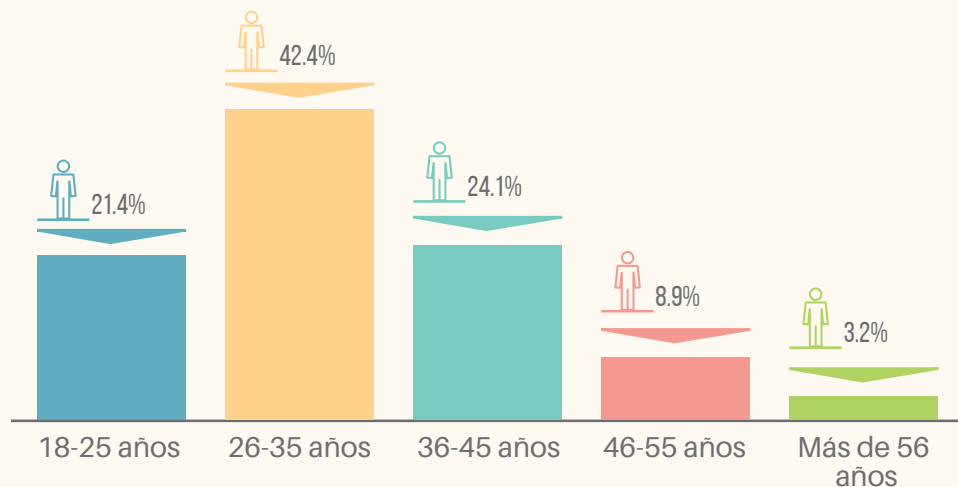
Del total de la población femenil con problemas de farmacodependencia, la mayoría (40.7%) se encuentra entre los 26 y 35 años, le sigue la población de 36 a 45 años (24.1%) y de 18 a 25 años (22.7%). De manera similar pasa con la población masculina, la mayoría se ubica

en una población de 26 a 35 años (42.4%), seguido de la población de 36 a 45 años (24.1%) y de 18 a 25 años (21.4%). En ambos casos, se trata de una población joven con problemas de adicciones.

POBLACIÓN FEMENIL INTERNA CON FARMACODEPENDENCIA



POBLACIÓN MASCULINA INTERNA CON FARMACODEPENDENCIA



En cuanto a los delitos cometidos por dicha población, tenemos que el 38.85% de las mujeres con problemas de farmacodependencia está recluida por homicidio, seguido de robo agravado con violencia (11.78%), secuestro (9.27%) y delitos contra la salud (8.52%).

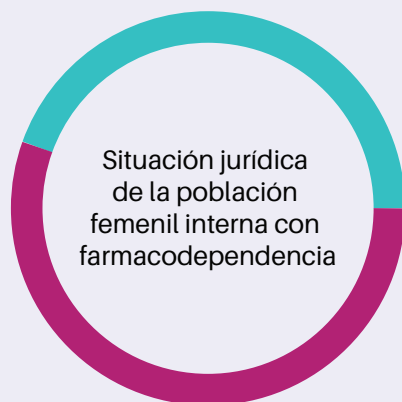
Tabla: Delitos cometidos por la población femenina con problemas de farmacodependencia

DELITO	%
Homicidio	38.85%
Robo agravado/con violencia	11.78%
Secuestro	9.27%
Contra la salud (en cualquiera de sus modalidades)	8.52%
Robo simple	8.52%
Violación (abuso sexual)	5.76%
Lesiones	2.51%
Violencia familiar	2.01%
Portación de arma de fuego	1.50%
Corrupción de menores	1.50%
Otros	9.78%

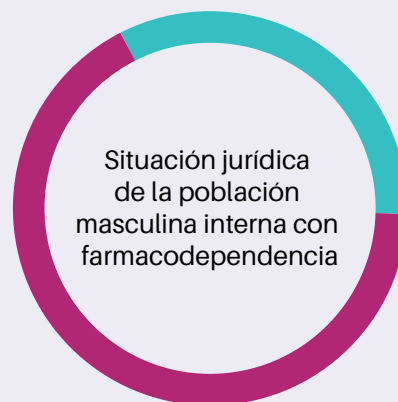
El delito de homicidio, también representa el mayor porcentaje (31.19%) de los delitos cometidos por la población masculina con farmacodependencia, seguido de robo agravado con violencia (20.19%), violación (11.27%) y delitos contra la salud (9.19%).

Tabla: Delitos cometidos por la población masculina con problemas de farmacodependencia

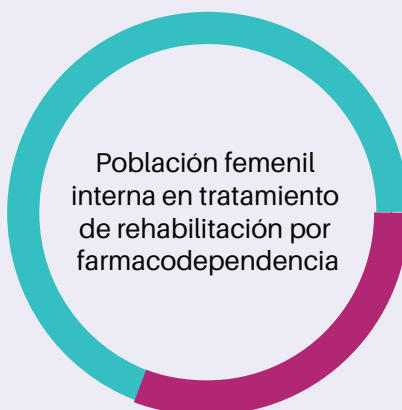
DELITO	%
Homicidio	31.19%
Robo agravado/con violencia	20.19%
Violación (abuso sexual)	11.27%
Contra la salud (en cualquiera de sus modalidades)	9.19%
Robo simple	9.14%
Secuestro	6.65%
Portación de arma de fuego	2.95%
Lesiones	1.89%
Pederastia	1.86%
Delincuencia organizada	0.69%
Otros	5.01%



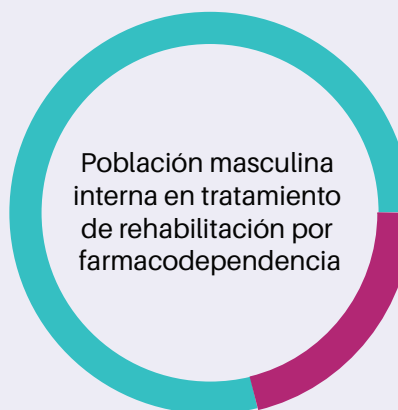
PROCESADAS 44.5%
SENTENCIADAS 55.5%



PROCESADAS 32.0%
SENTENCIADAS 68.0%



SÍ 69.1%
NO 30.9%



SÍ 78.8%
NO 21.2%

Ahora bien, del total de la población femenina identificada con problemas de farmacodependencia, el 69.1% ha recibido algún tratamiento de rehabilitación, mientras que un 30.9% no lo ha recibido.

En el caso de los hombres, el 78.8% de ellos ha recibido un tratamiento de rehabilitación por farmacodependencia, contra un 21.2% que tampoco lo ha recibido.

Es importante destacar que se observa interés por parte de las entidades federativas de atender la problemática, independientemente de las limitaciones de personal, recursos o infraestructura existentes, sin embargo, los datos expuestos evidencian un alto número de personas que no es atendida en ningún programa de desintoxicación. Por su parte, un elevado porcentaje de mujeres identificadas como farmacodependientes no se les vincula al tratamiento, por lo cual su adicción es desatendida.

Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las Medidas no Privativas de la Libertad, Reglas de Tokio, establecen en la Regla 6, que la prisión preventiva debe ser considerada como el último recurso; mientras que en el punto 2 se establece que, las medidas sustitutivas de la prisión preventiva se aplicarán lo antes posible. La prisión preventiva no deberá durar más del tiempo que sea necesario [...]

deberá ser aplicada con humanidad y respeto por la dignidad del ser humano”. La situación en la que se encuentran las personas procesadas es bajo una simulación de derechos, ya que si bien deben ser garantizados en reclusión, privilegiando la protección a su seguridad, integridad y salud, es difícil incorporarles a programas determinados, incluyendo el de rehabilitación por problemas de farmacodependencia, ya que su situación es indeterminada y no se sabe si estará próxima su libertad, por lo que deja inconcluso el tratamiento, o bien, obtiene una modificación de medida cautelar, podrá seguir con el mismo en libertad.

Por lo anterior, el modelo a proponer, busca amalgamar las mejores prácticas que han tenido en la operatividad resultados positivos, pero sobre todo ofrecer una ruta pertinente para ser aplicada de manera idónea, sin que esta homologación implique minimizar necesidades específicas.







Capítulo 3

LA NUEVA CARA DE LA PREVENCIÓN DEL DELITO

“El problema de las adicciones, su combate y prevención, es tan importante como la lucha contra el crimen organizado”.

*Pronunciamientos del Acuerdo 21 - Reunión XXXVI
Reunión Ordinaria de la Conferencia Nacional
de Gobernadores - Monterrey, Nuevo León*

► *El abuso de drogas legales e ilegales se configura como un problema de salud pública con altos costos individuales, sociales y económicos, los cuales requieren de estrategias integrales en materia de prevención.*

Atención oportuna y pertinente

El tema de la farmacodependencia tiene múltiples dimensiones. Al ser un problema de salud pública puede acarrear diversas implicaciones jurídicas. A ello se debe, la importancia de prevenir la farmacodependencia.

Desde un enfoque sanitario, la prevención involucra un conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de drogas, a disminuir situaciones de riesgo, y limitar los daños físicos y sociales asociados al consumo de dichas sustancias.

Desde el punto de vista criminológico, la prevención es una política integral que tiende a suprimir, o al menos reducir, los factores criminógenos que favorecen o pueden ser causa de una conducta antisocial. Bajo esta óptica, surgen alternativamente los programas de prevención de la farmacodependencia en prisión.

En México, las instituciones encargadas de la ejecución de programas contra la farmacodependencia son la Secretaría de Salud (SS) y el Consejo de Salubridad General (CGS). Como responsable de la elaboración del Programa Nacional para la Prevención y Tratamiento de la Farmacodependencia, la SS dicta los criterios y procedimientos aplicables para la prevención en el territorio nacional, tanto para entidades públicas, como privadas.

Al respecto, la Ley General de Salud (LGS) dispone en su artículo 192-Ter-III, que se debe:



Pronunciamento sobre antecedentes penales.

11. Es necesario considerar que los antecedentes penales, forman parte del pasado de la persona y se encuentran dentro de su vida privada que no desea que otros conozcan por el riesgo a ser discriminado. El que se garantice ese derecho a la vida privada que puede significar una segunda oportunidad, de suyo, representa el derecho a la reinserción social efectiva.

III. Proporcionar atención integral a grupos de alto riesgo en los que se ha demostrado, a través de diversas investigaciones y estudios, que, por sus características biopsicosociales, tienen mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia a narcóticos.



Recomendación
No. 49/2016. Sobre la deficiencia en la seguridad y en la atención a las adicciones en el Centro de Reinserción Social de Colima, que derivó en la pérdida de la vida de 13 personas.

Recomendaciones:

SEGUNDA. Se giren instrucciones a quien corresponda a efecto de que se realicen las gestiones necesarias que permitan fortalecer una política de atención integral a personas privadas de la libertad con problemas de adicción, intensificando la corresponsabilidad y participación de instituciones de la entidad y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones, en la última década 2002-2011, se ha observado una disminución de las personas consumidoras de alcohol (1.4% a 0.8%), en tanto se ha incrementado el porcentaje de los consumidores dependientes de 4.1% a 6.1%. En esa misma década se duplicó el porcentaje de población consumidora de drogas ilegales, pasando de 0.8% al 1.5%, lo que se traduce en 1 184 157 personas consumidoras de drogas ilegales en 2011.

El abuso de drogas legales e ilegales se configura como un problema de salud pública con altos costos individuales, sociales y económicos, los cuales requieren de estrategias integrales en materia de prevención.¹

Es indudable que la población penitenciaria es un grupo que se encuentra en alto riesgo de proclividad al consumo de drogas, por lo cual la prevención del uso de éstas y la atención oportuna de la farmacodependencia en prisión, deben ser considerados como un programa prioritario.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

- **3.43 Prevención**, es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales.
- **3.44 Prevención indicada**, es la intervención que se dirige a grupos de población con sospecha de consumo y/o usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar consumo perjudicial o la adicción.
- **3.45 Prevención selectiva**, es la que se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específico, por ejemplo: hijos de alcohólicos,

reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta, etc. Estos grupos se asocian al consumo de drogas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad. Asimismo, coadyuva a la atención a grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, entre otras.

- **3.46 Prevención universal**, es la que está dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención.

¹ Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2014-2018. En *Diario Oficial de la Federación*, 30 de abril de 2014.



rio con especiales dificultades en su operatividad, ya que lo que no se ha logrado en contextos de libertad, dentro de los centros penitenciarios adquiere particular complejidad ya que el objetivo final es mantener a la persona rehabilitada y que no recaiga en su farmacodependencia.

El primer paso que se debe seguir es evitar la introducción de las sustancias prohibidas en los centros penitenciarios, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) ha insistido en múltiples ocasiones en este punto, no sólo en cuanto a la adquisición de equipo y tecnología para la detección de las sustancias, sino también en capacitar al personal para que se desempeñe adecuadamente.



Recomendación General No. 1/2001 derivada de las prácticas de revisiones indignas a las personas que visitan centros de reclusión estatales y federales de la República Mexicana.

TERCERA. Se adquiera el equipo y tecnología disponibles en el mercado para la detección de objetos y sustancias prohibidas, y se dote de tales herramientas a todos los centros de reclusión.

CUARTA. Se proporcione al personal de los establecimientos carcelarios, específicamente al de seguridad y custodia, información y capacitación en lo referente a la forma en que deben utilizar el equipo y tecnología para la detección de objetos y sustancias prohibidas; así como sobre el trato que deben dar a las personas que visitan a los internos, expidiéndose para tal efecto los correspondientes manuales de procedimientos.

Una de las formas de control se encuentra en las aduanas de ingreso a los centros de reclusión penitenciaria, esta se vuelve esencial para evitar el ingreso de las drogas; sin embargo, es importante que las visitas al ser registradas, sean tratadas con respeto a su integridad y dignidad, tal como lo señalan las Reglas de Mandela 50, 51, 52 y 60. Si se sigue esta reglamentación, se puede controlar el ingreso de sustancias prohibidas al centro penitenciario.



Recomendación No. 49/2016 sobre la deficiencia en la seguridad y en la atención a las adicciones en el Centro de Reinserción Social de Colima, que derivó en la pérdida de la vida de 13 personas.

V. RECOMENDACIONES

CUARTA. Se tomen las medidas conducentes para reforzar el área de seguridad y custodia, las áreas administrativas y técnicas en los módulos de la institución y se les dote del equipo tecnológico de escaneo corporal que se requiera en el CERESO-Colima.





El segundo paso para la prevención es evitar el inicio del consumo, sobre todo en aquellas personas no consumidoras antes de su ingreso al centro penitenciario, de ahí la importancia de una adecuada clasificación penitenciaria.

Los programas de prevención, que integren una amplia información y orientación acerca de los daños y riesgos de la farmacodependencia, apoyándose, siempre que sea factible, en la familia u otros grupos de referencia que visitan a los internos. Deben estar orientados hacia la educación, el deporte y la promoción de una vida saludable y no en la amenaza de imposición de sanciones cuando se detecte el consumo.



Pronunciamiento sobre clasificación penitenciaria.

Para la clasificación de la población interna deben considerarse estándares nacionales e internacionales, así como las Recomendaciones emitidas por el sistema no-jurisdiccional de protección de los derechos humanos atendiendo a los principios de individualización del tratamiento que permita llevar a cabo programas de reinserción social efectiva.

El tercer paso de la prevención es la intervención temprana, cuando se logra detectar que una persona se ha iniciado en el consumo, es muy importante atenderle antes de que se convierta en farmacodependiente, ampliándose además el marco de delitos que pueden ser atendidos mediante estrategias alternativas a la prisión.

1 ►



Detección del ingreso de sustancias a los centros para evitar el consumo de drogas.

Evitar el inicio en el consumo de aquellas personas no consumidoras antes de su ingreso al centro penitenciario.



◀ 2

3 ►



Intervenir oportunamente cuando se ha detectado que la persona se ha iniciado en el consumo de drogas, para evitar su adicción a las mismas.

Importancia de la prevención del delito

La prevención del delito implica, desde un principio, reconocer las causas y factores sociales que lo generaron, para posteriormente lograr el fortalecimiento del tejido social entre las personas que cometieron el hecho delictivo y la sociedad que lo resintió. Prevenir el delito significa también trabajar de manera efectiva en la reinserción social de las personas que estuvieron en prisión, para de esta forma evitar su reincidencia.



Pronunciamiento sobre antecedentes penales.

19. Por ello, es de suma importancia poder ofrecer a toda persona otra oportunidad ante la posibilidad de un proyecto de vida digna, frente al estigma que de por sí vive posterior al internamiento en la prisión, en su caso, lo que le hace sentir, en muchas ocasiones, que sigue preso, motivando la generación del fenómeno de la “puerta giratoria”; es decir, la reincidencia, que es la antítesis de la reinserción social efectiva.

La Sala Superior de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) enfatiza que “El hecho de haber cometido un delito intencional, puede llegar a constituir un factor que demuestre la falta de probidad o de honestidad en la conducta, según las circunstancias de la comisión del ilícito, pero no resulta determinante, por sí solo, para tener por acreditada la carencia de esas cualidades. El que una persona goce de las calidades de probidad y honestidad se presume, por lo que cuando se afirma que se carecen, se debe acreditar que dicha persona llevó a cabo actos u omisiones concretos, no acordes con

los fines y principios perseguidos con los mencionados valores [...] cuando las penas impuestas ya se han cumplido o extinguido y ha transcurrido un tiempo considerable a la fecha de la condena, se reduce en gran medida el indicio que tiende a desvirtuar la presunción apuntada, porque la falta cometida por un individuo en algún tiempo de su vida, no lo define ni lo marca para siempre, ni hace que su conducta sea cuestionable por el resto de su vida [...] si una persona comete un ilícito, no podría quedar marcado con el estigma de ser infractor el resto de su vida, porque ello obstaculizaría su reinserción social”.²

En México existe un Programa Nacional de Prevención del Delito (PRONAPRED), fundamentado en la Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia, que tiene por objetivo atender los factores de riesgo y de protección vinculados a la violencia y la delincuencia. En el programa se asimila que la prevención del delito es un proceso que demanda acciones de corto, mediano y largo plazos orientadas a lograr, de manera progresiva, cambios socioculturales que permitan la configuración de relaciones libres de violencia y delincuencia, reconociendo la importancia de identificar a aquellas personas que pudieran ser potenciales farmacodependientes y estar en riesgo de convertir su consumo en adicción. El abuso de drogas es primordialmente un problema de salud pública que implica la identificación previa en este escenario de la persona consumidora.

Las estrategias o acciones para prevenir los delitos cometidos por personas con farmacodependencia, son señaladas primordialmente por Irvin Waller, experto en la prevención del delito, quien enfatiza la necesidad de invertir en la juventud, básicamente en aquellas

² “Antecedentes penales. Su existencia no acredita, por sí sola, carencia de probidad y de un modo honesto de vivir”. *Revista Justicia Electoral 2002*. Suplemento 5, 3a época, págs. 32-33. Registro 920824. Tesis S3EL 015/2001. Sala Superior.

personas que se encuentran en riesgo, evitando así la necesidad de utilizar medidas de represión.

Se ha considerado a la prisión como el último eslabón de la justicia penal que no tiene una incidencia real y directa en la prevención del delito; sin embargo, sin la intervención de tratamientos eficaces enfocados a la reinserción social efectiva de las personas que ingresan a los centros penitenciarios y que padecen alguna farmacodependencia, el círculo de la reincidencia es evidente.

Incluso parece provocador el hecho de reconocer que muchas de las personas con farmacodependencia que han infringido la norma penal, pudiesen ser atendidas no en un centro penitenciario, sino directamente en un centro de tratamiento de adicciones. Los tribunales especializados en delitos relacionados con drogas son una gran oportunidad para evitar el uso excesivo de la prisión preventiva y privación de la libertad.



Regla Nelson Mandela 4

2. Las administraciones penitenciarias y otras autoridades competentes deberán ofrecer educación, formación profesional y trabajo, así como otras formas de asistencia apropiadas y disponibles, incluidas las de carácter recuperativo, moral, espiritual y social y las basadas en la salud y el deporte. Todos esos programas, actividades y servicios se ofrecerán en atención a las necesidades de tratamiento individuales de los reclusos.

Especialistas en el tema refieren que designar un alto porcentaje del egreso del Estado a la prevención del delito es la manera más inteligente de invertir para reducir el delito, pasar de una política criminal enfocada al uso excesivo de la prisión a una política pública encaminada al desarrollo de programas sociales que ofrezcan ayuda a las familias, centrándose en el desarrollo infantil y en reducir los malos tratos, para lograr de esta manera una disminución en la delincuencia de la juventud y la adultez.

Muchos programas de asistencia social en áreas conflictivas, destinados a familias, niños y jóvenes en sus hogares, escuelas y comunidades, han demostrado científicamente que reducir la violencia juvenil, así como la violencia en etapas posteriores de la vida, impacta en una baja y alta prevención de delitos.



Capítulo 4

LA REPARACIÓN DEL TEJIDO SOCIAL

“La justicia restaurativa se identifica como el conjunto de prácticas que tienen el objetivo general de responder al delito de forma más constructiva que la que se consigue a través del delito. Los procesos restaurativos implican, por parte del ofensor el reconocimiento del daño infligido, en cuanto a la víctima el reconocimiento de sus intereses como principal afectada y por parte de la comunidad el compromiso de participar en el proceso de resocialización”

Dra. Esther Giménez-Salinas i Colomer

► “Porque ser libre no es solamente desamarrarse
las propias cadenas, sino vivir en una forma que respete
y mejore la libertad de los demás.”

Nelson Mandela

Como parte de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), México se ha preocupado por dar respuestas integrales, enfocándose en los derechos a la salud y los derechos humanos, para impulsar alternativas que pongan en el centro al individuo infractor, superando enfoques únicamente en la represión.¹

Muchos de los elementos que integran nuestra problemática actual se traducen en reclamos por una mayor y real justicia y equidad, abatimiento de la corrupción, vigencia y aplicación de la ley, seguridad, inclusión, igualdad, representatividad, así como mejores condiciones para el desarrollo de las personas, todas ellas cuestiones vinculadas al ámbito de los derechos humanos o al Estado democrático de derecho.²

Es por ello, que resulta necesario reconocer que los delitos relacionados con el consumo de drogas se deben entender como un problema que involucra a todos los miembros de la comunidad, con altos costos sociales, y el papel de las autoridades debe estar enfocado en identificar el origen de las razones que llevan a algunos de sus integrantes a consumir drogas y a cometer conductas delictivas.

También es importante recurrir a estrategias que permitan a las personas con farmacodependencia transformar su situación problemática mediante la construcción de alianzas sólidas entre actores que entienden profundamente la situación, se entienden uno al otro, y entienden

aquello que necesitan hacer, los actores transforman su situación problemática a través de una transformación de ellos mismos.³ Este es el objetivo primordial de la planificación transformadora por escenarios. El método de escenarios le pide a la gente que converse, no sobre lo que ellos predicen que sucederá, ni sobre lo que creen que debería suceder sino solamente sobre lo que piensan que podría suceder.⁴

De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), un tema que ha sido puesto en la agenda política en varios países es el de fortalecer prácticas alternativas al delito y los desórdenes sociales. En muchos de estos casos, se brindan opciones a las partes involucradas (infractor y víctima), así como a la comunidad cercana, para la resolución de los conflictos.

En este sentido, la justicia restaurativa se origina en la idea de que las partes de un conflicto deben estar activamente involucradas para resolver y mitigar sus consecuencias negativas, busca por lo tanto, motivar la expresión pacífica de los conflictos, promover la tolerancia y la inclusión, construir el respeto por la diversidad y promover prácticas comunitarias responsables.⁵

Al final, las formas de justicia restaurativa buscan, a través de la resolución de conflictos con participación activa de los involucrados, la reparación del tejido social con la protección tanto de los derechos de las víctimas como los de los infractores.

Los personas farmacodependientes que cometen actos delictivos, no sólo violan la ley, sino que también hieren a las víctimas y a la comunidad. Cualquier esfuerzo por

¹ OEA, SSM, CICAD. Informe técnico sobre alternativas al encarcelamiento para delitos relacionado con drogas. Preparado por la Secretaría Técnica del Grupo de Trabajo sobre Alternativas al Encarcelamiento. 2015, pág.5.

² Kahane, Adam. *La planificación transformadora por escenarios. Trabajando juntos para cambiar el futuro*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos-Centro Lindavista, 2016, pág. 12.

³ *Ibidem*, pág. 44.

⁴ *Ibidem*, pág. 31.

⁵ UNODC. *Manual sobre programas de justicia restaurativa*. Serie de Manuales sobre Justicia Penal. Naciones Unidas, Nueva York, 2006, pág. 5.



solucionar un conflicto debe involucrar, en la medida de lo posible, tanto al ofensor como a las partes ofendidas y proporcionar la ayuda que requieren tanto la víctima como el delincuente, sobre todo para que este último no vuelva a delinquir.

La víctima como centro de atención

La víctima se ha convertido en el centro de atracción de varias ciencias importantes. La inclusión del concepto victimología en la enciclopedia (o constelación) de las ciencias penales ha causado un gran impacto, lo que implica un gran cambio de paradigma.

Bajo esta lógica, se ha entendido que la víctima es algo más que el simple sujeto pasivo del delito, o un factor dentro del *iter criminis*. De esta manera, en la actualidad debe considerarse a la víctima a la par del infractor desde la perspectiva del Derecho Victimal y la Victimología, y el Derecho Penal y la Criminología.

Tras las diversas reformas que en la última década ha tenido el cuerpo normativo mexicano, el reconocimien-

to de la víctima como protagonista en el proceso penal es cada vez más evidente, como también lo es que todo hecho delictivo impacta de manera negativa en el tejido social, desgarrándolo. A partir del binomio víctima-victimario se derivan dos tipos de víctimas: la víctima directamente afectada y las víctimas indirectas, que son todas aquellas que se generan frente a cualquier delito y, que si bien no tienen una pérdida o menoscabo directo en sus bienes jurídicos (al menos no de manera inmediata) se ven afectadas en otras circunstancias y medidas por un hecho cometido por alguien cercano a éstas. He ahí la importancia del trabajo que debe realizarse también con las víctimas indirectas (en este caso la familia del infractor y de la víctima), a la par que el realizado con las víctimas directas, que pueden ser conocidas o aún desconocidas por el victimario; sin embargo, jamás deben estar invisibilizadas por el Estado.

Por lo tanto, es trascendente el uso y aplicación de la justicia restaurativa, ya que aun con todas las modificaciones legales realizadas y que buscan que la víctima tenga reparación por el daño sufrido, derivado del delito cometido en su contra, sigue siendo en muchos casos olvidada.

La justicia restaurativa promueve un tipo de justicia que gira en torno a la víctima y a sus necesidades de reparación de acuerdo al daño causado, de esta manera el proceso de restauración busca habilitar a las víctimas, al infractor y a todo aquél que se haya visto afectado en la comunidad para que participen directa y activamente en la reparación del tejido social afectado por el delito, partiendo de la fórmula de las 3 Rs:



RESPONSABILIDAD

La responsabilidad ha sido definida a partir de los efectos que el ilícito trae para el sujeto que ejerce el daño: es la obligación jurídica de hacer frente a las consecuencias generadas respecto del hecho (delictivo) dañoso.⁶

REPARACIÓN DEL DAÑO

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Cridh) ha conceptualizado la reparación en el contexto de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en los siguientes términos: “La reparación del daño ocasionado por la infracción [...] requiere, siempre que sea posible, la plena restitución (*restitutio in integrum*), la cual consiste en el restablecimiento de la situación anterior. De no ser esto posible, [...] cabe [...] determinar una serie de medidas para, además de garantizar los derechos conculcados, reparar las consecuencias que las infracciones produjeron, así como establecer el pago de una indemnización como compensación por los daños ocasionados”.⁷

REINSERCIÓN SOCIAL

La Constitución la ha reconocido como el fin de la pena, con el objetivo de que la persona tome conciencia de su propia dignidad, respete los derechos de terceros y una vez que concluya ésta, pueda retomar el cauce de su vida y no vuelva a delinquir.

⁶ Nash Rojas, Claudio. *Las Reparaciones ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos* (1988-2007). Segunda edición. Chile, Universidad de Chile-Facultad de Derecho/Centro de Derechos Humanos, 2009. pág. 10.

⁷ Caso Trujillo Oroza. Reparaciones, párr. 61; Caso Bámaca Velásquez. Reparaciones, párr. 39; Caso Cantoral Benavides. Reparaciones, párr. 41; Caso Durand y Ugarte. Reparaciones, párr. 25; Caso Barrios Altos. Reparaciones, párr. 25; Caso Velásquez Rodríguez. Indemnización compensatoria, párr. 25. *Ibidem* pág. 35.

Justicia restaurativa

No se puede asegurar que en la actualidad los sistemas de justicia penal logren la restauración del tejido social mediante la sola reinserción social del infractor o prestando únicamente atención a las demandas de la víctima. Sólo se podrá obtener a través de estrategias transformadoras de la sociedad misma, en principio con el desarrollo de políticas públicas que promuevan la justicia social, de manera general, y la justicia restaurativa, de manera específica.



Caso González y Otras ("Campo Algodonero") vs. México. Excepción Preliminar. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C, No. 205.

450. [...] las reparaciones deben tener una vocación transformadora de dicha situación, de tal forma que las mismas tengan un efecto no solo restituido sino también correctivo. [...] la naturaleza y monto de la reparación ordenada dependen del daño ocasionado en los planos tanto material como inmaterial.

La **justicia restaurativa** se plantea entonces, como una vía de respuesta constructiva ante el hecho delictivo, con base en la reparación del daño, el otorgamiento del perdón y la visibilización de la víctima a través de entender y reconocer sus derechos y sus condiciones, buscando soluciones al conflicto con la construcción permanente de una cultura de la paz.

Este tipo de justicia tiene como finalidad principal restablecer la paz social. Durante el proceso de reconstrucción de las relaciones sociales, violentadas por el hecho delictivo, cobra relevancia la participación de todos los involucrados (de las partes: víctima u ofendido, inculpa-do y comunidad) para la solución del conflicto penal.

Los valores centrales de la justicia restaurativa son:

- **El Encuentro** personal y directo entre la víctima, el autor u ofensor y/u otras personas que puedan servir de apoyo a las partes y que constituyen sus comunidades de cuidado o afecto.
- **La Reparación** como la respuesta que la justicia restaurativa da al delito. Puede consistir en restitución o devolución de la cosa, pago monetario o trabajo en beneficio de la víctima o de la comunidad. La reparación debe ir primero en beneficio de la víctima concreta y real, y luego, dependiendo de las circunstancias, puede beneficiar a víctimas secundarias y a la comunidad.
- **La Reintegración**, tanto de la víctima como del ofensor en la comunidad. Significa no sólo tolerar la presencia de la persona en el seno de la comunidad, sino además contribuir a su reingreso como una persona integral, cooperadora y productiva.
- **La Inclusión** ofrece a las partes (víctimas, ofensores y, eventualmente, la comunidad) la oportunidad de involucrarse de manera directa y completa en todas las etapas de encuentro, reparación y reintegración. Requiere de procesos que transformen la inclusión de las partes en algo relevante y valioso, y que aumenten las posibilidades de que dicha participación sea voluntaria.⁸

⁸ Van Ness, Daniel W. & Strong, Karen H., *Restoring Justice. An Introduction to Restorative Justice*. New Providence, NJ, Matthew Bender & Co., 2010.



Pronunciamiento sobre racionalización de la pena de prisión.

Es sustancial promover la aplicación de programas de justicia restaurativa en materia penal para todos los delitos, que se enfoquen en el respeto a la dignidad e igualdad de las personas, destacando la importancia de la víctima en los procesos de reparación, ofreciendo a los ofensores la oportunidad de comprender mejor las causas y los efectos de su comportamiento.

La justicia restaurativa se basa esencialmente en tres principios:

1. La exigencia de una respuesta con responsabilidad ante la comisión de un delito.
2. La reparación por el daño causado y el ofrecimiento a toda víctima de la oportunidad de concluir su proceso moral e incluso lograr el perdón al agresor por el hecho cometido en su contra.
3. La restructuración del quebrantamiento de las relaciones entre las personas como consecuencia del delito.

LNEP Artículo 198. Reparación del daño

Toda persona sentenciada, candidata a disfrutar de alguna medida de libertad condicionada o libertad anticipada; sustitución o suspensión temporal de la pena, contempladas en este Título, deberá asegurar el cumplimiento de la reparación del daño antes de que la misma pueda hacerse efectiva. En los casos en que la persona sentenciada no cuente con los medios inmediatos para finiquitar la indemnización como parte de la reparación del daño, ésta deberá presentar una caución suficiente para cumplir con la obligación o la condonación de pago debe haber sido otorgada por

la víctima. En ningún caso, una persona sentenciada potencialmente beneficiaria de la determinación sobre alguna medida de libertad condicionada o libertad anticipada, podrá permanecer en prisión por escasez de recursos económicos, para lo cual podrán aplicarse los Mecanismos Alternativos o procedimientos de justicia restaurativa que correspondan. Los defensores deberán velar en todo momento para hacer efectivo este derecho.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define a la justicia restaurativa como la “respuesta evolucionada al crimen, que respeta la dignidad y equidad de las personas, construye comprensión y promueve armonía social, a través de la sanación de víctimas, infractores y comunidad”.

En 1985, la Asamblea General de las Naciones Unidas recomendó, a través de la *Declaración sobre principios fundamentales de justicia para víctimas del delito y de abuso del poder*, la instauración de mecanismos oficiosos para la solución de controversias, a fin de facilitar la conciliación y la reparación del daño.



Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras. Indemnización Compensatoria. Sentencia de 21 de julio de 1989. Serie C No. 7.

29. La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional consiste en la plena restitución (*restitutio in integrum*), lo que incluye el restablecimiento de la situación anterior y la reparación de las consecuencias que la infracción produjo y el pago de una indemnización como compensación por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales incluyendo el daño moral.

Es importante reconocer que la justicia restaurativa no es una opción fácil de implementar o aplicar, pues resulta muy difícil que el infractor quiera enfrentarse con el verdadero impacto de su ilícito o que la víctima u ofendido desee tener contacto nuevamente con el inculcado; pero es aquí donde la comunidad debe jugar un papel importante, pues es ésta quien hará saber al ofensor las consecuencias de su conducta y, a través de la mediación, encontrar la solución del conflicto y la recomposición social.⁹

Actualmente, en México se cuenta con la Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal,¹⁰ la cual regula la mediación y la conciliación, normando la justicia restaurativa y el alcance de la reparación del daño, y dentro de la cual se encuentra el compromiso de la no repetición de dicha conducta, que puede incluir la obligación de rehabilitarse dentro programas específicos para el tratamiento de adicciones.

LNMASCMP Artículo 29. Alcance de la reparación

La Reparación del daño derivada de la junta restaurativa podrá comprender lo siguiente:

- I. El reconocimiento de responsabilidad y la formulación de una disculpa a la víctima u ofendido en un acto público o privado, de conformidad con el Acuerdo alcanzado por los intervinientes, por virtud del cual el imputado acepta que su conducta causó un daño;
- II. **El compromiso de no repetición de la conducta originadora de la controversia y el establecimiento de condiciones para darle efectividad, tales como inscribirse y concluir programas o actividades de cualquier naturaleza que contribuyan a la no repetición de la conducta o aquellos programas específicos para el tratamiento de adicciones;**
- III. Un plan de restitución que pueda ser económico o en especie, reparando o reemplazando algún bien, la realización u omisión de una determinada conducta, la prestación de servicios a la comunidad o de cualquier otra forma lícita solicitada por la víctima u ofendido y acordadas entre los Intervinientes en el curso de la sesión.

Este Organismo Nacional, ha hecho patente la necesidad de que personas privadas de la libertad puedan acceder a procesos de justicia restaurativa para determinados casos, siempre que la víctima, de forma voluntaria esté de acuerdo, “debido a que estos procesos promueven responder al delito, de una manera constructiva, partiendo de la necesidad del reconocimiento de las víctimas y sus derechos y, de una solución basada en la reparación y no en la venganza, a través de las necesidades de las partes y la construcción [de] un estado de paz”.¹¹

⁹ Pérez Saucedo, José Benito y Zaragoza Huerta, José. “Justicia Restaurativa: del castigo a la reparación”. En *Entre libertad y castigo: Dilemas del Estado contemporáneo. Estudios en homenaje a la maestra Emma Mendoza Bremauntz*. México, UNAM, 2011, pág. 650.

¹⁰ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 29 de diciembre de 2014.

¹¹ CNDH. Pronunciamiento sobre racionalización de la Pena de Prisión, emitido el 18 de marzo de 2016.



En los casos de libertad condicionada y libertad anticipada, una vez que hayan cumplido los requisitos que marca la ley (por ejemplo haber cubierto el programa de rehabilitación y la reparación del daño), la víctima es también en este proceso el centro de la atención, al ser tomada en cuenta respecto de la externación de la persona sentenciada, para que reconozca que ésta no le representa un riesgo objetivo y razonable y pueda, efectivamente, retomar su vida después de sanar heridas y cerrar con lo sucedido.

Por ello, la justicia restaurativa no considera el perdón una vía para librar el castigo, lo que lleva irremediablemente a la impunidad, sino como, una parte importante de los procesos sanadores y reparadores necesarios que demanda la víctima para seguir adelante con su proyecto de vida.



Caso Loayza Tamayo vs. Perú. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998. Serie C No. 42.

148. El “proyecto de vida” se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial. Por lo tanto, su cancelación o menoscabo implican la reducción objetiva de la libertad y la pérdida de un valor que no puede ser ajeno a la observación de esta Corte.

Sin embargo, el tema del perdón, si bien pudiera encontrarse en el marco de las reparaciones de tipo moral, no se suscribe a la reparación del daño como se ha considerado en un sentido jurídico, su intención es favorecer en sí misma la reparación del tejido social, al penetrar en la ruptura causada por el delito desde un sentido vivencial, anímico y terapéutico.

Para la persona con farmacodependencia, el pedir perdón implica que ha hecho consciente lo incorrecto de su conducta y el mal que ha causado, lo que genera arrepentimiento por el hecho cometido y, al mismo tiempo, ha desarrollado compasión por la víctima, así como un deseo de reparar el daño y de no volver a repetir sus acciones.

Para la víctima no siempre es fácil perdonar; el dolor y sufrimiento que padeció le provocan resentimientos que se transforman, en ocasiones, en rencor y éste en deseos de venganza. Se piensa que si sufre aquél que nos ha ofendido se borrará la ofensa, lo cual es falso.

Para el ofensor, el perdón es de un gran valor terapéutico, pues le permite hacer consciente la realidad, descansar la conciencia y los sentimientos, el perdón permite perdonarse. Socialmente ayuda a romper estigmas y superar estereotipos.

Erving Goffman plantea que “El individuo estigmatizado puede descubrir que se siente inseguro acerca del modo en que vamos a identificarlo y a recibirlo [...] Para la persona estigmatizada, la inseguridad relativa al status, sumada a la inseguridad laboral, prevalece sobre una gran variedad de interacciones sociales”.¹²

Para la víctima, perdonar es liberarse, cerrar una etapa, superar el pasado y poder ver al futuro, mejorar su autoestima y disminuir la ansiedad.

Por ese motivo deben promoverse los efectos terapéuticos y preventivos del perdón, perdonar y ser perdonado, con el fin de romper los círculos de violencia y victimización y con esto evitar la reincidencia.

¹² Goffman, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires-Madrid, Amorrortu editores, 2006, pág. 25.



Regla Nelson Mandela 90.

El deber de la sociedad no termina con la puesta en libertad del recluso. Por consiguiente, se habrá de disponer de los servicios de organismos gubernamentales o privados capaces de prestar al ex recluso una ayuda pospenitenciaria eficaz que contribuya a disminuir los prejuicios contra él y le permita reinsertarse en la sociedad.

Agenda 2030: Objetivos de Desarrollo Sostenible

Metas del objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas

16.3 Promover el estado de derecho en los planos nacional e internacional y garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos.

16.b Promover y aplicar leyes y políticas no discriminatorias en favor del desarrollo sostenible.



Pronunciamiento sobre el plazo razonable en la prisión preventiva.

29. [...] acceder a una justicia restaurativa en un amplio sentido, la cual permita recobrar la confianza en el sistema de procuración y administración de justicia. Por ello, dar certeza de una resolución implica permitir también una restauración social por el hecho cometido [...]

TERCERO. Es necesario que se tome en consideración la necesidad de resolver los procesos penales dentro del plazo constitucional, a fin de que se garantice en su caso, la reparación al daño a la víctima, permitiéndole acceder también a procesos de justicia restaurativa.

Es importante no olvidar que estos mecanismos de solución de conflictos no sólo son aplicados en casos en los que haya una víctima y un victimario, sino también en donde exista un conflicto entre pares, como podrían ser dos personas privadas de la libertad sobre los que se pretende solucionar un problema determinado y, a la vez, promover entornos pacíficos que les permitan una mejor convivencia entre ellos y con el resto de la población. La mediación (y el diálogo que se promueve en ésta) es una herramienta que sirve para alcanzar el control de sus vidas.

LNEP Artículo 206. Mediación penitenciaria

En todos los conflictos inter-personales entre personas privadas de la libertad o entre ellas y el personal penitenciario derivado del régimen de convivencia, procederá la Mediación Penitenciaria entendida como el proceso de diálogo, autoresponsabilización, reconciliación y acuerdo que promueve el entendimiento y encuentro entre las personas involucradas en un conflicto generando la pacificación de las relaciones y la reducción de la tensión derivada de los conflictos cotidianos que la convivencia en prisión genera. Para su aplicación, se seguirán las disposiciones contenidas en esta Ley, el Protocolo correspondiente y en la Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal.

De esta manera la mediación puede ser retomada en cualquier momento, tiene especial relevancia durante el proceso de tratamiento de rehabilitación por farmacodependencia, sobre todo cuando se busca motivar en el infractor la toma de conciencia por el daño causado a la víctima directa, a las indirectas y a sí mismo. Por ello, las diversas estrategias aplicables durante el tratamiento (como pueden ser talleres u otras dinámicas) deben focalizarse en esos tres ámbitos para promover valores, verbalizar emociones, autoestima, entre otros, lo que les permitirán lograr una mejor integración, convivencia y calidad de vida para su posterior reinserción en la sociedad.



Regla Nelson Mandela 107.

Se tendrá debidamente en cuenta, desde el comienzo de la ejecución de la pena, el porvenir del recluso después de su liberación, y se alentará y ayudará al recluso a que mantenga o establezca relaciones con personas u organismos externos que puedan favorecer su reinserción social y el interés superior de su familia.

Justicia terapéutica

Con la adopción de la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de 2010 y su Plan de Acción 2011-2015, los Estados Miembros de la Organización de Estados Americanos (OEA) acordaron “explorar vías para ofrecer servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a infractores de la ley penal dependientes de drogas, como medida alternativa a su prosecución penal o privación de libertad”.

La justicia terapéutica se configura así, como una opción plausible para el cumplimiento de este compromiso y aunque ésta no es de reciente creación, sino que ha sido aplicada dentro de las ciencias del comportamiento en los Estados Unidos de América desde la década de los ochenta, se ha venido incorporando a distintos ámbitos de la justicia, aportando aspectos que influyen en el bienestar emocional de las partes involucradas en el proceso.

La justicia terapéutica participa en el sistema de justicia no sólo desde la ciencia del derecho, sino con otras áreas del conocimiento, como la medicina, la psicología, la sociología y la criminología, para conocer y atender el mejor abordaje a fin de impactar positivamente en la sociedad.

Se diferencia de los Medios Alternativos de Solución del Controversias (MASC), ya que no busca desjudicializar el proceso, sino evitar, por una parte, la victimización secundaria, y por otra, asegurar la reparación efectiva del daño, además que la persona, una vez rehabilitada, no reincida.

De esta manera, la justicia terapéutica busca fomentar la práctica de una justicia humanista, donde se garantice el respeto a los Derechos Humanos y a la dignidad de aquellas personas que intervengan en un proceso judicial, evitando las molestias y el daño psicológico y social que puede producir un hecho delictivo, buscando además, una rehabilitación psicológica y social en los casos de mayor impacto o en aquéllos en donde la afectación haya sido inevitable.

Considera a la ley y al sistema de justicia como una fuerza social que producen comportamientos y consecuencias, que pueden ser terapéuticas o antiterapéuticas, en este último caso generando resultados contrarios a los que se desean.

Al hablar de justicia, se entiende no solamente el conjunto de disposiciones legales, sino también su proceso de creación y su aplicación en la práctica, no limitándose a lo penal, sino abarcando otras ramas del Derecho (civil, administrativo, laboral, entre otros).

Por su parte, el concepto *terapéutico*, se utiliza en su acepción más amplia de aquello que tiene consecuencias o efectos curativos o benéficos, y que puede hacer referencia a un ambiente, una situación, una ley, un proceso, etcétera.

En México, la ley ya está dada y el sistema establecido; pero, *¿cómo aplicarlos de manera menos dañina y bajo esquemas terapéuticos?* Y si el derecho penal en sí mismo es parte del monopolio legítimo de la violencia que ejerce el Estado en contra de las personas infractoras de la ley, y la ejecución de la pena una “retribución” por el mal causado que, en sí misma produce sufrimiento, causa una disminución o privación de bienes y derechos, entonces: *¿Cómo humanizarla produciendo beneficios sobre las personas que son privadas de la libertad?*

La Ley Nacional de Ejecución Penal (LNEP) incorpora en el Capítulo VIII,¹³ sobre justicia terapéutica, las bases para regular, en coordinación con las instituciones operadoras, la atención integral a personas sentenciadas, sobre la dependencia de sustancias, a través de programas de justicia terapéutica.

LNEP. Artículo 169 Objeto

El programa de justicia terapéutica es un beneficio de la sustitución de la ejecución de la pena que determina el Juez de Ejecución, por delitos patrimoniales sin violencia, cuya finalidad es propiciar la rehabilitación e integración de las personas sentenciadas relacionadas con el consumo de sustancias, bajo la supervisión del Juez de Ejecución, para lograr la reducción de los índices delictivos.

¹³ “Segundo. [...] Los artículos [...] 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 192, 193, 194, 195, [...] entrarán en vigor a más tardar dos años después de la publicación de la presente Ley o al día siguiente de la publicación de la Declaratoria que al efecto emitan el Congreso de la Unión o las legislaturas de las entidades federativas en el ámbito de sus competencias, sin que pueda exceder del 30 de noviembre de 2018.”

DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 170 DE LA LNEP, EL PROGRAMA SE BASA EN LOS SIGUIENTES ASPECTOS FUNDAMENTALES:

Los trastornos por la dependencia de sustancias son considerados una enfermedad biopsicosocial crónica, progresiva y recurrente que puede afectar el juicio, el comportamiento y el desenvolvimiento social de las personas;

- 1.** Debe impulsar acciones para reducir situaciones de riesgo de la persona sentenciada frente a la justicia sobre la dependencia en el consumo de sustancias;
- 2.** Debe garantizar la protección de los derechos de la persona sentenciada;
- 3.** Debe fomentar programas que promuevan estrategias de integración social mediante la participación del sector público y sociedad civil;
- 4.** Debe mantener una interacción constante entre la persona sentenciada, el Centro de Tratamiento, el Juez de Ejecución y los demás operadores;
- 5.** Debe medir el logro de metas y su impacto, mediante evaluaciones constantes y realimentar el procedimiento, a efecto de lograr una mejora continua, y
- 6.** Debe promover la capacitación interdisciplinaria y actualización constante del personal de las instituciones operadoras del sistema.

El procedimiento se fundamenta en una política de salud pública, y se reconoce que los trastornos por la dependencia de sustancias representan una enfermedad biopsicosocial crónica, progresiva y recurrente, donde es necesario un tratamiento integral.¹⁴

En la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de 2010, los Estados Miembros reconocen que la dependencia de drogas es una enfermedad crónica y recurrente.

El tratamiento o programa de atención, al ser integral, considera los diversos ámbitos de intervención (judicial, clínico e institucional), basándose en las leyes de salud y demás instrumentos jurídicos. Entre las modalidades de intervención a las que con mayor frecuencia se recurren, se encuentran: el tratamiento psicofarmacológico; psicoterapia individual, de grupo y familiar; sesiones de grupo de familias y con grupos de ayuda mutua; actividades psicoeducativas, artísticas, culturales y deportivas y terapia ocupacional y capacitación para el trabajo.

¹⁴ Artículo 171 de la LNEP.

EL PROGRAMA DEBE CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS: LNEP. ARTÍCULO 171. PRINCIPIOS DEL PROCEDIMIENTO:

Las estrategias del programa de las personas sentenciadas deben estar fundamentadas en una política de *salud pública*, reconociendo que los trastornos por la dependencia de sustancias representan una enfermedad biopsicosocial crónica, progresiva y recurrente que requiere de un tratamiento integral. Por tal motivo, el procedimiento se regirá bajo los siguientes principios:

I. Voluntariedad

La persona sentenciada debe aceptar someterse al programa de manera libre e informada respecto de los beneficios, condiciones y medidas disciplinarias que exige el procedimiento.

IV. Oportunidad

Debe fomentar la armonía social mediante acciones basadas en el compromiso de las personas sentenciadas y la satisfacción de la víctima u ofendido en cuanto a la reparación del daño.

VII. Complementariedad

Convivencia de programas dirigidos a la abstinencia y a la reducción de riesgos y daños, garantizando la optimización de los recursos existentes, analizando los planes y estrategias para el desarrollo eficaz del procedimiento.

II. Flexibilidad

Para la aplicación de incentivos y medidas disciplinarias, se considerará la evolución intermitente del trastorno por dependencia de sustancias durante el tratamiento como parte del proceso de rehabilitación.

V. Transversalidad

Es la articulación, complementación y homologación de las acciones e instrumentos aplicables en materia de los trastornos por dependencia de sustancias, por parte de las instituciones del sector público y social, en torno a la realización armónica y funcional de las actividades previstas en el marco de esta Ley, tomando en cuenta las características de la población a atender y sus factores específicos de riesgo.

VIII. Igualdad Sustantiva

Los beneficios del procedimiento deben garantizarse por igual a las personas sentenciadas.

III. Confidencialidad

La información personal de las personas sentenciadas en tratamiento estará debidamente resguardada y únicamente tendrán acceso a ella los operadores como un principio ético aplicable tanto a la información de carácter médica como la derivada del proceso judicial.

VI. Jurisdiccionalidad

La supervisión judicial debe ser amplia y coordinada para garantizar el cumplimiento de la persona sentenciada.

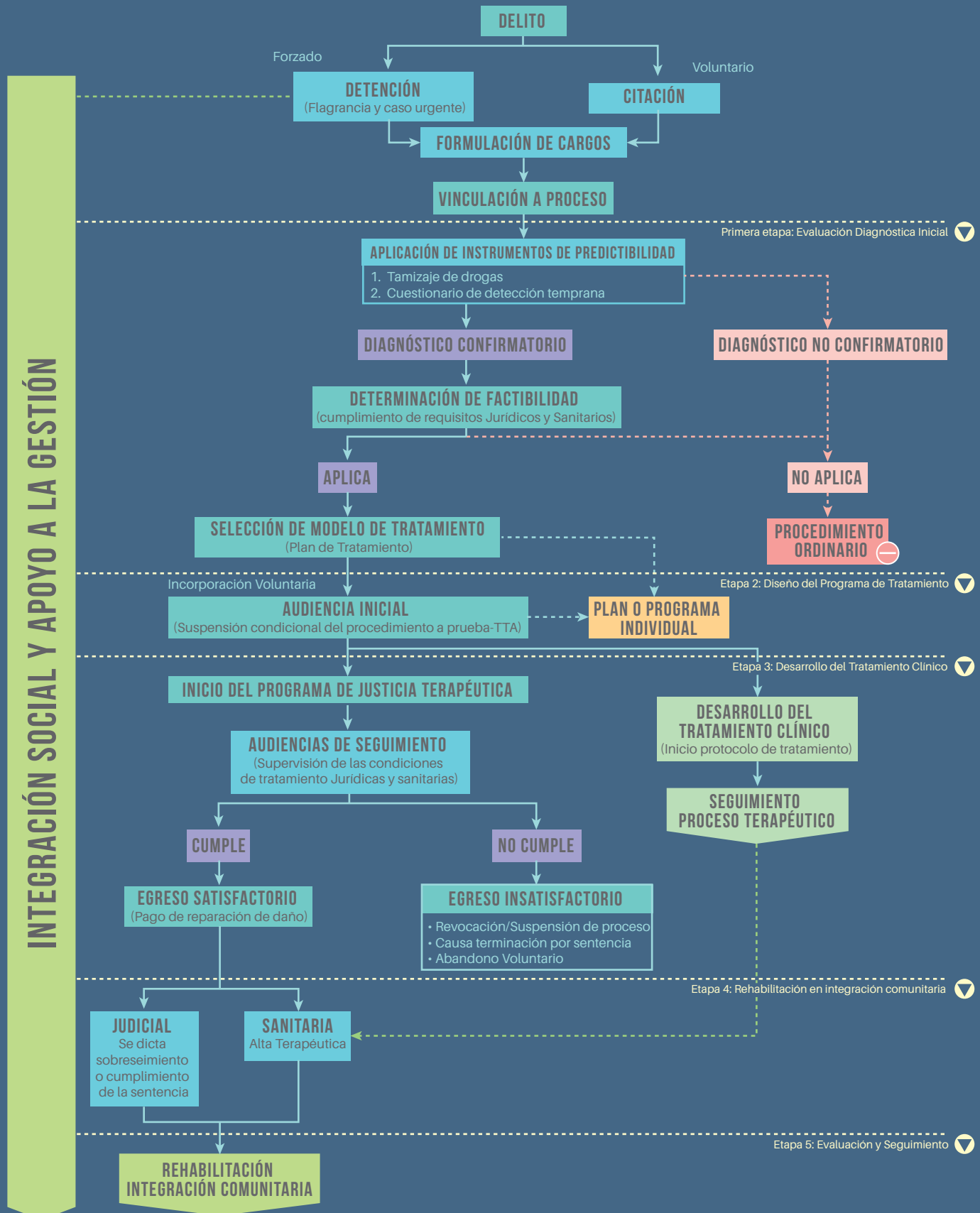
IX. Integralidad

Considerar a cada persona de forma integral y abordar la problemática como un fenómeno multifactorial.

X. Diversificación

Utilizar diferentes estrategias y métodos, abriendo nuevos campos de investigación y evaluación en las diferentes etapas del procedimiento.

FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA DE JUSTICIA TERAPÉUTICA



Para realizar el Programa, la Ley dispone que:

LNEP Artículo 176

La Federación y las entidades federativas deben contar con Centros de Tratamiento. El programa debe ser proporcionado por los Centros de Tratamiento sin costo, se aplicará con respeto de los derechos humanos y con perspectiva de género siguiendo los estándares de profesionalismo y de ética médica en la prestación de servicios de salud y cuidando la integridad física y mental de las personas sentenciadas.

En este sentido, la Ley señala que la persona sentenciada por delitos patrimoniales sin violencia, puede solicitar al Juez de Ejecución ser admitida en el programa de Justicia Terapéutica. Este aspecto es un tema que deberá analizarse para ampliar los criterios de inclusión para todas aquellas personas que pudieran ser candidatas de incorporarse al programa, sin que el hecho delictivo cometido sea el primer criterio de exclusión. En dado caso, se tendrá que considerar si reúne los requisitos de elegibilidad (garantizar la reparación del daño, expresar su consentimiento libre e informado y que el ingreso al programa no ponga en riesgo su propia salud, su vida, o las de la víctima), para que el Juez la canalice para ser evaluada y se le emita diagnóstico inicial en el Centro de Tratamiento.

Una vez que el Juez reciba en sentido positivo la evaluación inicial, solicitará un diagnóstico confirmatorio, así como el programa de tratamiento que le será aplicado.

De acuerdo con la norma, para poder citar a la audiencia inicial en la cual se precisan los antecedentes, se verifican los requisitos, se presenta a la persona sentenciada el programa que ha elaborado el Centro de Tratamiento, así como sus derechos y obligaciones, debe escucharse al Ministerio Público, al sentenciado y al defensor. En esta primera audiencia se fijará la periodicidad de las audiencias de seguimiento, (que serán al menos dos) mediante las cuales el Juez de Ejecución constatará el cumplimiento del programa y escuchará los resultados obtenidos en éste, en voz de la persona sentenciada.

Es importante mencionar, que en este caso, el programa, bajo los criterios que plantea la ley, se llevará fuera de un centro penitenciario y bajo la modalidad residencial o ambulatoria, de acuerdo a las necesidades y características de la persona sentenciada, así como la severidad del trastorno por dependencia al consumo de sustancias. Por ello, en cada una de las audiencias además del defensor y el Ministerio Público, también se contará con la presencia del personal del Centro de Tratamiento para ofrecer informes sobre los resultados obtenidos durante la rehabilitación.

Además, están previstas audiencias especiales cuando sea necesario cambiar de nivel de cuidado clínico, hacer evaluaciones médicas complementarias, autorizar salida de la jurisdicción o beneficiar en cualquier forma al proceso de rehabilitación.

Por otra parte, hay medidas disciplinarias cuando la persona sentenciada incumple con el programa, por ejemplo aumento de la supervisión judicial, pruebas toxicológicas e incluso su arresto, hasta por 36 horas, hasta que se tomen decisiones ulteriores si las conductas se reiteran. Al concluir el programa, se celebrará una audiencia de egreso mediante la cual el Juez de Ejecución evalúa los informes proporcionados por el Centro de Tratamiento y, de considerar que el programa se ha cumplido satisfactoriamente y se ha reparado el daño conforme a lo acordado, se da por concluida la sentencia.

Es pertinente plantear que, si presentan casos de falseamiento de información, antidopaje positivo, abandono

no del programa, se comete algún delito o faltas reiteradas a sesiones o audiencias, el programa puede revocarse, por lo que la alternativa de prisión no será una vía para evadir la responsabilidad, sino una forma menos agresiva de resolver los problemas penales, convirtiéndose en un movimiento en pro de la humanización de la justicia que puede ser de gran utilidad para el análisis profundo del nuevo sistema penal en México.

Tribunales de Tratamiento de Adicciones

Considerado un programa que produce bienestar emocional y psicológico en la ciudadanía, la aplicación de la justicia terapéutica, ha demandado la necesidad de crear estructuras judiciales especializadas para su atención, entre otras los Tribunales de Tratamiento de Adicciones (TTA).

De acuerdo con la OEA, los TTA constituyen una alternativa de tratamiento al encarcelamiento para infractores con problemas de farmacodependencia, involucra la desviación de la persona infractora de la prisión al tratamiento y rehabilitación bajo supervisión judicial. Los programas de los tribunales apuestan a romper el círculo vicioso de conductas delictivas, consumo de drogas y encarcelamiento.

En México, la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) establece que los TTA son un mecanismo de justicia alternativa el cual permite que una persona que cometió un delito no calificado como grave y acreditado como vinculado con el abuso o dependencia a alguna sustancia, se someta a un tratamiento de atención a las adicciones en lugar de que sea sancionado con pena privativa de la libertad. El tratamiento se efectuará bajo supervisión judicial, directa y periódica, a través de un esquema de coordinación entre el Sistema de Salud y el Sistema de Seguridad y Justicia.

Las generalidades de los TTA son:¹⁵

- Esquemas de rehabilitación y reintegración de los inculpados: Jurisprudencia Terapéutica o Restaurativa (tendencia mundial),
- Instrumento de vinculación entre el Sistema de Procuración e Impartición de Justicia con el Sistema de Salud.
- Mecanismo para disminuir tanto la reincidencia delictiva, como la recaída en el consumo de drogas; además de influir de manera directa en el descenso de la sobrepoblación penitenciaria.
- Beneficios económicos medibles: disminución de costos de encarcelamiento, de procesos judiciales, de tratamientos médicos, etcétera.

A nivel general, el modelo de tratamiento de adicciones de los TTA consta de cuatro fases:

1. Evaluación integral: determinar el estado clínico del participante con un enfoque integral,
2. Tratamiento integral, con énfasis en un proceso de rehabilitación,
3. Reinserción, y
4. Seguimiento.

¹⁵ Tribunales para el tratamiento de adicciones en México y su prospectiva. Secretaría de Salud/Comisión Nacional contra las Adicciones, 2014.

Los componentes del modelo de tratamiento de adicciones de los TTA son los siguientes:



Fuente: Tribunales para el tratamiento de adicciones en México y su prospectiva, SS-CONADIC

► *La justicia terapéutica y su aplicación jurisdiccional a través de los Tribunales de Tratamiento de Adicciones, procuran focalizarse en las respuestas que se deben dar frente a un delito, en el cual la persona que lo cometió no se encontraba en plena razón y voluntad al estar bajo el influjo de las drogas.*

Los TTA se pusieron en marcha en el país en 2009, cuando se implementó el Programa Piloto Juzgado Especializado para el Tratamiento de Adicciones en Nuevo León, dentro del Juzgado de Preparación de lo Penal de Segundo Distrito Judicial, en el Municipio de Guadalupe.¹⁵ Esta iniciativa se llevó a cabo con la coordinación entre la Procuraduría General de la República (PGR), la Procuraduría General de Justicia (PGJ), la Secretaría de Salud (SS), el Instituto de Defensoría Pública estatal y el Poder Judicial del Estado.

A partir de ese momento, los estados de Nuevo León, Morelos, México, Chihuahua y Durango han implementado sus TTA, a través de una cooperación tripartita entre el Gobierno Federal, autoridades estatales e instancias internacionales. Asimismo, los estados de Chiapas y Baja California están en proceso de implementar estos mecanismos de justicia terapéutica.

Este tipo de justicia y su aplicación jurisdiccional, a través de los Tribunales de Tratamiento de Adicciones, procuran focalizarse en las respuestas que se deben dar frente a un delito, en el cual la persona que lo cometió no se encontraba en plena razón y voluntad al estar bajo el influjo de las drogas. Estas estrategias promueven, no sólo la repa-

ración del daño a la víctima, sino también al tejido social. Se preocupan por atender al infractor como enfermo y curarlo y, en el camino también sanar las relaciones humanas que se vinculan con él. Al igual que la justicia restaurativa, la víctima es una parte esencial para que se logre el efecto sanador. A ésta se le tiene que haber reparado de manera efectiva por el daño causado y, al entender que su agresor es un enfermo, puede alcanzar a comprender el porqué de su actuar y quizá, hasta perdonarlo.

Abordar al delito con respuestas menos radicales debería ser la constante y no la excepción, es por ello que se hace necesario poner a consideración del poder legislativo no limitar el beneficio que implica la atención de sentenciados en Centros de Tratamiento únicamente para delitos patrimoniales sin violencia, y valorar las circunstancias en las que se presentó el hecho delictivo, las condiciones de intoxicación en las que se encontraba el infractor, la aceptación de la víctima para que pueda optarse por esta vía de justicia terapéutica, así como de otras circunstancias que pudieran ser relevantes para identificar riesgos de reincidencia y recaídas y pronósticos de rehabilitación, así como de una efectiva reinserción social.

¹⁵ Ramírez Hernández, Tania Tlacaelt. *La expansión de los tribunales de drogas en México. Cuadernos de Trabajo del Monitor del Programa de Políticas de Drogas*. México, CIDE, 2016, pág. 19.



Capítulo 5

MUJERES Y FARMACODEPENDENCIA EN PRISIÓN

“Las mujeres en particular parecen enfrentar barreras para el tratamiento, mientras que uno de cada tres consumidores de drogas a nivel mundial es una mujer, sólo uno de cada cinco consumidores de drogas en tratamiento es mujer.”

Yury Fedotov

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

► *Si bien es cierto que la población total privada de su libertad ha disminuido en los últimos años a nivel nacional, la población femenil reclusa ha tenido un comportamiento contrario, ya que ha ido en aumento.*

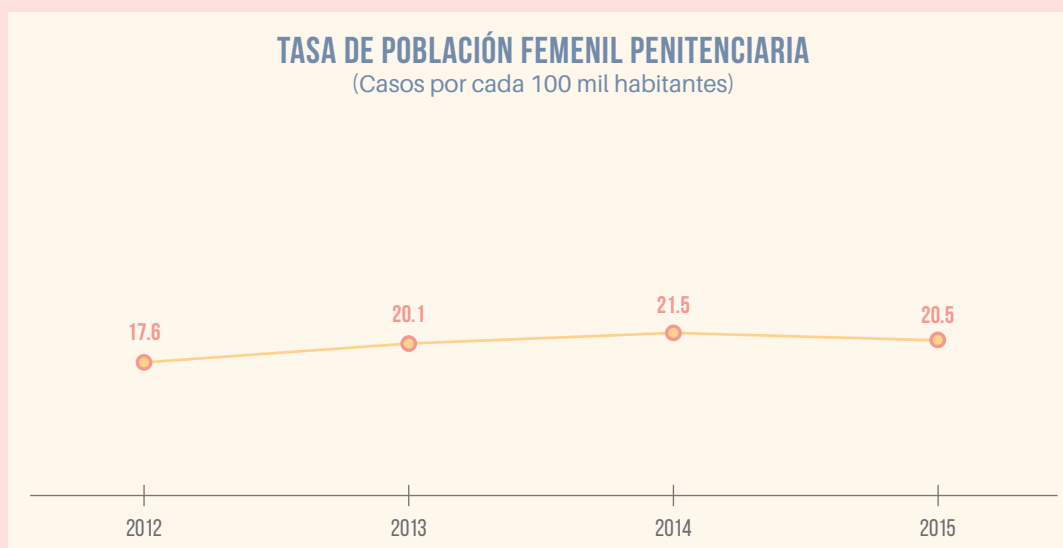
Es innegable reconocer que las condiciones de reclusión de las mujeres y los varones son completamente distintas ya que de los 358 centros penitenciarios que actualmente hay en el país, sólo 16 establecimientos estatales y un centro federal albergan exclusivamente a población femenil, los demás centros han sido destinados para el internamiento de población varonil y en aquéllos en donde hay mujeres, se acondiciona un área para ellas. Además, las actividades para la reinserción social sólo atienden las necesidades de la población masculina.

En diversas ocasiones la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha podido constatar las diferencias en el trato que reciben las mujeres en relación con el que se da a los varones, cuyo fundamento se encuentra en gran medida en los patrones socioculturales arraigados y a que cuantitativamente la población femenina no es compara-

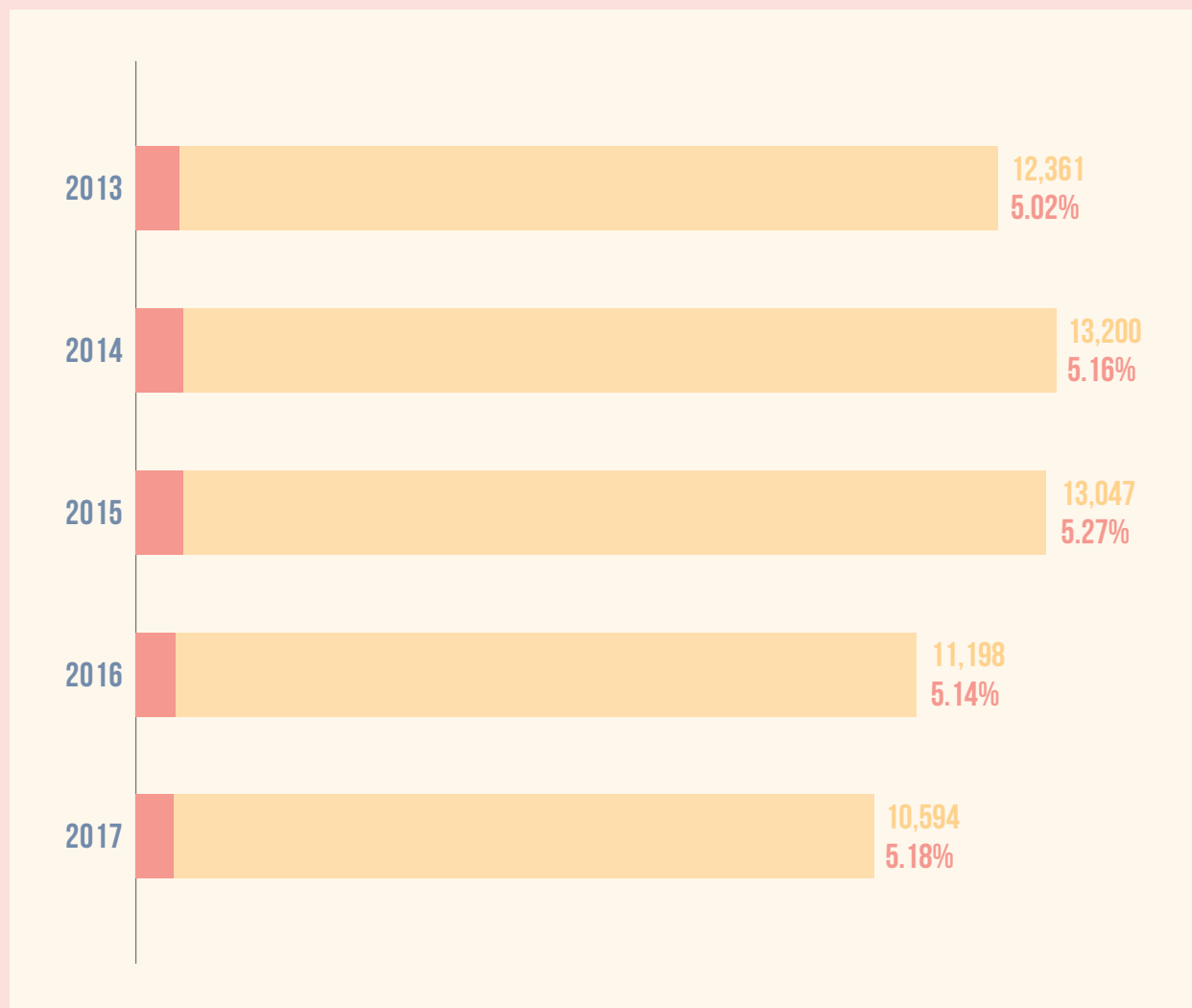
ble con la masculina, lo que produce el frecuente incumplimiento de las condiciones necesarias para garantizar la rehabilitación y reinserción social de las mujeres, poniendo de manifiesto la mayor vulnerabilidad que, sólo por razón de género, tienen las internas en muchos casos.

De acuerdo con el Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria de diciembre de 2017 hay 204617 personas privadas de la libertad en los centros penitenciarios del país, de las cuales 10 594 son mujeres, lo que equivale al 5.18% del total de la población reclusa.

Si bien es cierto que la población total privada de su libertad ha disminuido en los últimos años a nivel nacional, la población femenil reclusa ha tenido un comportamiento contrario, ya que ha ido en aumento. De acuerdo con el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG), la tasa de crecimiento de las mujeres privadas de su libertad aumentó en 16% de 2012 a 2015.



De acuerdo con los datos reportados en el Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria, tomando como referencia el mes de diciembre de 2013 a 2017:

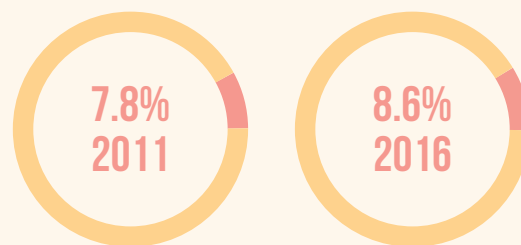


Los datos confirman que, aun cuando la población penitenciaria ha disminuido, el porcentaje de mujeres en internamiento, respecto de la población total en reclusión ha tenido un aumento en el último año.

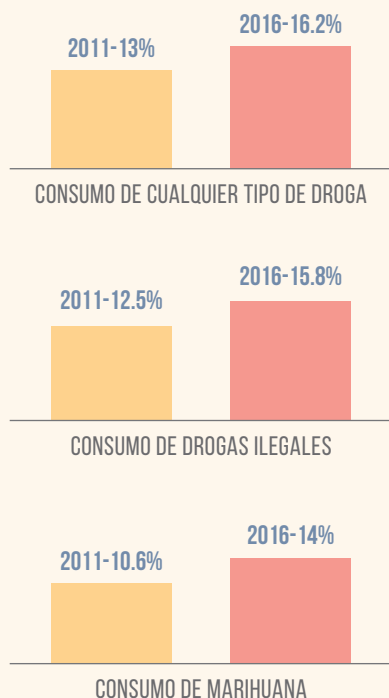
Farmacodependencia en mujeres

El Reporte de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017 establece que la población que alguna vez en su vida ha consumido algún tipo de drogas ha aumentado significativamente, al pasar de 7.8% en 2011 a 8.6% en 2016. En los hombres, de 2011 a 2016, el consumo de cualquier tipo de droga pasó de 13% a 16.2%; el consumo de drogas ilegales pasó de 12.5% a 15.8%; y el consumo de marihuana de 10.6% a 14%, respectivamente. En el caso de las mujeres, el consumo de marihuana aumentó casi el doble al pasar de 1.6% en 2011 a 3.7% en 2016; de drogas ilegales de 2.4% a 4.3%; y el consumo de cualquier droga aumentó de 3% a 4.8%.¹

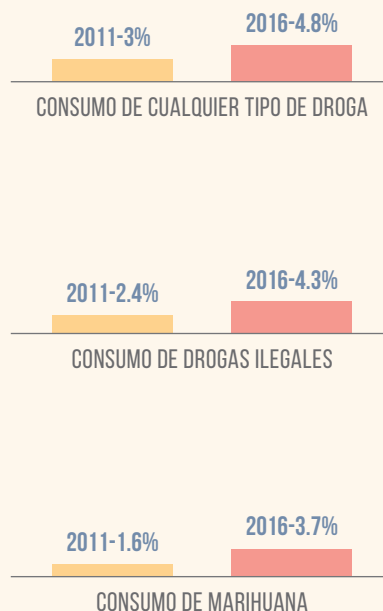
POBLACIÓN QUE ALGUNA VEZ EN SU VIDA HA CONSUMIDO ALGÚN TIPO DE DROGAS



HOMBRES



MUJERES



¹ SS. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017. Reporte de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)-SS, 2017.

De acuerdo con datos de la ENCODAT el 0.6% de la población que reportó dependencia a algún tipo de droga en 2016 era de 1.1% en los hombres, y del 0.2% en mujeres.² La siguiente tabla expone el aumento de consumo de drogas en las mujeres en México.

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE CONSUMIERON DROGAS, ALGUNA VEZ (Población femenina de 12 a 65 años)				
TIPO DE DROGA		2008 (%)	2011 (%)	2016 (%)
	Marihuana	1.40	1.60	3.70
	Cocaína	0.70	0.70	1.10
	Crack	0.20	0.10	0.20
	Alucinógeno	0.10	0.30	0.40
	Inhalables	0.20	0.30	0.60
	Metanfetaminas	0.20	0.40	0.40
	Drogas ilegales	1.90	2.30	4.30
	Cualquier droga	2.60	3.00	4.80

² Idem.

Del total de la población femenina encuestada que reconoció tener una dependencia hacia algún tipo de droga en 2016, sólo el 31.5% acudió a un tratamiento por desintoxicación, el 22% acudió a un tratamiento residencial como en estancia en un anexo. No obstante, sólo el 9.5% de las mujeres completó el tratamiento al que acudieron.³ Esta situación genera grandes problemas para las mujeres tanto en temas de salud como en sus relaciones sociales. En este último punto, la incapacidad para conseguir y mantener un trabajo es muy alta, sumado al estigma y exclusión a la que son sujetas.

Mujeres privadas de la libertad

Si analizamos la población de mujeres privadas de la libertad, podemos darnos cuenta que gran parte de las sentencias de las mujeres están relacionadas con delitos contra la salud no violentos, en una gran mayoría se trata de mujeres sin antecedentes penales.

El perfil promedio de las mujeres sentenciadas por estos delitos es en situaciones de alta vulnerabilidad económica y social, suelen ser mujeres jóvenes, y en la mayoría de los casos, son proveedoras de sus hogares. Frecuentemente, son mujeres que han sufrido discriminación y/o violencia antes del arresto.⁴

Aunque el consumo de drogas en mujeres es menor que en los hombres, las consecuencias son diferentes, generalmente más graves para ellas, no solamente por el mayor riesgo de victimización y de estigma, sino por motivos de salud relacionados con embarazos, etapas de lactancia, etcétera.

La Encuesta Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social realizada por el Centro de Inves-

tigación y Docencia Económicas (CIDE), establece que el 35.8% de las mujeres entrevistadas aceptó haber consumido algún tipo de sustancia durante las seis horas antes de haber cometido el delito. En su mayoría se trató de sustancias legales: 22.1% tabaco y 7.4% alcohol; en lo que se refiere a drogas ilegales, el 3.2% consumió marihuana y el 8.4% afirmó haber consumido crack o cocaína. Asimismo, el 3.2% de las mujeres entrevistadas se encontraba bajo los efectos de algún medicamento controlado (Rivotril, Aselix) durante las seis horas antes del delito.⁵ Es importante mencionar que estos datos no son significativos para establecer una relación directa o causal entre el consumo de drogas y la comisión de un delito, sin embargo, es información relevante para contextualizar que hay un problema de farmacodependencia que debe ser atendida.

La compleja situación que viven las mujeres privadas de la libertad es un factor que potencializa el posible consumo de drogas. La pérdida de libertad en muchos casos conlleva problemas de ruptura de los lazos familiares, abandono y deterioro de la salud lo cual produce depresión y estrés en las mujeres. Bajo este escenario, es frecuente que las reclusas busquen soluciones en el consumo de sustancias psicotrópicas.

Hoy en día, no se tienen datos específicos sobre el número de mujeres farmacodependientes privadas de su libertad, por tal motivo, tampoco se tienen programas de prevención y tratamiento eficaz que respondan al problema.

La farmacodependencia en mujeres no se ha reconocido como un problema de atención preponderante, debido a que representa un porcentaje menor a la población varonil. De acuerdo al Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria de 2016, en el 76.47% de los centros femeniles del país existen deficiencias en la atención de la farmacodependencia, lo que refleja el poco interés que se tiene sobre el tema.

³ *Idem.*

⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Audiencia sobre Mujeres, delitos de drogas y prisión preventiva en América Latina y el Caribe. 2016.

⁵ CIDE. Resultados de la Primera Encuesta realizada a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social. México, 2012.



Al respecto, la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de 2010, de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la OEA, consideraba en el numeral 21 que los modelos de tratamiento tomaran en consideración las necesidades de los distintos grupos de población, teniendo en cuenta factores tales como el género, la edad, el contexto cultural y la vulnerabilidad.

Las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok) ponen especial atención en el tema, desde la Regla 6, en donde se dispone que el reconocimiento médico comprenderá un examen exhaustivo para determinar, entre otros aspectos, “Posibles problemas de toxicomanía”.



Regla Bangkok 15.

Los servicios sanitarios de las prisiones deberán suministrar o facilitar programas de tratamiento especializado para las consumidoras de drogas, teniendo en cuenta su posible victimización anterior, las necesidades especiales de las mujeres embarazadas y las mujeres con hijos y la diversidad de sus respectivos contextos culturales.

Regla Bangkok 62.

Se deberá mejorar la prestación de servicios comunitarios de tratamiento del consumo de drogas en que se tengan presentes las cuestiones de género, habilitados para el tratamiento de los traumas y destinados exclusivamente a las mujeres, así como el acceso de estas a dicho tratamiento, a efectos de la prevención del delito y de la adopción de medidas alternativas a la condena.



Caso del Penal Miguel Castro Castro vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160.

303. Con respecto al tratamiento que deben recibir las mujeres detenidas o arrestadas, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha señalado que “no deben sufrir discriminación, y deben ser protegidas de todas las formas de violencia o explotación”. Asimismo, ha indicado que las detenidas deben ser supervisadas y revisadas por oficiales femeninas⁶

De esta manera, se vuelve necesario implementar programas que busquen una intervención en la salud de las mujeres farmacodependientes con un enfoque de género, con el objetivo de atender problemas particulares como planificación familiar, violencia, embarazo, abuso sexual y laboral, entre otros. Reconociendo la importancia de que éstos sean bajo un contexto multidisciplinario que ayuden a minimizar los efectos adversos del consumo de drogas a partir de:

- Información sobre adicciones;
- Prevención de adicciones en la población femenil privada de su libertad; y
- Tratamiento de adicciones en la población farmacodependiente.

⁶ Cfr. O.N.U., Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 11º período de sesiones. Recomendación general 19, La violencia contra la mujer. párr. 6.





Capítulo 6

MODELO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO: COMPONENTES

El principio básico de este modelo parte de la siguiente premisa:
a las personas con farmacodependencia que se encuentran
privadas de la libertad se les debe ofrecer un programa
de ayuda a través del acompañamiento multidisciplinario,
para dotarles de alternativas y lograr la reinserción social, buscando
lograr la abstinencia de manera definitiva
ante el consumo de drogas, con nuevas posibilidades
que les permitan mejorar su salud y la consolidación
de un proyecto positivo de vida.

► *es imprescindible que el Centro Penitenciario procure esquemas de seguridad para las personas que ingresan al programa, la familia, amigos que los visitan, así como para el personal que trabajará en su atención.*

El principio básico de este modelo parte de la siguiente premisa: a las personas con farmacodependencia que se encuentran privadas de la libertad se les debe ofrecer un programa de ayuda a través del acompañamiento multidisciplinario, para dotarles de alternativas y lograr la reinserción social, buscando lograr la abstinencia de manera definitiva ante el consumo de drogas, con nuevas posibilidades que les permitan mejorar su salud y la consolidación de un proyecto positivo de vida.

Existen diferentes programas encaminados al tratamiento de la farmacodependencia que integran diversos métodos, algunos coincidentes que se han presentado en este documento; de ahí la importancia de su mención y la relevancia también de visibilizar la necesidad de contar con un modelo orientado a derechos humanos específico para la atención de personas con farmacodependencia en prisión y que por criterios de exclusión normativa, no pueden tener acceso al programa de justicia terapéutica previsto en la Ley Nacional de Ejecución Penal (LNEP), en virtud de haber sido sentenciadas por delitos distintos a los patrimoniales sin violencia. De ahí la importancia de ampliar el marco legal a otros delitos, no únicamente los mencionados, que les permitan acceder al programa a otras personas y a los beneficios que este conlleva, siempre que se hayan cumplido el resto de los requisitos establecidos legalmente, o bien, de atender adecuadamente a las personas que se encuentran en prisión.



Pronunciamiento sobre antecedentes penales.

20. En este contexto el reconocimiento del proyecto de vida al cual todas las personas tienen derecho, va relacionado con la reinserción social efectiva de quienes salen de prisión a fin de que se les permita tener otra oportunidad.

Los principios rectores del modelo se guían por:

- El respeto de los derechos humanos,
- El valor a la individualidad,
- La dignidad de cada persona, y
- Las necesidades que exprese durante su proceso de rehabilitación, procurando que su recuperación física, mental, emocional y espiritual se logre teniendo como metas principales la abstinencia definitiva y el que pueda retomar su proyecto de vida.

Con base en estos principios, es imprescindible que el Centro Penitenciario procure esquemas de seguridad para las personas que ingresan al programa, la familia y su visita, así como para el personal que trabajará en el centro.

Etapas

A. Preliminar

Es importante difundir el programa y sus componentes entre toda la población penitenciaria, a fin de que reconozcan una vía de rehabilitación para adicciones. Aunado a ello, deben existir talleres de prevención de la farmacodependencia y otras estrategias y actividades adicionales a su difusión que coadyuven a que la problemática no siga creciendo en contextos penitenciarios, estas deberán ser impartidas por personal especializado del centro o externos.

Cuando haya personas interesadas en participar, se deberán cubrir los siguientes requisitos:

- Acudir de manera voluntaria ante el área de trabajo social para manifestar la intención de ingresar al programa.
- Dar consentimiento para que sean realizados estudios médicos, psicológicos y sociales. El consentimiento constituye un acto necesario e importante ya

que mediante éste, la persona asume su responsabilidad para ingresar al tratamiento.

- Firmar una carta compromiso (contrato terapéutico) de estadía en el programa hasta su conclusión.

Lo anterior permite asegurar que toda persona que se incorpore a este programa tendrá mayores probabilidades de concluirlo con éxito, por ello deben presentar buenas perspectivas de cambio y recursos personales suficientes para alcanzar el objetivo.

Es importante definir desde un inicio una relación de tipo horizontal y directa entre el personal y las personas en tratamiento, sin distinción de condición social, educativa, religiosa o sexual, ya que las personas no deben sentirse juzgadas para poder lograr entablar una comunicación abierta entre el personal y la persona en tratamiento, así como entre las personas en tratamiento, como con sus pares. Las experiencias en este tipo de programas, muestran que los vínculos que se van generando en el camino para lograr objetivos en común, se vuelven en sí mismos, terapéuticos.



B. Diagnóstico y pronóstico

Como se planteó en el capítulo segundo, existen diversas fases de consumo que deben ser identificadas en las personas sobre las cuales se hará la intervención. Para aplicarse únicamente a aquellas que lo requieran, para

ello se deberán evaluar sus necesidades de atención, ya que si bien el programa se aplica de manera general a todas las personas de la misma forma en algunas fases, en otras, el abordaje será individualizado.

ETAPAS DE CONSUMO	PROBLEMÁTICAS A IDENTIFICAR	ATENCIÓN NECESARIA
No consumo	Riesgo de generar dependencia	Prevención a través de intervenciones tempranas focalizadas.
Consumo experimental		Recomendar mayor comunicación.
Consumo ocasional		Programas de promoción de los derechos humanos a la salud y a la vida.
Consumo habitual	Trastornos derivados del abuso de drogas	Información sobre los riesgos existentes a la salud y a la vida.
Consumo abusivo	Trastornos graves del comportamiento y sobredosis	Reforzamiento de cambios conductuales para fomentar cambios en estilo de vida, abordaje psicoterapéutico.
Consumo dependiente o adicción		Programa de desintoxicación. Atención médica y psicológica. • Tratamiento del síndrome de abstinencia. • Mejorar autoestima y autocontrol. • Inclusión de la familia/cercanos. • Programa de rehabilitación y de prevención de recaídas. • Evaluación de otros cuadros ante patología dual. Frente a dudas diagnósticas o de tratamiento, canalización a servicios médicos.

Se debe partir del entendido de que la población atendida en el programa de tratamiento, primordialmente, es la que se ubica en las últimas fases (abusivo y dependencia o adicción); no obstante, las fases anteriores deben ser contenidas oportunamente a través de programas preventivos efectivos, a fin evitar que el problema siga presentándose y por el contrario vaya a la baja.

De esta manera, es necesario reconocer a las personas consumidoras en estas fases como enfermas con afectaciones severas en su contexto social, físico, mental y emocional que demandan tratamiento médico y apoyo psicológico, el cual debe ser extendido a su entorno familiar.



Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) vs. Venezuela. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de julio de 2006. Serie C. 150.

103. La falta de atención médica adecuada podría considerarse en sí misma violatoria del artículo 5.1 y 5.2 de la Convención dependiendo de las circunstancias concretas de la persona en particular, el tipo de dolencia que padece, el lapso transcurrido sin atención y sus efectos acumulativos.

Prevía incorporación al programa, el Comité Técnico responsable del tratamiento de adicciones, debe llevar a cabo una valoración que permita reconocer si la persona puede ser candidata para acceder al mismo.

Es importante establecer que no toda persona podrá ingresar al programa, ya que éste es voluntario; sin embargo, deben buscarse siempre estrategias para la atención de su adicción.

Por ello, es necesario contar en todos los casos con una historia clínica en la que se describa, en orden cronológico, los antecedentes médicos, familiares, sociales e individuales, la problemática y el estudio actual de la misma.

La importancia de la evaluación radica en identificar las necesidades específicas de atención, se debe comenzar desde el momento del ingreso de la persona al centro penitenciario a fin de poder reconocer su historia médica, toxicológica y psiquiátrica.

Tratándose de personas privadas de la libertad, la historia clínica puede ser muy completa y se integra al expediente médico, adicionalmente, cada una de las áreas aporta al expediente único de ejecución penal datos relevantes, por lo cual se tiene una gran cantidad de información sobre la persona.

Para la evaluación es necesario realizar una entrevista inicial en la que se recoja la siguiente información:

1. Historial de consumo, con especial atención en el uso o abuso de las sustancias que haya utilizado, el tipo de droga, dosis, tiempo de haberlas consumido, la forma de administrarla, desde cuando se utiliza y si hay periodos de abstinencia, identificando tratamientos anteriores, recaídas, consecuencias físicas, psicosociales, sociales, la situación actual; conciencia del problema, enfermedad y disposición a reducir o abandonar el consumo. En este primer momento se deberá anotar si ha sido tratado previamente, el tratamiento que se utilizó y el tiempo que duró de abstinencia. La valoración también debe reconocer el grado de dependencia física y la presencia de signos o síntomas de abstinencia o manifestaciones de intoxicación.
2. Dentro del historial se debe puntualizar si existe alguna enfermedad crónica u alguna otra derivada de la adicción o preexistente a ésta, identificando antecedentes médicos.
3. Asimismo, se debe plantear la historia psiquiátrica y psicosocial a fin de reconocer una patología dual en la que se identifique la presencia de trastornos afectivos, riesgo de suicidio, síntomas psicóticos, capacidad de autocontrol, agresividad y trastornos conductuales; el funcionamiento social del paciente (historia familiar, laboral, académica, social e interpersonal, así como antecedentes jurídicos). Es importante el diagnóstico y tratamiento específico de los trastornos psiquiátricos coexistentes, a fin de que la atención por la adicción tenga los mejores resultados.
4. Durante esta fase también es conveniente realizar los estudios y exámenes biopsicosociales pertinentes.

En la evaluación psicológica también puede resultar conveniente utilizar pruebas psicométricas que puedan apoyar en el diagnóstico:

- a. Dependencia: en entrevistas estructuradas tipo CIDI-SAM o semiestructuradas tipo SCAN, MINI plus;
- b. Gravedad de dependencia: SDS, LDQ;
- c. Problemas relacionados: ASI, EuropASI, OTI;
- d. Comorbilidad en el eje I: PRISM;
- e. Comorbilidad en el eje II: MCMI-II, SCID-II, IPDE;
- f. Calidad de vida relacionada con la salud: MOS SF36, WHOQOL.

Una vez concluida esta entrevista se establece el plan terapéutico. Es importante determinar los objetivos que deben revisarse periódicamente e introducir modificaciones siempre que sea necesario, a fin de garantizar que se adecua a las necesidades de la persona en tratamiento.

Asimismo, es relevante puntualizar que la entrevista antes planteada, debe formar parte de los protocolos de ingreso al centro penitenciario y no sólo de ingreso al programa, a fin de tener una detección temprana de la problemática; no obstante, debe hacerse también como parte del proceso de ingreso al programa.



C. Aceptación, ingreso y acogida

Una vez que la persona aspirante ingresa al programa, y firma el contrato terapéutico para implicarla en el plan de tratamiento su situación se formaliza. El ingreso debe ser solemne con los símbolos apropiados y estrategias de pertenencia.

La acogida debe ser amistosa, se debe explicar a las personas la importancia de pertenecer al grupo, para que se reconozcan como protagonista de su propio proceso de cambio. Por ello, el ingreso al programa es de manera voluntaria, concientizándolos de ser también parte del cambio de las otras personas que ingresen al mismo, en virtud de que motivar un alto grado de participación, empoderamiento y autorresponsabilidad en los procesos de cambio, ayuda a profundizar en sus logros y a elevar los niveles de impacto y permanencia, así como a evitar las recaídas.

En todo momento se debe prestar atención a los sentimientos de desesperanza que pueda haber en las personas que ingresan al programa, tratando de prevenir posibles fracasos.

El ingreso al programa implica también algún acto o ceremonia que genere una mística de cierre de una etapa dañina a la que no se pretende regresar, se puede optar por quemar alguna prenda o foto, algo que la persona haya escrito y que considere que quiere dejar atrás o bien sembrar una planta. Lo importante es motivar ese compromiso de ingreso y de oportunidad de un nuevo comienzo. Éste debe realizarse en conjunto con aquellas personas participantes que concluyen el programa, como una forma de visualizar el antes y el después del proceso.

Asimismo, en cada etapa que vaya concluyendo, se deben fomentar actividades premiales como una convivencia entre el grupo. Cada una debe reconocerse como cualitativamente superior, en cuanto incluye determinado número de alcances, llegando finalmente a la rehabilitación, lo que implica el alta y el egreso.

Tratamiento

A. Desintoxicación y estabilización

Una intoxicación ocurre cuando penetra un tóxico en el organismo en cantidad suficiente como para causar un daño. En el caso concreto del consumo de drogas, la adhesión a los lípidos del organismo (grasa corporal) de los elementos nocivos, perpetúan los efectos que producen los fármacos en el cuerpo.

El médico establecerá el tiempo requerido en cada persona para lograr el objetivo de desintoxicación que puede estar entre 5 y 10 días. El objetivo de esta etapa es facilitar el cese del consumo de la droga e iniciar el proceso terapéutico, buscando que el cuerpo quede poco a poco limpio.

El modelo no sugiere el uso de fármacos (agonistas o antagonistas), sino sesiones de depuración en espacios en donde pueda eliminarse la toxina a través del sudor, para ello es conveniente que se haga a través de baños de vapor, saunas o temazcales y ejercicio, bajo supervisión médica permanente.

A la par de la eliminación natural, debe suministrarse alimentación adecuada, así como líquidos en abundancia.

B. Rehabilitación

La importancia de la rehabilitación consiste en permitir el acceso a un modelo de intervención, como lo considera la Organización Mundial de la Salud (OMS) al señalar que este tratamiento se aplica al “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar lo más alto posible”.¹

¹ Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 30 Informe. OMS. Serie de Informes Técnicos.

En criminología, el tratamiento es el conjunto de actividades, con base en conocimientos científicos (antropo-bio-psico-sociales), que se dirigen a una persona para desarrollar sus potencialidades personales, para favorecer su integración social y disminuir el riesgo de cometer conductas antisociales.

No todo tratamiento criminológico es penitenciario, por el contrario, se debe luchar por difundir y extender los sistemas de tratamiento en libertad y cuando es necesaria la privación de la libertad, adecuar los espacios a fin de que el tratamiento pueda llevarse a cabo en ese lugar.



Reglas de Tokio 13.

13. Proceso de tratamiento

13.1 En el marco de una medida no privativa de la libertad determinada, cuando corresponda, se establecerán diversos sistemas, por ejemplo, ayuda psicosocial individualizada, terapia de grupo, programas residenciales y tratamiento especializado de distintas categorías de delincuentes, para responder a sus necesidades de manera más eficaz.

13.3 Cuando se decida que el tratamiento es necesario, se hará todo lo posible por comprender los antecedentes, la personalidad, las aptitudes, la inteligencia y los valores del delincuente, y especialmente las circunstancias que le llevaron a la comisión del delito.

Reglas de Mandela 91.

El tratamiento de las personas condenadas a una pena o medida privativa de libertad debe tener por objeto, en la medida en que la duración de la pena lo permita, inculcarles la voluntad de vivir conforme a la ley y mantenerse con el producto de su trabajo y crear en ellos la aptitud para hacerlo. Dicho tratamiento estará encaminado a fomentar en ellos el respeto de sí mismos y desarrollar su sentido de la responsabilidad.

En la Regla 92 del mismo ordenamiento, se precisa que, para lograr el fin propuesto, deben emplearse todos los medios adecuados (instrucción, orientación y formación profesional, asistencia social, desarrollo físico, apoyo religioso y moral, entre otros); para ello es necesario gozar de buena salud, por lo cual es de gran importancia la atención y tratamiento de los casos de farmacodependencia.

El tratamiento de la farmacodependencia consiste en una serie de intervenciones estructuradas en forma lógica y progresiva para tratar los problemas de salud y de otra índole, causados por el abuso de sustancias con el objetivo de aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Debe además ser integral y abarcar el mayor número de aspectos posible, ya que se trata de un problema con múltiples aristas.

Por ello, éste debe iniciar de manera simultánea al proceso de desintoxicación, a través de actividades clínicas, psicoeducativas y rehabilitadoras para modificar hábitos y actitudes que le estén dañando y por las cuales busca utilizar los fármacos.

Por tratamiento estructurado se entiende entonces a una serie de acciones con base en una determinación formal de las necesidades, una forma de intervención con supervisión, atención individual y colectiva dentro de un programa médico, social y psicológico, para promover la rehabilitación.

EXISTEN DIVERSAS FORMAS DE INTERVENCIÓN:

a
ATENDER
ENFERMEDADES
Y SECUELAS

b
PSICOLÓGICA:
TANTO INDIVIDUAL
COMO COLECTIVA

c
SOCIAL:
BÁSICAMENTE
EN EL CONTACTO
CON LA FAMILIA

d
OTRAS ACTIVIDADES:
EL DEPORTE,
LAS ACTIVIDADES
CULTURALES,
ARTÍSTICAS,
EDUCATIVAS,
LÚDICAS,
LABORALES,
RELIGIOSAS, ETCÉTERA

La Guía práctica de planificación y aplicación de tratamiento y rehabilitación para abuso de drogas. Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas, propone el siguiente esquema:



*SERVICIOS DE ACCESO DIRECTO PREVENCIÓN DE CONSECUENCIAS ADVERSAS

- Educación sobre el VIH/SIDA y demás enfermedades transmitidas por la sangre.
- Abastecimiento de material estéril para inyectables.
- Educación sobre los riesgos de sobredosis.
- Servicios básicos de supervivencia.
- Orientación en cuestiones jurídicas, de salud y bienestar social.

² Sustancia que actúa en sitios receptores para producir ciertas respuestas, por ejemplo, la metadona y la heroína son agonistas en los receptores opioides.

³ Sustancia que contrarresta los efectos de otro agente. Farmacológicamente un antagonista interactúa con un receptor neuronal para inhibir la acción de agentes (agonistas) que producen efectos fisiológicos o conductuales específicos por medio de ese receptor.

⁴ Concepto utilizado por la ONU como sinónimo de farmacodependencia.

Entre las diferentes intervenciones que se deben dar en esta etapa se encuentra, como ya se mencionó, la psicológica aplicada de manera individual, grupal y familiar.

En ésta se busca propiciar la adquisición de técnicas para el afrontamiento de un nuevo estilo de vida, sin la presencia de drogas. Ésta, al igual que la desintoxicación física, debe ser proporcionada por especialistas. Asimismo, se trabaja en las razones por las cuales se generó la adicción y en conjunto con otros especialistas y talleristas, se deben llevar a cabo pláticas de sensibilización para prevenir recaídas, así como para entender los efectos físicos, psicológicos, sociales, entre otros que provoca el consumo de fármacos.

Como una forma de romper la forma desordenada de vida de las personas con farmacodependencia, es importante plantear un régimen de trabajo y de rutina estricta diaria que sea asumido por todas las personas en tratamiento, buscando hacer de ésta un hábito que permita establecer cierto escenario de normalidad. Para ello deben establecerse tiempos determinados para el desarrollo de actividades, terapia y descanso.

Es importante destacar que, si bien el modelo no establece un tiempo determinado de duración de cada fase ya que pudiera variar el grado de evolución de persona a persona al haber algunas que, por su perfil y grado de compromiso, requieran de menor tiempo y otras que necesiten de mayor atención en cada proceso; se plantea como periodo promedio el de 100 días que abarcan desde el ingreso al programa hasta el alta terapéutica o egreso. No obstante, para lograr que toda persona egrese y mantenga las metas que se plantea a largo plazo, es importante ayudar a trabajar sus metas a corto plazo encaminadas primordialmente a:

1. Aceptar su problema de adicción a las drogas y las consecuencias que ésta ha generado en su vida y en la de su familia.

2. Reconocer su propia responsabilidad con relación al consumo de drogas, dejando de culpar a terceros de su situación personal.
3. Elaborar estrategias que le faciliten el abandono y permanencia en la abstinencia de consumo de sustancias. Identificar las conductas que le permitan desarrollar un estilo de vida diferente, que faciliten su abstinencia y posibiliten la incorporación social a través del aprendizaje de habilidades de competencia social.
4. Autoconocimiento de fortalezas y debilidades. La persona que concluya el programa deberá detectar aquellos factores que favorecieron su consumo y posterior dependencia, con los consiguientes resultados para su vida personal y familiar y estar dispuesto a no recurrir a éstos.
5. Aceptar que puede llevar una vida sin la dependencia de los efectos momentáneos que produce la droga.
6. Encontrar motivaciones que logren que la persona adquiera un papel activo y responsable en su proceso de mantenimiento de la abstinencia, al internalizar y asumir conscientemente que puede vivir sin el consumo de drogas y lograr el proyecto de vida que determine.
7. Reconocer y afrontar las situaciones favorecedoras de recaídas.
8. Identificar con claridad las redes de apoyo a las que recurrirá en momentos en los que pueda llegar a recaer.

113



Pronunciamiento sobre antecedentes penales.

59. Por otra parte, se asume que cuando una persona ha cumplido una sentencia, lo idóneo es que la reinserción social represente una segunda oportunidad y la realización del proyecto de vida.

C. Terapias aplicables

Es importante reconocer que existen diversos tipos de terapias que pueden ser aplicables en diversas fases del programa, éste puede ser dividido en temprana, intermedia y previa al egreso. También es pertinente puntualizar que si bien éstas son primordialmente psicológicas también las hay pedagógicas, artísticas y de desarrollo humano.

A continuación, se presenta un esquema que ofrece una variedad de terapias que pueden aplicarse a fin de apoyar en la rehabilitación de las personas con farmacodependencia en prisión.

TERAPIA	OBJETIVO	ÁREAS QUE INTERVIENEN	MECANISMOS DE APOYO	FASE EN LA QUE SE APLICA
Individual	Expresar sus problemas y emociones, a través de diversas estrategias dirigidas a incrementar y mantener el interés de la persona en el tratamiento.	Psicología Trabajo social Servicios médicos	Familia Pastoral penitenciaria	• Temprana • Intermedia • Previa al egreso
Motivacional	Promover en la persona aquel elemento que dará sentido a la rehabilitación para que se convierta en una razón para continuar en ésta, facilitando la adherencia al plan terapéutico.	Psicología Pedagogía Trabajo social Servicios médicos	Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil, Pastoral Penitenciaria, Voluntarios y Organizaciones No Gubernamentales (ONG).	• Temprana • Intermedia • Previa al egreso
Cognitivo-conductual	Arribar, a través de intervenciones, al análisis de los pensamientos y del comportamiento relacionado con el consumo de drogas para modificar las creencias y conductas, por otras más adecuadas o adaptativas.	Psicología Pedagogía	Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil, Pastoral Penitenciaria, Voluntarios y Organizaciones No Gubernamentales (ONG).	• Temprana • Intermedia • Previa al egreso

TERAPIA	OBJETIVO	ÁREAS QUE INTERVIENEN	MECANISMOS DE APOYO	FASE EN LA QUE SE APLICA
Sociodrama	Obtener una vivencia más exacta de la situación y encontrar una solución adecuada.	Psicología Pedagogía Trabajo social	Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil, Pastoral Penitenciaria, Voluntarios y Organizaciones No Gubernamentales (ONG).	• Temprana • Intermedia • Previa al egreso
Artística	Reducir el estrés, controlar comportamientos negativos, aumentar la autoestima y la autoconciencia, desarrollando la creatividad.	Psicología Pedagogía (Expresión artística) Trabajo social Criminología	Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil, Pastoral Penitenciaria, Voluntarios y Organizaciones No Gubernamentales (ONG).	• Temprana • Intermedia • Previa al egreso
Control de contingencias	Conocer y aprender con reglas claras y cumplimiento estricto.	Psicología Pedagogía Trabajo social Criminología	Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil, Pastoral Penitenciaria, Voluntarios y Organizaciones No Gubernamentales (ONG).	• Temprana • Intermedia • Previa al egreso
Familiares	Compartir los sentimientos respecto de la adicción. Asimismo, coadyuvar en el proceso de rehabilitación y mantener su sentido de pertenencia, reforzando aspectos de prevención y reincidencia; lo que incluye el fortalecimiento del proyecto de vida, autoestima e integración social y familiar.	Psicología Pedagogía Trabajo social Criminología	Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil, Pastoral Penitenciaria, Voluntarios y Organizaciones No Gubernamentales (ONG).	• Temprana • Intermedia • Previa al egreso
Grupales	Aceptar responsabilidades y compartir objetivos y metas.	Psicología	Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil, Pastoral Penitenciaria, Voluntarios y Organizaciones No Gubernamentales (ONG).	• Temprana • Intermedia • Previa al egreso

TERAPIA	OBJETIVO	ÁREAS QUE INTERVIENEN	MECANISMOS DE APOYO	FASE EN LA QUE SE APLICA
De realidad	Abordar situaciones que generen conflicto o malestar.	Psicología Pedagogía Criminología	Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil, Pastoral Penitenciaria, Voluntarios de universidades y de Organizaciones No Gubernamentales (ONG).	• Temprana • Intermedia • Previa al egreso
Ronda de señalamientos	Evalúa el nivel de compromiso grupal en torno al acatamiento de la norma, el ejercicio de los valores comunitarios y el grado de correctividad recíproca entre sus miembros.	Psicología Pedagogía Trabajo social Criminología	Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil, Pastoral Penitenciaria, Voluntarios de universidades y de Organizaciones No Gubernamentales (ONG).	• Intermedia • Previa al egreso
Confrontación	Promover el moldeamiento del comportamiento dentro del programa de rehabilitación.	Psicología Pedagogía Trabajo social Criminología	Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil, Pastoral Penitenciaria, Voluntarios de universidades y de Organizaciones No Gubernamentales (ONG).	• Intermedia • Previa al egreso
Afirmaciones positivas	Mejorar la autoestima y la identidad mediante una autoprogramación antes del descanso nocturno.	Psicología Trabajo social Custodia	Apoyo de otras personas en rehabilitación	• Intermedia • Previa al egreso
Retroalimentación	Asumir formalmente el compromiso concreto frente a su proceso de crecimiento personal.	Psicología Pedagogía Trabajo social Criminología	Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil, Pastoral Penitenciaria, Voluntarios de universidades y de Organizaciones No Gubernamentales (ONG).	• Previa al egreso
Ocupacional/ capacitación para el trabajo	Promover el sentido útil de la persona	Pedagogía Servicios pospenales	Bolsas de Trabajo, Universidades y diversas organizaciones No Gubernamentales (ONG) e instituciones públicas.	• Intermedia • Previa al egreso



Como ya antes se mencionó, el Sistema Teatral de Readaptación y Asistencia Preventiva (STRAP) es una técnica que se ha aplicado en diversos centros penitenciarios, se implementa en Islas Marías como parte de sus programas de rehabilitación para la farmacodependencia. Este es un método creado en 1990 por el maestro Jorge Correa, para guiar a los internos de una manera rápida y efectiva mediante el fenómeno teatral, al encontrarse inmerso en un proceso de reencuentro con ellos mismos.

STRAP no trata de formar actores, trata de recuperar hombres, hacia un verdadero teatro humano. Correa propone en el libro del mismo nombre⁵ diversas dinámicas que pueden ser aplicadas en centros de reclusión penitenciaria mediante terapias de arte, a continuación se retoman algunas:

MÁSCARAS		
Duración: 3 horas 30 minutos Material: material reciclado, pegamento, tijeras sin punta y crayolas.	Descripción: Cada persona creará una máscara con el material que se le proporcione que le permita mostrar y representar sus fuerzas vitales. Éstas se utilizarán en la Danza de las Máscaras y en la dinámica del <i>Freeze</i> .	Objetivo: Con esta dinámica las personas en el programa exploran su creatividad; la libertad de imaginar y crear una máscara, de utilizarla y expresar a través de ella, las emociones y vivencias que han quedado reprimidas por el encierro. Tener cubierto el rostro le permite mayor soltura.
FREEZE		
Duración: 1 hora 30 minutos Material: fotos deportivas	Descripción: Los participantes forman un círculo y comienzan a caminar en ese eje, cuando escuchan la palabra "freeze" deberán quedar detenidos, congelados sosteniendo la pose y el gesto que tengan en ese momento. Se repetirá varias veces procurando que sean sus expresiones corporales y faciales exageradas. En un segundo momento, se pedirá que toquen a un compañero (respetuosamente) cada vez que se diga la palabra "freeze", no podrán tocar más de tres veces a la misma persona. También puede ser llevada a cabo con fotos deportivas en la que se imite la expresión de las fotos.	Objetivo: Tendrán control del cuerpo y equilibrio entre emoción y representación. Se integrarán con los otros miembros del grupo rompiendo la apatía, recelo, coraje, miedo, aflicción o violencia. Debe cuidarse el contacto brusco para evitar conflictos.

⁵ Arjona, Dea (comp.). *Sistema Teatral de Readaptación y Asistencia Preventiva*. México, FONCA, 2017.

ABECEDARIO		
Duración: 30 minutos	Descripción: El instructor pedirá que los participantes le imiten a manera de espejo cada uno de sus movimientos en los que hará la silueta de las letras con pies y manos.	Objetivo: Recuperar psicomotricidad en los participantes.
ROMPECABEZAS		
Duración: 1 hora Material: Imagen ampliada del “Hombre de Vitruvio” de Leonardo Da Vinci e imagen del Mapamundi recortada a manera de rompecabezas (20 piezas colocadas en un sobre)	Descripción: Se crean dos equipos de 20 elementos, a cada equipo se entregará un sobre cerrado (con los respectivos rompecabezas).	Objetivo: Desarrollar la psicomotricidad del interno. Proporciona conocimiento del liderazgo de los participantes. Moraleja: “Es más fácil reconstruir al hombre que al mundo”.
DAME UNA MANZANA		
Duración: 1 hora y 30 minutos Material: Manzanas	Descripción: Se colocan 2 integrantes de cada equipo frente a frente. El equipo A le dice al B: “Dame una manzana”. A tendrá que convencer a B, con diferentes argumentos y posteriormente se invierten los papeles. Este ejercicio permite a los participantes a comunicarse con argumentos para lograr sus objetivos.	Objetivo: Se demostrarán las distintas fuerzas características de cada integrante, también se observará su ímpetu y fluidez en la comunicación y expresión corporal.
LA NEGOCIACIÓN		
Duración: 3 horas y 30 minutos Material: Silla	Descripción: Se coloca una silla. Se invitará a un participante a que se hinque delante de la silla y en ésta imagine a alguien con quien negociar la siguiente frase: “Te compro tu sonrisa, te vendo mi dolor”. El Mtro. Correa les dice “Quieres ser el hombre más feliz del mundo y le quieres vender tu dolor a alguien, véndeselo con la emoción que quieras”.	Objetivo: Con esta frase, se llega al manejo perfecto de las emociones. El interno llega a una verdad escénica. El teatro se vuelve un vehículo catártico sin discurso.

MNEMOTECNIA

Duración: 40 minutos	Descripción: Los integrantes se sientan en círculo; el instructor escoge a uno y le dice: “dime una fruta”. El instructor hará lo mismo con el siguiente integrante y le dará la orden: “repita la fruta del compañero y diga la suya” y así sucesivamente. El ejercicio se irá complicando por la falta de retentiva e imaginación de algunos participantes.	Objetivo: Se logrará que el integrante ejercite la memoria y la concentración.
-----------------------------	--	---

DON QUIJOTE Y SANCHO (MNEMOTECNIA)

Duración: 40 minutos Material: Fotos	Descripción: El instructor dirá una oración, después pedirá al grupo que repita la oración y preguntará que palabras les son desconocidas. La oración debe ser memorizada inmediatamente y memorizan una segunda. Del mismo modo se les pregunta cuáles son las palabras desconocidas, se memorizan la segunda oración y se les pide que las repitan en voz alta y así sucesivamente con cada oración. Entre cada oración el instructor realizará ejercicios de <i>freeze</i> con las fotografías. Los integrantes irán asociando la composición fotográfica con las oraciones.	Objetivo: Los integrantes lograrán una memorización rápida y efectiva del texto y lo conjuntarán con movimiento en el tiempo y espacio.
---	--	--

EMOCIONES

Duración: 1 hora y 30 minutos Material: 5 máscaras blancas sin expresión, música, 50 sobres con 50 emociones distintas a la anterior, ejemplo: alegría, miedo, amor, deseo.	Descripción: 5 integrantes del grupo pasan al frente y se les da una máscara blanca y un sobre, estos abrirán el sobre y recorrerán el espacio, al momento de escuchar “freeze” representarán la emoción y la sostendrán sin moverse por 3 minutos. El equipo restante identificará las emociones expuestas de una manera ordenada. Si alguien no logró interpretar su emoción, los demás darán su opinión para llegar a una unificación de grupo.	Objetivo: Al tener cubierto el rostro los participantes se ven obligados a expresar la emoción con el cuerpo; comúnmente todas las emociones las manejamos con el rostro y para lograr una mayor expresión se tienen que unir cuerpo, rostro y voz.
--	---	--

LA HISTORIA CANERA

Duración: 2 horas

Material: Hojas y plumas

Descripción: Se dictan 25 palabras específicas que detonan una atmósfera carcelaria y personal de los internos; por ejemplo: droga, dolor, familia, muros, rehabilitación, camino, muerte, etcétera. Con éstas palabras cada uno escribirá una breve historia de una a dos cuartillas, la cual posteriormente leerá en voz alta.

Objetivo: Esta dinámica sirve para comunicar emociones de aquello que han querido decir pero que no han podido expresar.

“Así como comienza la magia, con dinámicas como el *freeze* ¿qué es? Caminar sin dirección, como lo hemos hecho siempre, como ver quién pasa a nuestro lado, si ríe o llora, si tiene un problema, si un familiar se le murió, si malas noticias llegaron, si tiene miedo, si necesita un abrazo y te detiene una palabra: *freeze*. Te detienes y permaneces en la posición y la expresión que tu movimiento haya obtenido tocando al primero que encontraste. Yo lo asemejo como a las adicciones que me orillaron a estar aquí, el no pensar y tomar el primer pensamiento y ver que tu vida se detiene ante tus ojos, como dice René Descartes ‘pienso, luego existo’. Pero si hubiéramos pensado...”

Crónica anónima de un interno del CEFERESO No. 5.

D. Egreso

A la terminación del programa, se puede organizar una ceremonia formal de clausura. De ser posible con la asistencia de familiares y círculos cercanos de amistades. En ésta se hace un reconocimiento a cada participante por el esfuerzo realizado. Como ya se planteó, es conveniente que las ceremonias de ingreso y egreso se realicen en un mismo momento, a fin de inculcar en toda persona que comienza un rasgo de esperanza y en aquéllos que culminan la señal de que fue posible el logro de esa meta.

Seguimiento

Una vez terminado el programa, pueden existir dos situaciones:

1. Que la persona regrese con el resto de la población privada de la libertad en prisión y retome su plan de actividades, donde procede el seguimiento con reforzamientos y entrevistas periódicas.
2. Que la persona quede en libertad, canalizándola entonces con los servicios pospenales.

En ambos casos, el seguimiento es muy importante

En el primer caso, deben ser reubicados en un módulo dentro del mismo reclusorio en donde se encuentren otras personas que hayan egresado del programa, para que éstos funjan como redes de apoyo a fin de evitar recaídas.

Para el segundo caso, se debe recordar que se tiene un compromiso con toda persona liberada y la necesidad de orientarle sobre servicios de apoyo para sostener su abstinencia a través de monitoreo y control de recaídas, ya que en la mayoría de los casos las personas retornan a su mismo núcleo de procedencia que puede ser con una familia disfuncional o a un medio ambiente con consumo de sustancias, o incluso criminógeno, lo cual pondría en riesgo su rehabilitación si no está debidamente acompañado.



Reglas Nelson Mandela 88.

1. En el tratamiento de los reclusos no se recalcará el hecho de su exclusión de la sociedad, sino, por el contrario, el hecho de que continúan formando parte de ella. Con ese fin se buscará, en lo posible, la cooperación de organismos de la comunidad que ayuden al personal del establecimiento penitenciario en la tarea de reinserir a los reclusos en la sociedad.

Por ello, es importante el seguimiento, ya que el retorno a la sociedad es siempre un riesgo y de ahí los señalamientos en este sentido tanto en las normas nacionales como en los estándares internacionales.



Reglas Nelson Mandela 90.

El deber de la sociedad no termina con la puesta en libertad del recluso. Por consiguiente, se habrá de disponer de los servicios de organismos gubernamentales o privados capaces de prestar al exrecluso una ayuda pospenitenciaria eficaz que contribuya a disminuir los prejuicios contra él y le permita reinserirse en la sociedad.

En este sentido el área de servicios pospenales estará encargada de apoyar en el seguimiento de las personas egresadas en su reincorporación social mediante asistencia de carácter laboral, educativa, jurídica, social, moral y ocasionalmente económica, orientando hacia la prevención de conductas antisociales, reconociendo la importancia de contar también con la experiencia de estos egresados cuando se convierten en monitores de apoyo al programa y sus mejores publicistas.

LNEP Artículo 207. Servicios post-penales

Las Autoridades Corresponsables, en coordinación con la Unidad encargada de los servicios post-penales dentro de la Autoridad Penitenciaria, establecerán centros de atención y formará Redes de Apoyo Post-penal a fin de prestar a los liberados, externados y a sus familiares, el apoyo necesario para facilitar la reinserción social, procurar su vida digna y prevenir la reincidencia.

A través de los servicios post-penales, se buscará fomentar, la creación y promoción de espacios de orientación, apoyo y desarrollo personal, laboral, cultural, educativo, social y de capacitación, en general, de todas las áreas relacionadas con los ejes establecidos por el artículo 18 Constitucional a fin de facilitar la reinserción social además de promover en la sociedad la cultura de aceptación del liberado o externado. Los servicios post-penales se brindarán de forma individualizada conforme a las circunstancias de cada caso y a las posibilidades del sentenciado o externado y su familia. Para el cumplimiento de su objetivo, a nivel local y federal, la Autoridad Penitenciaria y demás autoridades corresponsables firmarán Convenios de colaboración con instituciones del sector público y privado que prestan funciones relacionadas con los servicios post-penales, con el objeto de canalizar a los liberados, externados y a su familia. De igual forma, existirá coordinación entre la Federación y los Estados o entre los Estados para el mejor cumplimiento de estos objetivos.

Infraestructura y equipamiento

Durante el programa, los participantes no tendrán contacto con el resto de la población, por ello debe desarrollarse en espacios independientes al centro penitenciario bajo un esquema de módulos terapéuticos. Estos deberán estar habilitados con celdas trinarías o con capacidad para cinco personas como máximo con sanitario integrado.

El resto de las instalaciones deberá ser suficiente, para dar atención, durante todo el tiempo que dure el programa, a un máximo de 40 participantes por generación.

En el Modelo de Prisión se sugerían, entre otros aspectos, dentro del tratamiento de adicciones, al menos los siguientes espacios:

- **Área de tratamiento clínico integral médico-psiquiátrico**, individualizado y con terapias grupales para su desintoxicación inicial.
- **Espacios de trabajo para el personal técnico**, ya sea en cubículos individuales o en espacios para terapias grupales.
- **Espacio para la visita familiar y una generosa área deportiva al aire libre**, en la que se incluyen canchas para basquetbol, voleibol, futbol y gimnasio.⁶

Para la desintoxicación se recomienda un espacio destinado a baños de vapor (sauna o temazcal) con regaderas.

De igual manera es importante que haya una sala de usos múltiples (cubierta), para las diversas actividades, un salón de clases y una biblioteca básica.

Esta sala de usos múltiples puede servir también para la visita familiar. Es importante que se cuente con al menos una habitación para visita íntima.

La visita debe estar peculiarmente controlada con una segunda garita con los instrumentos y detectores adecuados para evitar el ingreso de drogas.

El área técnica debe tener espacios adecuados, con cubículos individuales para exámenes, entrevistas y terapias personalizadas, y una enfermería para primeros auxilios.

Los servicios generales estarán de preferencia separados de los de la institución: lavado de ropa, almacén, y cocina, con especial atención a esta última, ya que en ocasiones puede ser oportuno preparar alimentación especial que permita a las personas desarrollar mejores hábitos alimenticios.

Es importante reconocer que el tratamiento implica un abordaje tanto físico, como psicológico/emocional, pero también espiritual. Por ello es aconsejable que el espacio cuente con una pequeña capilla ecuménica.

⁶ CNDH. *Un Modelo de Prisión. Criterios para un sistema orientado al respeto de los Derechos Humanos*. México, 2017, pág. 79.

Personal

Es importante reconocer que el personal debe contar con la motivación y las capacidades técnicas adecuadas para ejecutar un programa para la debida atención de la farmacodependencia.

LGS Artículo 191

La Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del Programa contra la Farmacodependencia, a través de las siguientes acciones:

- I. La prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes;
- II. La educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales, y
- III. La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento.

125



Regla Nelson Mandela 25

El servicio de atención sanitaria constará de un equipo interdisciplinario con suficiente personal calificado que actúe con plena independencia clínica y posea suficientes conocimientos especializados en psicología y psiquiatría.

Regla Nelson Mandela 74

1. La administración penitenciaria seleccionará cuidadosamente al personal de todos los grados, puesto que de la integridad, humanidad, aptitud personal y capacidad profesional de dicho personal dependerá la buena dirección de los establecimientos penitenciarios.

Regla Nelson Mandela 74

Todo el personal penitenciario deberá conducirse y cumplir sus funciones, en toda circunstancia, de manera que su ejemplo inspire respeto y ejerza una influencia beneficiosa en los reclusos.



Caso Ximenes Lopes vs. Brasil.
Sentencia de 4 de Julio de 2006.
Serie C, No.149.

103.89. [...] la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, 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. La Corte considera que los Estados tienen el deber de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y a la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado.



El personal deberá estar compuesto por profesionales y técnicos ya el que el éxito del modelo depende en su mayor parte de la capacidad y entrega que tenga este equipo.

En algunas fases, las personas en tratamiento llevarán a cabo labores que permitan desarrollar responsabilidad por el cuidado de pares y también por el mantenimiento del recinto, ello con el objetivo de coadyuvar en el proceso educativo y social a través de principios que son centrales en la vida de toda persona como la democracia, la solidaridad, la participación, el respeto, entre otros.

Por ello, debe reconocerse que cada persona en tratamiento es parte de su propio proceso de cambio, pero tam-

bién, un espejo para otros que se comprometieron a cumplir. En esta interacción, los más avanzados representan un ejemplo que es posible alcanzar con la meta planteada, de esta manera cada persona en tratamiento es un modelo del proceso de cambio.

Es importante reconocer que cada miembro del equipo que coadyuvará en el tratamiento de las personas con farmacodependencia juegan un rol muy importante y no debe entenderse su intervención de manera jerárquica sino horizontal, así, cada área intervendrá durante el desarrollo del programa de la siguiente manera:



Seguridad y custodia:

Este personal es pieza clave en el modelo, por lo cual deben ser cuidadosamente seleccionados y capacitado, no solamente para vigilar que no ingrese ningún tipo de droga, sino también para apoyar en la gran cantidad de actividades que implica la rehabilitación.



Jurídica:

Organiza los expedientes jurídicos de las personas que ingresan al programa e identifica a aquellas que puedan acceder a beneficios una vez concluido el mismo. Son el puente de vinculación con los jueces de ejecución o de garantías a fin de informar el estado de evolución de la persona dentro del programa.



Área Médica:

Es el área encargada de elaborar la historia clínica, de actualizar su expediente con la evolución que tenga sobre el tratamiento. Asimismo, determina las dietas específicas que necesite y supervisa constantemente su estado de salud física. De igual manera debe involucrarse impartiendo talleres y cursos relacionados con educación para la salud.

Las personas con farmacodependencia sufren un mayor número de padecimientos por sus propias características, es común que tengan secuelas y enfermedades que no tienen que ver propiamente con el consumo de drogas, por lo cual requieren regularmente una mayor atención médica.



Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Principio 1. El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas, tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas.



Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Sentencia de 4 de Julio de 2006. Serie C, No. 149.

130. La Corte considera que todo tratamiento de salud [...] debe tener como finalidad principal el bienestar del paciente y el respeto a su dignidad como ser humano, que se traduce en el deber de adoptar como principios orientadores del tratamiento [...] el respeto a la intimidad y a la autonomía de las personas. El Tribunal reconoce que este último principio no es absoluto, ya que la necesidad misma del paciente puede requerir algunas veces la adopción de medidas sin contar con su consentimiento. No obstante, [...] Cuando sea comprobada la imposibilidad del enfermo para consentir, corresponderá a sus familiares, representantes legales o a la autoridad competente, emitir el consentimiento en relación con el tratamiento a ser empleado.



Psicológica:

Coadyuva con el área médica en la selección del aspirante y mantiene acompañamiento en todo el proceso de evolución del programa. Desarrolla terapias individuales, grupales y familiares, y proporciona terapias de confrontación, entre otras actividades.



Criminológica:

En conjunto con el área de psicología busca, a través de diversas estrategias, disminuir el riesgo de reincidir en la comisión de conductas antisociales.

Durante el proceso en que una persona desarrolló una farmacodependencia, también desplegó conductas negativas que con el paso del tiempo se reforzaron; ante ello, la intervención psicológica está encaminada a modificar estas conductas en sentido positivo, buscando que la persona sea capaz de elevar considerablemente sus niveles de autoestima, mediante el conocimiento y reconocimiento de sus potencialidades y capacidades latentes reales, lo que ciertamente debe redundar en el logro de altos niveles de autoconfianza y seguridad personales. Es decir, que sea capaz de mejorar su calidad de vida que le permita disfrutarla del modo más positivo y constructivo para sí y para los demás.

Existen diversas técnicas y modelos psicológicos que han demostrado su eficacia en la atención de las adicciones, por lo que este apoyo es indispensable en todo programa de rehabilitación.



Trabajo Social:

Es el área encargada de la atención y enlace con la familia y el mundo exterior, con todo lo que implique su esfera social.



Deportiva:

Coordina la actividad física y todos los procesos de desintoxicación que le correspondan.



Educativa:

Brinda apoyo pedagógico durante todo el programa, interviene también en el desarrollo de talleres de valores, artísticos y lúdicos, así como en aquéllos encaminados al reaprendizaje de conductas y hábitos para evitar recaídas.

Un aspecto muy importante es el manejo de actividades culturales y artísticas, ya que el arte permite que las personas expresen sus emociones de diferentes maneras, ya sea a través de la pintura, el teatro, el baile, el dibujo, el canto, entre otros. Al implicar los sentidos, pueden expresar su mundo interior y plasmar lo que su imaginación y creatividad les permitan, asimismo es una estrategia idónea para desarrollar la autoestima y el autoconocimiento.

Principios éticos

Todo aquél que intervenga en el programa deberá tener siempre presentes los principios deontológicos de una buena práctica profesional: en el caso de tratamiento y rehabilitación de personas con farmacodependencia en prisión, algunas de estas normas tienen una peculiar relevancia.

A. Principio de autonomía:

Es el derecho a la libertad y a la autodeterminación. Se le llama también principio de voluntariedad, en cuanto el tratamiento debe recibirse en forma voluntaria.

Para que la voluntad sea plena, la persona debe estar bien informada, saber en qué consisten las intervenciones, cuánto tiempo durarán, si existe algún riesgo, qué resultados se esperan y qué beneficios obtendrá con el tratamiento.

Algunas personas participan en el programa con la esperanza de obtener beneficios penitenciarios, lo cual es válido y no implica que la voluntad esté viciada; en este caso depende del equipo técnico lograr que se llegue al objetivo de rehabilitación.

En conclusión, la voluntad de la persona debe ser explícita e informada; por esta razón, en la mayoría de los programas que se aplican actualmente, no se habla de *pacientes o internos*, sino que se les denomina voluntarios.

B. Principios de beneficencia y no maleficencia:

El principio de beneficencia implica la obligación moral de actuar a favor de los legítimos intereses y el bienestar de los demás, a mayor razón cuando se trata de personas privadas de su libertad.

La beneficencia conduce a promover los derechos de las personas y a buscar los mayores beneficios para cada quien.

El principio de no maleficencia proviene de la clínica y consiste en no dañar innecesariamente en el sentido de no causar más daño del que se pretende remediar.

El principio de *primum non nocere* se ve claramente reflejado en la Regla Nelson Mandela número 3:

La prisión y demás medidas cuyo efecto es separar a una persona del mundo exterior son afflictivas por el hecho mismo de que despojan a esa persona de su derecho a la autodeterminación al privarla de su libertad. Por lo tanto, a excepción de las medidas de separación justificadas y de las que sean necesarias para el mantenimiento de la disciplina, el sistema penitenciario no deberá agravar los sufrimientos inherentes a tal situación.

C. Principio de justicia:

Consiste en repartir derechos y obligaciones, beneficios y cargas, para reducir las desigualdades y dar a todos las mismas oportunidades.

De aquí se desprende claramente el principio de igualdad y el de no discriminación (Regla Nelson Mandela 2), por lo que debe darse la oportunidad de acceder al tratamiento a todos, sin hacer discriminación alguna, la selección debe realizarse con base en criterios puramente técnicos.

La segunda parte de la Regla referida proporciona también una aclaración importante:

2.2. Con el propósito de aplicar el principio de no discriminación, las administraciones penitenciarias tendrán en cuenta las necesidades individuales de los reclusos, en particular de las categorías más vulnera-

bles en el contexto penitenciario. Se deberán adoptar medidas de protección y promoción de los derechos de los reclusos con necesidades especiales, y dichas medidas no se considerarán discriminatorias.

Existen varias reglas para poder cumplir con los principios torales (autonomía-beneficencia-No maleficencia-Justicia):

1. Veracidad

Decir siempre la verdad, esto en el medio penitenciario es particularmente importante, nunca hacer falsas promesas.

2. Fidelidad

Cumplir con las promesas y compromisos que se hicieron.

3. Confidencialidad

El respeto a los datos privados y a la información personal del sujeto es parte importante del secreto profesional.

4. Privacidad

No invadir la intimidad de la persona, no requerir más datos que los estrictamente necesarios.

Redes de apoyo

A. Mecanismos institucionales y comunitarios

El modelo implica involucrar a la comunidad y a otras instancias e instituciones que puedan proporcionar apoyo y asistencia, ya que el problema es complejo y es necesario la intervención de otros actores que ayuden en el proceso.

La participación de la comunidad es fundamental, debe estar enterada del programa para difundirlo y apoyarlo; la opinión comunitaria es importante en el desarrollo y éxito de este modelo.

La firma de convenios y la formación de una red de instituciones, tanto privadas como públicas, redundan en grandes beneficios, ya que cubren las deficiencias y enriquecen el programa.

B. Familia y redes sociales

El modelo considera relevantes aspectos como la familia y la red social de la persona interna que representan bases fundamentales para su proceso de rehabilitación. Es importante que durante el proceso la persona en tratamiento pueda expresarse libremente, pero también se permita a sus redes cercanas hacer lo mismo, comunicar sus emociones, compartir experiencias y, en la medida de lo posible, motivar a su familiar o amigo a continuar trabajando contra la adicción. Ello debe ser siempre atendido por un experto en mediación, preferentemente, a fin de que estas dinámicas logren los objetivos que persiguen, siempre dentro de un marco de respeto de los valores y derechos inalienables del ser humano y en un ambiente de solidaridad y fraternidad.



Reglas Nelson Mandela 106.

Se velará particularmente por el mantenimiento y mejoramiento de las relaciones entre el recluso y su familia que redunden en beneficio de ambas partes.

Normas

El modelo debe tener un reglamento propio en el que se establezcan de manera clara los objetivos del programa y las obligaciones específicas del personal de apoyo. Asimismo, debe especificar que toda persona que ingresa al programa tiene la obligación de participar activamente en su propio proceso de rehabilitación, respetar al personal y a sus compañeros con el objetivo de lograr las metas establecidas en el contrato terapéutico.

De igual forma, es importante determinar que toda persona en tratamiento tiene derecho a:

- Un ambiente digno y libre de violencia.
- Ser tratada con dignidad y respeto por el personal.
- Ser protegida contra todo tipo de maltrato físico, psicológico y sexual.
- Tener acceso a atención médica oportuna en el caso de requerirla.
- Contar con información clara, veraz y completa acerca del programa terapéutico, incluyendo las obligaciones que debe cumplir.
- Recibir el tratamiento sin ser obligadas a realizar labores que benefician a los miembros del equipo profesional o a otras personas en tratamiento.
- Recibir información sobre las sanciones a las que se hará acreedora en caso de faltar a dichas normas.
- A la confidencialidad de la información que se genere sobre su persona durante el tratamiento.
- Autorizar o negar grabaciones, videos y/o fotos que se hagan de su persona o de actividades en las que participen.
- Retirarse del programa, en cualquier momento, sin que ello amerite sanciones o algún tipo de presión o maltrato físico o psicológico.

Finalmente, el éxito de todo programa no radica solamente en su estructuración, sino en contar con los espacios e infraestructura necesarios, con el personal adecuado, reconociendo que el recurso humano es verdaderamente importante para el éxito de cualquier modelo y, por otra parte, dar seguimiento al logro de las metas y cumplimiento de los objetivos que el programa persigue. También es necesario determinar si es proporcional el número de personas que ingresan al programa, al número de participantes que egresan, es importante incorporar cualquier otro componente que pueda ser referido como indicador de cumplimiento, a efecto de hacer valoraciones cuali y cuantitativas.

De igual manera, es conveniente conocer y valorar la convicción y pasión que refleja cada persona que en él participa. Ya sea como personal o institución vinculada, o bien, como persona en internamiento responsable de su propio tratamiento y del de otros.



LOS EXPERTOS OPINAN

Este libro reúne la criminología y la ciencia de las soluciones de rehabilitación a la drogadicción. Se basa en todas las normas importantes de la ONU sobre prisiones y en la nueva y relevante visión acordada por los gobiernos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

México, como Estados Unidos, enfrenta una crisis en su sistema carcelario abarrotado en parte, provocado por quienes eligen confiar demasiado en el castigo, continúan una guerra fallida contra las drogas y prestan poca atención a la prevención que reduciría las tasas escandalosas del homicidio, entre otros delitos. Los derechos humanos de los prisioneros y las víctimas han sido olvidados y el ideal de la rehabilitación se ha ahogado en demasiados prisioneros por quienes se hace poco, más allá de su internamiento.

Entonces, este libro se publica en un momento importante y su principal contribución es recordarnos la relevancia de la rehabilitación para combatir la drogadicción, proporcionando el material clave para la gestión y la prevención terciaria de las adicciones. Su enfoque está en la rehabilitación y la reintegración social. Reconoce las superposiciones entre enfermedad mental, crimen y adicción. Utiliza tanto el conocimiento científico como las normas internacionales de Derechos Humanos.

Es fácil de usar ya que el texto es una combinación de comentarios con gráficos que resumen el material o proporcionan citas directas de instrumentos importantes de la ONU, como las Reglas de Mandela sobre rehabilitación o la nueva y emocionante visión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Incluye una breve discusión sobre los esfuerzos del siglo XXI para la prevención en lugar del encarcelamiento, como los tribunales de drogas y la justicia restaurativa. Se refiere a la nueva cara de la prevención del crimen. Será importante profundizar más sobre la prevención inteligente y ascendente, pero este libro no puede hacerlo todo.



IRVIN WALLER

Miembro Fundador del Centro Internacional
para la Prevención de la Criminalidad.
Profesor de la Universidad de Ottawa.

A lo largo de tres décadas de visitas a prisiones en distintos países del mundo, en las que siempre me dispuse a contactar personalmente a los internos, me encontré con un gran número de hombres y mujeres con dependencia a las drogas. Confieso que me causaba una inmensa tristeza su figura, especialmente cuando se trataba de jóvenes usuarias, compulsivas, abandonadas desde muy temprano a su propia suerte, proclives a autoleccionarse o cometer suicidio. Cierta vez, una de ellas, embarazada, me mostró sus brazos, que había cortado la semana anterior; su gesto era de súplica y los custodios me informaron que había ingresado como dependiente, mientras otras reclusas, en aquel mismo penal, se habían acercado a las drogas durante el período de su detención.

En una ocasión en México, tuve acceso a un programa de desintoxicación voluntaria que me dejó una honda impresión por sus resultados positivos. Los médicos informaron sobre los bajos índices de reincidencia y los internos, a su vez, confirmaron su confianza en el tratamiento. El ánimo se renovó y en los años siguientes he insistido para llamar la atención sobre el tema.

Ahora, a través de la lectura de este importante *Modelo* (que reúne criterios para un sistema orientado respecto a los derechos humanos), organizado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, en el que se expone la radiografía de la farmacodependencia intramuros y las bases para mejorar el manejo y prevención de adicciones, al mismo tiempo en que se presentan buenas prácticas nacionales, pude recordar aquel proceso mencionado y reencontrar la creencia de que sí es posible rescatar la esperanza, “una palabra cargada de porvenir”, en lenguaje de Julieta González Irigoyen, en su libro *La civilización en la sombra: historia, razón y pensamiento poético*. Me imagino que la escritora mexicana ha leído al filósofo griego Aristóteles, autor de *Ética a Nicómaco*, para quien la esperanza era “un sueño hecho de despertares”.

Mis felicitaciones a los organizadores de este *Modelo*, que sin duda será de gran importancia en el sistema penitenciario.



CÉSAR BARROS LEAL

Presidente del Instituto Brasileño de Derechos Humanos.
Catedrático de Derecho Penal de la Universidad de Fortaleza, Brasil.

La farmacodependencia es uno de los grandes problemas que está presente en casi todas las prisiones en mayor o menor medida, de aquí la trascendencia innegable de esta obra denominada *Un modelo de atención y tratamiento para las personas con farmacodependencia en prisión*, que en sus seis capítulos aborda de manera clara esta problemática, independientemente del momento en el cual el interno adquiere la farmacodependencia.

El estigma social y jurídico que se adquiere por ser delincuente y farmacodependiente definitivamente pone al interno en una situación de vulnerabilidad que se vislumbra significativamente para tratar su adicción, por lo que se requiere que la prisión cuente con una infraestructura física adecuada, así como de personal especializado y políticas internas, planeación y ejecución de programas preventivos y de tratamiento. En el preventivo se requiere que el interno no llegue al consumo de droga alguna, estableciendo actividades deportivas, escolares y artísticas. Por otra parte, en el tratamiento se trabaja con quienes ya son farmacodependientes, teniendo como finalidad el abandono del consumo de la droga.

Dentro de esta obra se ha incluido como punto importante el enfoque de género, porque la mujer en prisión tiende a estar en situación de mayor vulnerabilidad en muchas ocasiones, reflejándose esto en aspectos diversos de farmacodependencia.

Por ello, el resaltar el valor de esta obra radica en que rompe el paradigma en torno a la droga en la prisión, considerando prisiones sin drogas y sin farmacodependientes, o con éstos debidamente atendidos en forma integral, digna y con respeto a sus derechos humanos.



ELIA QUITERIO MONTIEL

Presidenta de la Sociedad Mexicana de Criminología.
Socia Fundadora y Directora del Instituto de Ciencias Forenses
y Periciales del estado de Puebla.

La prisión siempre ha sido, como dijo don Miguel de Cervantes, el lugar donde toda incomodidad hace su asiento. Pero la realidad actual de nuestros sistemas penitenciarios superpoblados y tan numerosos llevaría al mayor de los asombros al autor del Quijote.

Han sido sin duda las drogas, su consumo y su tráfico, y el crimen organizado que lo administra, el factor más determinante de la sobrepoblación penitenciaria, que en no pocas ocasiones hace imposible dar asiento, inclusive con muchas incomodidades, a las personas que quedan en el encierro. Sin espacio físico no queda lugar para la dignidad y sin ésta no hay ni trabajo penitenciario que busque la reinserción, ni orden y seguridad de la vida y la integridad de los internos, de sus familias y de los propios funcionarios. Es una necesidad social reducir a lo imprescindible el ingreso en la prisión de los infractores. Hay que reclamar de modo constante la reducción de las penalidades y la disponibilidad de penas alternativas y amplio margen para su administración. Pero también es causa de preocupación que buena parte de quienes ingresan a la prisión están vinculados al consumo y a la dependencia de las drogas. El sistema penitenciario y sus profesionales han de estar preparados para intervenir sobre internos dependientes, para lo que se requiere una información tan precisa y acuciosa como la que proporciona este libro, inspirado en las Reglas de Mandela y en los trabajos continuados sobre la cuestión penitenciaria que inspira las Naciones Unidas hoy desde UNODC, pero ya también desde los primeros tiempos de las ONU, tras la Guerra Mundial y la creación en su seno de la rama de Defensa Social.

Todos los problemas se incrementan si no se logra reducir la entrada de las drogas en los recintos penitenciarios, con lo que ello significa y supone de refuerzo de los grupos criminales que operan en los centros. A su vez, el problema de las drogas en prisión reclama tener bien presente que una cantidad considerable de adictos presentan trastornos mentales que requieren especiales tratamientos. Hace falta una rigurosa atención al fenómeno y aplicar tratamientos sin prejuicios y orientados por las mejores prácticas.



LUIS ARROYO ZAPATERO

Presidente de la Sociedad Internacional de Defensa Social.
Catedrático de Derecho Penal de la Universidad
de Castilla La Mancha

El *Modelo de atención* que presenta el libro de la CNDH representa una contribución sumamente importante —es un instrumento didáctico pedagógico, especializado, para la atención de la salud de las personas farmacodependientes—, favoreciendo en este caso, a quienes se encuentran en prisión.

El *Modelo de atención y tratamiento* permite contar con una ayuda teórica y metodológica para la intervención del problema, fortaleciendo la educación y promoviendo comunidades pacíficas, con base en los principios y normas fundamentales de Derechos Humanos.

Con el desarrollo de estudios científicos realizados por especialistas comprometidos, México, a través de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, brinda ahora un modelo de respuesta ante la conflictiva individual, institucional y social que representa la droga en los centros penitenciarios.

Este es un *Modelo* de respuesta humanitaria, trascendente y pionero para Latinoamérica. ¡Enhorabuena!



HILDA MARCHIORI

Experta Victimóloga.

Investigadora en el Centro de Investigaciones Jurídicas y Sociales
de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

La CNDH, en esta publicación desarrolla criterios para un sistema orientado al respeto de los derechos humanos, contenidos en un modelo de atención y tratamiento de la farmacodependencia para las personas en prisión. En México se ha tenido la experiencia en una diversidad de propuestas para esto, de acuerdo a las necesidades que se tienen en los centros penitenciarios, sumando diferentes programas que muestran las acciones que se han realizado para atender la farmacodependencia en la población privada de la libertad en el país.

El modelo de atención y tratamiento, así como sus componentes, tiene como principios rectores: el respeto a los derechos humanos, el valor de la individualidad, la dignidad de cada persona durante su proceso de rehabilitación, procurando una recuperación mental y emocional, y propone que debe iniciarse con un diagnóstico y pronóstico psiquiátrico y psicosocial, así como la evaluación psicológica. En cuanto al tratamiento muy específicamente se enfoca en las distintas terapias aplicables que van desde las individuales a las grupales, motivacionales, cognitivo-conductuales e intervención familiar, también refiriéndose a diversas dinámicas en un marco terapéutico a través del arte.

La intervención de este modelo se sustenta en los principios éticos de autonomía, beneficencia y de justicia, sin dejar de lado la relevancia que adquieren las redes de apoyo que involucran a la comunidad, las instancias e instituciones de apoyo y de asistencia.

Este Modelo por ello resulta sumamente importante y el trabajo de la CNDH así lo refiere, respondiendo a una necesidad urgente de atender tanto a nivel jurídico, científico y ético los problemas de la farmacodependencia en prisión.



DRA. SILVIA ORTIZ LEÓN

Jefa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Facultad de Medicina, UNAM

MARCOS DE REFERENCIA

Los criterios abordados en este trabajo derivan de la reflexión y el análisis de un grupo multidisciplinario de profesionales.

La suma de experiencias, conjugada con los lineamientos que aportan los instrumentos normativos vigentes, así como la interpretación de los mismos, permite aproximarnos de manera confiable a los requerimientos mínimos que debe tener un modelo de atención y tratamiento de la farmacodependencia en condiciones de vida digna en la prisión, bajo un esquema de respeto por los Derechos Humanos.

Normas nacionales

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículos 1, 3, 4 y 18 dado que éstos parten de las obligaciones del Estado de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos que, en materia de educación se encaminan a fomentar en el ser humano el respeto a los derechos humanos y en la justicia; sobre el derecho a la protección de la salud y el derecho a la reinserción social efectiva.

Ley Nacional de Ejecución Penal

Ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 16 de junio de 2016.

Establece las normas que deben observarse durante el internamiento por prisión preventiva en la ejecución de penas y medidas de seguridad impuestas como consecuencia de una resolución judicial, así como las destinadas a regular los medios para lograr la reinserción social.

En cuanto a lo abordado en este *Modelo*, se destaca primordialmente lo establecido en el Capítulo VIII Justicia Terapéutica; Título Sexto, Capítulo I Justicia Restaurativa y Capítulo II Servicios Pospenales.

Ley General de Salud

Ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984.

Reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias

Ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 29 de diciembre de 2014.

Tiene por objeto establecer los principios, bases, requisitos y condiciones de los mecanismos alternativos de solución de controversias en materia penal que conduzcan a las Soluciones Alternas previstas en la legislación procedimental penal aplicable.

Los mecanismos alternativos de solución de controversias en materia penal tienen como finalidad propiciar, a través del diálogo, la solución de las controversias que surjan entre miembros de la sociedad con motivo de la denuncia o querrela referidos a un hecho delictivo, mediante procedimientos basados en la oralidad, la economía procesal y la confidencialidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones.

Para la correcta aplicación de esta Norma, es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:

- NOM-001-SSA1-1993, que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

- NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- NOM-009-SSA2-1993, para el fomento de la salud del escolar.
- NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.
- NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

Instrumentos internacionales

Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos. Reglas Nelson Mandela.

Resolución aprobada por el Consejo Económico y Social el 21 de julio de 2015, por recomendación de la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal (E/2015/30).

El documento resume los mandatos que la Organización de las Naciones Unidas ha emitido, revisado y perfeccionado desde su primera versión de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en la Ciudad de Ginebra en 1955.

Múltiples revisiones y documentos complementarios se han sucedido desde entonces, como los Principios y Buenas Prácticas sobre la protección de las personas privadas de la libertad en las Américas, aportado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Los contenidos de los textos anteriores a las Reglas Nelson Mandela están cabalmente reunidos en este último

documento, por lo cual se consideran como el marco de referencia más trascendente.

Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes. Reglas de Bangkok.

Resolución 65/229 aprobada por la Asamblea General el 21 de diciembre de 2010, que trata y desarrolla las necesidades especiales de las mujeres, insuficientemente detalladas en las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos de 1955, y toman en cuenta la necesidad de ejercer una vigilancia con respecto a la situación específica de las mujeres privadas de la libertad. Esta resolución alienta a los Estados miembros de la ONU a que elaboren leyes, procedimientos, políticas o prácticas respecto de las reclusas y medidas sustitutivas de encarcelamiento para mujeres delincuentes, así como a planear y realizar actividades de capacitación u otra índole en relación con la legislación, los procedimientos, las políticas o las prácticas para ello.

La población objetivo de las Reglas de Bangkok son las mujeres, pero también alcanzan a toda la población reclusa. Estas Reglas son además el primer instrumento que considera y analiza la situación de los hijos e hijas de las personas privadas de la libertad.

Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad. Reglas de Tokio.

Adoptadas por la Asamblea General en su resolución 45/110, de 14 de diciembre de 1990; buscan fomentar una mayor participación de la comunidad en la gestión de la justicia penal, apoyan la causa de la justicia y reducen la aplicación de las penas de prisión, que en todos los casos deben considerarse de último recurso.

Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas.

Surge en el marco del contexto político, histórico y sociológico que se desarrolló a lo largo de los años 70 y 80, y que llevó a la adopción de medidas más represivas. Instrumento específicamente dirigido contra el tráfico ilícito, en la que se toman en cuenta los diversos aspectos del problema en su conjunto, en particular los que no estén previstos en los tratados vigentes en la esfera de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

Observación general No. 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación general 19 La violencia contra la mujer, 11º período de sesiones del 29 de enero de 1992.

Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión. Adoptados por la Asamblea General en su Resolución 43/173, de 9 de diciembre de 1988.

Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médi-

cos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Adoptados por la Asamblea General en su Resolución 37/194, de 18 de diciembre de 1982.

Agenda 2030: Objetivos de Desarrollo Sostenible

El 25 de septiembre de 2015, los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas adoptaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: un plan de acción compuesto por 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas, cuyo propósito es poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y hacer frente al cambio climático para el 2030. La Agenda 2030 representa un marco de referencia muy importante para los actores del desarrollo en todos los niveles. Un reto que requiere de la integración de los diversos sectores de la sociedad, para marcar una diferencia en la vida de millones de personas alrededor del mundo.

Metas del objetivo 3. GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR PARA TODOS EN TODAS LAS EDADES.

3.5 Fortalecer la prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y consumo nocivo del alcohol.

3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud en todos los países, según proceda.

3.c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de la salud nacional y mundial.

Metas del objetivo 10. REDUCIR LA DESIGUALDAD EN LOS PAÍSES Y ENTRE ELLOS

10.3 Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.

Metas del objetivo 16. PROMOVER SOCIEDADES PACÍFICAS INCLUSIVAS PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE, FACILITAR EL ACCESO A LA JUSTICIA PARA TODOS Y CONSTRUIR A TODOS LOS NIVELES INSTITUCIONES EFICACES E INCLUSIVAS QUE RINDAN CUENTAS

16.3 Promover el estado de derecho en los planos nacional e internacional y garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos.

16.b Promover y aplicar leyes y políticas no discriminatorias en favor del desarrollo sostenible.

Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas de la Comisión Interamericana.

Adoptados por la Comisión durante el 131º período ordinario de sesiones, celebrado del 3 al 14 de marzo de 2008.

Estrategia Hemisférica sobre Drogas de 2010, de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la OEA.

“Los Estados miembros llevarán a cabo acciones de Reducción de la Demanda observando los siguientes lineamientos:

16. Las políticas de reducción de la demanda deberán incluir como elementos esenciales la prevención universal, selectiva e indicada; la intervención temprana; el tratamiento; la rehabilitación y la reinserción social, y servicios de apoyo relacionados. Todo ello con el objetivo de promover la salud y el bienestar social de los individuos,

las familias y las comunidades, y de reducir las consecuencias adversas del abuso de drogas.

21. Se facilitará el acceso a un sistema de tratamiento que ofrezca varios modelos integrales de intervenciones terapéuticas basados en evidencia y teniendo en cuenta estándares de calidad aceptados internacionalmente. Los modelos de tratamiento deben considerar las necesidades de los distintos grupos de población, teniendo en cuenta factores tales como el género, la edad, el contexto cultural y la vulnerabilidad.

22. Es necesario explorar vías para ofrecer servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a infractores de la ley penal dependientes de drogas, como medida alternativa a su prosecución penal o privación de libertad.

23. Reconociendo que la recuperación del abuso y la dependencia de sustancias es esencial para una transición exitosa entre el encarcelamiento, la puesta en libertad y la reinserción social, se brindará, según sea posible, un sistema de tratamiento a los internos en centros de reclusión.

Declaración de Antigua Guatemala. Por una política integral frente al problema mundial de las drogas en las Américas.

Aprobada en la cuarta sesión plenaria de la OEA, celebrada el 6 de junio de 2013.

“Convencidos que las políticas sobre reducción de la demanda de drogas ilícitas deben centrarse en el bienestar del individuo y su entorno, para que desde un abordaje multisectorial y multidisciplinario, utilizando evidencia científica y mejores prácticas disponibles, se basen en enfoques para mitigar los impactos negativos del uso indebido de drogas, y afiancen el tejido social y fortalezcan la justicia, los derechos humanos, la salud, el desarrollo, la inclusión social, la seguridad ciudadana y el bienestar colectivo;

Reiterando la necesidad de fortalecer las instituciones del Estado y sus políticas públicas y estrategias, en particular las de educación, salud y seguridad ciudadana, para la mejor prevención del uso indebido de drogas, la violencia y los delitos asociados a ella, con pleno respeto a los derechos humanos y libertades fundamentales;

Reiterando, también, la importancia de una mayor asignación de recursos públicos y privados para la implementación de programas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social orientados a las poblaciones más vulnerables;

Conscientes de la necesidad de reducir la delincuencia y la violencia asociadas con las actividades de las organizaciones criminales involucradas en el tráfico ilícito de drogas y los delitos conexos, fortaleciendo el papel del Estado como garante de paz;

Reconociendo que las experiencias y nuevos enfoques que distintos gobiernos y sociedades han desarrollado en relación al problema mundial de las drogas pueden ser fuente de aprendizaje global para la evolución de las actuales políticas de drogas, particularmente cuando consideren a la persona humana, su entorno, la inclusión social y la dignidad humana, bajo criterios para mitigar los impactos negativos del uso indebido de las drogas, tomando en cuenta los principios contenidos en los instrumentos internacionales vigentes, incluidas las tres convenciones sobre drogas de las Naciones Unidas y los instrumentos internacionales de derechos humanos, consistente con las obligaciones de las partes;

9. Que el uso indebido de drogas es también un problema de salud pública por lo que se hace necesario fortalecer los sistemas públicos de salud, particularmente en las áreas de prevención, tratamiento, rehabilitación, y desarrollar a la vez mecanismos de monitoreo nacionales de los mismos basados en evidencia que nos permita identificar tendencias actuales del consumo de drogas, demandas por y acceso a los servicios de salud pública y capacidades institucionales para responder a este fenómeno.

17. Que alientan a los Estados Miembros, en el marco de cooperación internacional, a analizar, con base en el conocimiento e investigación científica, a compartir las experiencias, lecciones aprendidas y resultados de, entre otros, sus estrategias de reducción de la demanda y su impacto en la salud, el crimen, en el sistema judicial y la población carcelaria.

19. Que alientan a los Estados Miembros a impulsar, en el marco de sus políticas nacionales, programas y medidas de desarrollo alternativo integral y sostenible, incluido, cuando proceda, el desarrollo alternativo preventivo, que se orienten a eliminar los factores causantes de la pobreza, la exclusión social y el deterioro ambiental para, entre otros, prevenir la inserción de poblaciones vulnerables en actividades vinculadas a la producción y el tráfico ilícitos de drogas.

Resolución de Paraguay 2014. La promoción y protección de los derechos humanos en la búsqueda de nuevos enfoques y soluciones efectivas, en el desarrollo e implementación de políticas para atender el problema mundial de las drogas en las Américas.

Presentado por la Misión Permanente del Uruguay y copatrocinado por la Misión Permanente de la Argentina. Aprobado por la Comisión Permanente de la Organización de los Estados Unidos Mexicanos en la reunión del 23 de mayo de 2014 ad referendum de las delegaciones de Brasil y Estados Unidos.

“convencidos que las políticas sobre reducción de la demanda de drogas ilícitas deben centrarse en el bienestar del individuo y su entorno, para que desde un abordaje multisectorial y multidisciplinario, utilizando evidencia científica y mejores prácticas disponibles, se basen en enfoques para mitigar los impactos negativos del uso indebido de drogas, y afiancen el tejido social y fortalezcan la justicia, los derechos humanos, la salud, el desarrollo, la inclusión social, la seguridad ciudadana y el bienestar colectivo [...]

Reiterando también, la importancia de una mayor asignación de recursos públicos y privados para la implementación de programas de prevención, tratamiento, rehabilitación, y reinserción social [...]

Coincidiendo en que entre los efectos más evidentes y dañinos del uso indebido de drogas es la ruptura de lazos sociales, haciéndose necesario considerar la promoción de políticas que se centren en el ser humano, fortalezcan esos lazos y permitan que las personas comiencen y continúen con sus proyectos de vida, en términos de inserción laboral y profesional, constitución de una familia, desarrollo en sociedad, entre otros [...]

5. Alentar a los Estados Miembros a considerar políticas que promuevan una atención socio-sanitaria adecuada de aquellas personas privadas de su libertad, incluidas las que hacen uso indebido de drogas.”

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Informe Técnico de la Secretaría Técnica del Grupo de Trabajo de la CICAD sobre alternativas al encarcelamiento para los delitos relacionados con drogas, Quincuagésimo Sexto Período Ordinario de Sesiones, Guatemala, 14 de noviembre de 2014.

Estándares interamericanos aplicables

Caso Neira Alegría y otros vs. Perú. Fondo. Sentencia de 19 de enero de 1995. Serie C No. 20.

60. En los términos del artículo 5.2 de la Convención toda persona privada de libertad tiene derecho a vivir en condiciones de detención compatibles con su dignidad per-

sonal y el Estado debe garantizarle el derecho a la vida y a la integridad personal. En consecuencia, el Estado, como responsable de los establecimientos de detención, es el garante de estos derechos de los detenidos.

Caso Loayza Tamayo vs. Perú. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998. Serie C No. 42.

148. El “proyecto de vida” se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial. Por lo tanto, su cancelación o menoscabo implican la reducción objetiva de la libertad y la pérdida de un valor que no puede ser ajeno a la observación de esta Corte.

Caso Acosta Calderón vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de junio de 2005. Serie C No. 129.

96. El Ecuador mantuvo en prisión preventiva al señor Acosta Calderón por más de cinco años, sin haber presentado en algún momento del proceso el informe respectivo, el cual justificaría procesalmente la existencia de la sustancia que se atribuyó pertenecía al señor Acosta Calderón requerida por el derecho interno para poder condenarlo [...] Ante esta situación, el señor Acosta Calderón presentó varias veces recursos de amparo de libertad ante las autoridades judiciales pertinentes pidiendo así la revocación de su orden de arresto y su liberación [...] Sin embargo, a pesar de no poder encontrar la supuesta droga extraviada, el Estado no otorgó al señor Acosta Calderón la libertad, ya sea condicional o de ninguna otra índole.

Caso Yvon Neptune vs. Haití. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 6 de mayo de 2008. Serie C No. 180.

182. [...] la obligación internacional del Estado de garantizar a toda persona el pleno ejercicio de los derechos humanos incluye el deber de “diseñar y aplicar una política penitenciaria de prevención de situaciones críticas” que podrían poner en peligro los derechos fundamentales de los internos en su custodia.¹ Esta Corte considera que la elaboración y la implementación efectiva de una estrategia preventiva para evitar la escalada de violencia en los centros penitenciarios es esencial para garantizar la vida y la seguridad personal de los reclusos, y asimismo, garantizar que las personas privadas de libertad dispongan de las condiciones necesarias para vivir con dignidad.

Caso López Álvarez vs. Honduras. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de febrero de 2006. Serie C, No. 141.

106. El Estado es garante de los derechos de los detenidos, y debe ofrecer a éstos condiciones de vida compatibles con su dignidad.² La Corte Europea de Derechos Humanos ha indicado que

según [el artículo 3 de la Convención], el Estado debe asegurar que una persona esté detenida en condiciones que sean compatibles con el respeto a su dignidad humana, que la manera y el método de

¹ Cfr. Caso “Instituto de Reeducción del Menor”, *supra* nota 137, párr. 178. Ver también Asunto de la Cárcel de Urso Branco. Medidas Provisionales respecto de Brasil. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 22 de abril de 2004, considerando undécimo. En similar sentido, la Corte Europea ha establecido que el artículo 3 del Convenio Europeo establece la obligación, por parte del Estado, de adoptar de manera preventiva medidas concretas para proteger la integridad física y la salud de las personas privadas de libertad. Cfr. CEDH, *Affaire Pantea c. Roumanie*, arrêt du 3 juin 2003, *Recueil des arrêts et décisions* 2003-VI (extraits), párr. 190.

² Cfr. Caso “Instituto de Reeducción del Menor”, *supra* nota 92, párr. 159.

ejercer la medida no le someta a angustia o dificultad que exceda el nivel inevitable de sufrimiento intrínseco a la detención, y que, dadas las exigencias prácticas del encarcelamiento, su salud y bienestar estén asegurados adecuadamente, brindándole, entre otras cosas, la asistencia médica requerida.³

Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Sentencia de 4 de Julio de 2006. Serie C, No. 149.

89. En relación con personas que se encuentran recibiendo atención médica, y dado que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, 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. La Corte considera que los Estados tienen el deber de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y a la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado.

99. Por todas las consideraciones anteriores, la Corte estima que los Estados 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. Deben, *inter alia*, crear mecanismos adecuados para inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales

³ Eur. Court H.R. *Kudla v. Poland*, judgement of 26 october 2000, No. 30210/96, párr. 94.

apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes.⁴

130. La Corte considera que todo tratamiento de salud [...] debe tener como finalidad principal el bienestar del paciente y el respeto a su dignidad como ser humano, que se traduce en el deber de adoptar como principios orientadores del tratamiento [...] el respeto a la intimidad y a la autonomía de las personas. El Tribunal reconoce que este último principio no es absoluto, ya que la necesidad misma del paciente puede requerir algunas veces la adopción de medidas sin contar con su consentimiento. No obstante [...] Cuando sea comprobada la imposibilidad del enfermo para consentir, corresponderá a sus familiares, representantes legales o a la autoridad competente, emitir el consentimiento en relación con el tratamiento a ser empleado.⁵

Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) vs. Venezuela. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de julio de 2006. Serie C, 150.

103. La falta de atención médica adecuada podría considerarse en sí misma violatoria del artículo 5.1 y 5.2 de la Convención dependiendo de las circunstancias

⁴ Cfr. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental. Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 46/119.46, pág.189, ONU Documento A/46/49 (1991), principio 22.

⁵ Cfr. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, *supra* nota 32, principios 9.4 y 11; OMS. División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias. Diez principios básicos de las normas para la atención de la salud mental. *supra* nota 37, principios 5, 6 y 9; Organización Panamericana de Salud, Declaración de Caracas, adoptada por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina el 14 de noviembre 1990, art. 3; Asociación Psiquiátrica Mundial (APM), Declaración de Madrid Sobre los Requisitos Éticos de la Práctica de la Psiquiatría, aprobada por la Asamblea General de la APM el 25 de agosto 1996, revisada el 26 de agosto 2002, preámbulo y párr. 4; y World Psychiatric Association (WPA), Declaration of Hawaii/II, adopted by the WPA General Assembly on 10th July 1983, p. 2 y 3.

concretas de la persona en particular, el tipo de dolencia que padece, el lapso transcurrido sin atención y sus efectos acumulativos.

Caso González y otras ("Campo Algodonero") vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, Serie C, No. 205.

450. La Corte recuerda que el concepto de "reparación integral" (*restitutio in integrum*) implica el restablecimiento de la situación anterior y la eliminación de los efectos que la violación produjo, así como una indemnización como compensación por los daños causados. Sin embargo, teniendo en cuenta la situación de discriminación estructural en la que se enmarcan los hechos ocurridos en el presente caso y que fue reconocida por el Estado (*supra* párrs. 129 y 152), las reparaciones deben tener una vocación transformadora de dicha situación, de tal forma que las mismas tengan un efecto no sólo restituido sino también correctivo. En este sentido, no es admisible una restitución a la misma situación estructural de violencia y discriminación. Del mismo modo, la Corte recuerda que la naturaleza y monto de la reparación ordenada dependen del daño ocasionado en los planos tanto material como inmaterial. Las reparaciones no pueden implicar ni enriquecimiento ni empobrecimiento para la víctima o sus familiares, y deben guardar relación directa con las violaciones declaradas. Una o más medidas pueden reparar un daño específico sin que éstas se consideren una doble reparación.

Caso Vera Vera vs. Ecuador. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C No. 226

42. El Tribunal ha señalado que de las obligaciones generales de respetar y garantizar los derechos que establece el artículo 1.1 de la Convención Americana 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. En tal sentido, esta Corte ha indicado que, de conformidad con el artículo 5.1 y 5.2 de la Convención, toda persona privada de libertad tiene derecho a vivir en condiciones de detención compatibles con su dignidad personal. Como responsable de los establecimientos de detención, el Estado se encuentra en una posición especial de garante de los derechos de toda persona que se halle bajo su custodia. Esto implica el deber del Estado de salvaguardar la salud y el bienestar de los reclusos y de garantizar que la manera y el método de privación de libertad no excedan el nivel inevitable de sufrimiento inherente a la detención. En este sentido, los Estados no pueden invocar privaciones económicas para justificar condiciones de detención que no cumplan con los estándares mínimos internacionales en esta área y no respeten la dignidad del ser humano.⁶

Caso del Penal Miguel Castro Castro vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160

303. Con respecto al tratamiento que deben recibir las mujeres detenidas o arrestadas, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha señalado que “no deben sufrir discriminación, y deben ser protegidas de todas las formas de violencia o explotación”. Asimismo, ha indicado que las detenidas deben ser supervisadas y revisadas por oficiales femeninas y las mujeres embarazadas y en lactancia deben ser proveídas con condiciones especiales durante su detención. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha señalado que dicha discriminación incluye la violencia basada en el sexo, “es decir, la violencia dirigida

contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada”, y que abarca “actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad”.⁷

314. Las sanciones penales son una expresión de la potestad punitiva del Estado e “implican menoscabo, privación o alteración de los derechos de las personas, como consecuencia de una conducta ilícita”.⁸ Sin embargo, las lesiones, sufrimientos, daños a la salud o perjuicios sufridos por una persona mientras se encuentra privada de libertad pueden llegar a constituir una forma de pena cruel cuando, debido a las condiciones de encierro, exista un deterioro de la integridad física, psíquica y moral, estrictamente prohibido por el inciso 2 del artículo 5 de la Convención, que no es consecuencia natural y directa de la privación de libertad en sí misma. Cuando se trata de personas que sufren condena, las situaciones descritas son contrarias a la “finalidad esencial” de las penas privativas de la libertad, como establece el inciso 6 del citado artículo, es decir, “la reforma y la readaptación social de los condenados”. Las autoridades judiciales deben tomar en consideración estas circunstancias al momento de aplicar o evaluar las penas establecidas.⁹ Las anteriores consideraciones son aplicables, en la medida pertinente, a la privación provisional o cautelar de la libertad, en lo relativo al tratamiento que deben recibir los reclusos, ya que la normativa internacional que lo regula contiene reglas aplicables tanto a los reclusos en prisión preventiva como a los reclusos condenados.¹⁰

⁷ Cfr. ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 11º período de sesiones. Recomendación general 19 “La violencia contra la mujer”. Doc. HRI/GEN/1/Rev. 1at84 (1994), párr. 6.

⁸ Cfr. Caso García Asto y Ramírez Rojas, *supra* nota 122, párr. 223; Caso Lori Berenson Mejía. Sentencia de 25 de noviembre de 2004. Serie C No. 119, párr. 101; y Caso Baena Ricardo y otros. Sentencia de 2 de febrero de 2001. Serie C No. 72, párr. 106.

⁹ Cfr. Caso García Asto y Ramírez Rojas, *supra* nota 122, párr. 223; y Caso Lori Berenson Mejía, *supra* nota 168, párr. 101.

¹⁰ Cfr. Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977.

⁶ Cfr. Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) vs. Venezuela. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de julio de 2006. Serie C No. 150, párrs. 85 y 87; Caso Boyce y otros vs. Barbados. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2007. Serie C No. 169, párr. 88, y Caso Vélez Loor v. Panamá, *supra* nota 3, párr. 198.

Caso Suárez Peralta vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261.

134. Conforme esta Corte lo señaló en otro caso, “los Estados son responsables de regular [...] 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. Deben, *inter alia*, 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.”¹¹

Caso Díaz Peña vs. Venezuela. Excepción preliminar, Fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 26 de junio de 2012. Serie C No. 244.

135. Esta Corte ha indicado que, de conformidad con el artículo 5.1 y 5.2 de la Convención,¹² toda persona privada de libertad tiene derecho a vivir en condiciones de detención compatibles con su dignidad personal. Como responsable de los establecimientos de detención, el Estado se encuentra en una posición especial de garante de los derechos de toda persona que se halle bajo su custodia.¹³ Esto implica el deber del Estado de salvaguardar la salud y el bienestar de los reclusos, brindándoles, entre otras cosas, la asistencia médica requerida, y de garan-

tizar que la manera y el método de privación de libertad no excedan el nivel inevitable de sufrimiento inherente a la detención.¹⁴ En esta línea, la Corte ha considerado que las malas condiciones físicas y sanitarias de los lugares de detención, así como la falta de luz y ventilación adecuadas,¹⁵ pueden ser en sí mismas violatorias del artículo 5 de la Convención Americana, dependiendo de la intensidad de las mismas, su duración y las características personales de quien las sufre, pues pueden causar sufrimientos de una intensidad que exceda el límite inevitable de sufrimiento que acarrea la detención, y porque conllevan sentimientos de humillación e inferioridad.¹⁶ En este sentido, los Estados no pueden invocar privaciones económicas para justificar condiciones de detención que no cumplan con los estándares mínimos internacionales en esta área y no respeten la dignidad del ser humano.¹⁷

¹⁴ Cfr. Caso “Instituto de Reeducción del Menor” vs. Paraguay. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de septiembre de 2004. Serie C No. 112, párr. 159; Caso Vélez Lóor vs. Panamá, párr. 198.

¹⁵ Al respecto, la regla 10 de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos establece que “Los locales destinados a los reclusos y especialmente a aquellos que se destinan al alojamiento de los reclusos durante la noche, deberán satisfacer las exigencias de la higiene, habida cuenta del clima, particularmente en lo que concierne al volumen de aire, superficie mínima, alumbrado, calefacción y ventilación”. Por su parte, la regla 12 dispone que “Las instalaciones sanitarias deberán ser adecuadas para que el recluso pueda satisfacer sus necesidades naturales en el momento oportuno, en forma aseada y decente”.

¹⁶ En relación con el acceso a la luz natural y aire fresco, la regla 11 de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos establece que “En todo local donde los reclusos tengan que vivir o trabajar: a) Las ventanas tendrán que ser suficientemente grandes para que el recluso pueda leer y trabajar con luz natural; y deberán estar dispuestas de manera que pueda entrar aire fresco, haya o no ventilación artificial; b) La luz artificial tendrá que ser suficiente para que el recluso pueda leer y trabajar sin perjuicio de su vista”. En lo que se refiere al acceso al aire libre y a la educación física y recreativa, la regla 21 de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos dispone que “1) El recluso que no se ocupe de un trabajo al aire libre deberá disponer, si el tiempo lo permite, de una hora al día por lo menos de ejercicio físico adecuado al aire libre; 2) Los reclusos jóvenes y otros cuya edad y condición física lo permitan, recibirán durante el período reservado al ejercicio una educación física y recreativa. Para ello, se pondrá a su disposición el terreno, las instalaciones y el equipo necesario”.

¹⁷ Cfr. Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) vs. Venezuela, párr. 85; Caso Vélez Lóor vs. Panamá, párr. 198.

¹¹ Caso Ximenes Lopes, *supra*, párr. 99

¹² El artículo 5 de la Convención Americana dispone, en lo pertinente, que:

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.
2. 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.

¹³ Cfr. Caso Neira Alegría y otros vs. Perú. Fondo. Sentencia de 19 de enero de 1995. Serie C No. 20, párr. 60; Caso Vélez Lóor vs. Panamá, párr. 198.

Caso Chinchilla Sandoval vs. Guatemala. Excepción preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312.

173. Este Tribunal ha señalado que la falta de atención médica adecuada a una persona que se encuentra privada de la libertad y bajo custodia del Estado podría considerarse violatoria del artículo 5.1 y 5.2 de la Convención, dependiendo de las circunstancias concretas de la persona en particular, tales como su estado de salud o el tipo de dolencia que padece, el lapso transcurrido sin atención, sus efectos físicos y mentales acumulativos¹⁸ y, en algunos casos, el sexo y la edad de la misma, entre otros.¹⁹ Es claro que, en razón del control que el Estado ejerce sobre la persona en situación de detención y el consecuente control de los medios de prueba sobre su condición física, condiciones de detención y eventual atención médica, el Estado tiene la carga probatoria de verificar que ha respetado y garantizado adecuadamente los derechos de la persona privada de libertad en caso que se presente un padecimiento de salud que requiera la prestación adecuada y eficiente del servicio médico.

174. La Corte recuerda que numerosas decisiones de organismos internacionales invocan las Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos a fin de interpretar el contenido del derecho de las personas privadas de la libertad a un trato digno y humano, como normas básicas respecto de su alojamiento, higiene, tratamiento médico y ejercicio físico, entre otros.²⁰

¹⁸ Cfr. Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) vs. Venezuela. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de julio de 2006. Serie C No. 150, párr. 103; Caso Mendoza y otros vs. Argentina, *supra*, párr. 190.

¹⁹ Cfr. Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala, *supra*, párr. 74; y Caso Mendoza y otros vs. Argentina, *supra*, párr. 190.

²⁰ Cfr. Caso Raxcacó Reyes vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Serie C No. 133, párr. 99; y Caso Mendoza y otros vs. Argentina, *supra*, párr. 189. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXVII) de 13 de mayo de 1977.

175. En cuanto a los servicios médicos que se les deben prestar, las referidas Reglas Mínimas señalan, *inter alia*, que “[e]l médico deberá examinar a cada recluso tan pronto sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental, [y] tomar en su caso las medidas necesarias”.²¹

176. Asimismo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha considerado que, cuando personas se encuentran privadas de su libertad y las autoridades tienen conocimiento de enfermedades que requieren de la supervisión y un tratamiento adecuado, aquellas deben tener un registro completo del estado de salud y del tratamiento durante la detención.²²

Ver también las reglas 49 y 50 de las Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de la libertad. Adoptadas por la Asamblea General en su resolución 45/113, de 14 de diciembre de 1990.

²¹ Regla 24 de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos. También es pertinente recordar que el principio 24 del Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión (Adoptado por la Asamblea General en su resolución 43/173, de 9 de diciembre de 1988) establece que: “[s]e ofrecerá a toda persona detenida o presa un examen médico apropiado con la menor dilación posible después de su ingreso en el lugar de detención o prisión y, posteriormente, esas personas recibirán atención y tratamiento médico cada vez que sea necesario. Esa atención y ese tratamiento serán gratuitos”. Los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas de la Comisión Interamericana (Principio IX.3) indican que “[t]oda persona privada de libertad tendrá derecho a que se le practique un examen médico o psicológico, imparcial y confidencial, practicado por personal de salud idóneo inmediatamente después de su ingreso al establecimiento de reclusión o de internamiento, con el fin de constatar su estado de salud físico o mental, y la existencia de cualquier herida, daño corporal o mental; asegurar la identificación y tratamiento de cualquier problema significativo de salud; o para verificar quejas sobre posibles malos tratos o torturas o determinar la necesidad de atención y tratamiento”.

²² Cfr. TEDH, Kudhobin vs. Rusia, No. 59696/00, Sentencia de 6 de octubre de 2006, párr. 83. Ver también, Tarariyeva vs. Rusia, No. 4353/03, Sentencia de 14 de diciembre de 2006, párr. 76; Caso Iacov Stanciu vs. Rumania, No. 35972/05, Sentencia de 24 de julio de 2012, párr. 170. El Comité Europeo de Derechos Humanos para la Prevención de la Tortura y Tratos Inhumanos Crueles y Degradantes ha establecido que “un expediente médico debe ser compilado para cada paciente, que contenga información de diagnóstico, así como un registro continuo de la evolución del paciente y de los exámenes especiales a los que ha sido sometido. En el caso de transferencia, el archivo debe ser transmitido a los médicos en el establecimiento receptor”. Cfr. Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y Tratos Inhumanos Crueles y Degradantes, Tercer Informe General de Actividades durante el período de 1 de Enero a Diciembre de 1992. Ref.: CPT/Inf (93) 12 [EN] – Publicado el 4 de

177. Los servicios de salud deben mantener un nivel de calidad equivalente respecto de quienes no están privados de libertad.²³ La salud debe entenderse como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los derechos a la vida e integridad personal, lo cual implica obligaciones para los Estados de adoptar disposiciones de derecho interno, incluyendo prácticas adecuadas, para velar por el acceso igualitario a la atención de la salud respecto de personas privadas de libertad, así como por la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de tales servicios.

Jurisprudencia

El Tribunal en Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha reconocido en diversas interpretaciones jurisdiccionales que la farmacodependencia es una enfermedad y que constituye, en determinados casos, una causa de exclusión del delito:

FARMACODEPENDENCIA. CONSTITUYE UNA CAUSA EXCLUYENTE DEL DELITO CONTRA LA SALUD PREVISTO POR EL ARTÍCULO 195 BIS DEL CÓDIGO PENAL FEDERAL, AUN CUANDO LAS SUSTANCIAS DETENTADAS POR EL ACTIVO NO SE ENCUENTREN PREVISTAS EN LA TABLA DEL ARTÍCULO 479 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, SIEMPRE QUE EN ARBITRIO DEL JUZGADOR EXISTAN ELEMENTOS SUFICIENTES PARA ACREDITARLA PLENAMENTE.

Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Novena Época, tomo XXXIV, agosto de 2011, pág. 1355. Registro: 161308. III.2o.P.272 P. Tribunales Colegiados de Circuito.

junio de 1993, párr. 39. Disponible en inglés en: <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep03.htm#III>

²³ Los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, señalan que: “El personal de salud...tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas” (principio 1). Ver <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>.

FARMACODEPENDENCIA. CONSTITUYE UNA CAUSA EXCLUYENTE DEL DELITO CONDICIONADA A LAS DOSIS MÁXIMAS ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 479 DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Novena época, tomo XXXIII, febrero de 2011, pág. 368. Registro: 162829. 1a./J. 74/2010. Primera Sala.

FARMACODEPENDENCIA. CONSTITUYE UNA CAUSA EXCLUYENTE DEL DELITO PREVISTA EN EL ARTÍCULO 15, FRACCIÓN IX, DEL CÓDIGO PENAL FEDERAL, CONDICIONADA A LA POSESIÓN DE NARCÓTICOS Y EN LAS CANTIDADES ESTABLECIDAS EN LA TABLA PREVISTA EN EL ARTÍCULO 479 DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XI, décima época, tomo 1, agosto de 2012, pág. 341. Registro: 2001332. 1a./J. 43/2012 (10a.). Primera Sala.

ANTECEDENTES PENALES. SU EXISTENCIA NO ACREDITA, POR SÍ SOLA, CARENCIA DE PROBIIDAD Y DE UN MODO HONESTO DE VIVIR.

Revista Justicia Electoral 2002. Suplemento 5, 3a época, págs. 32-33. Registro 920824. Tesis S3EL 015/2001. Sala Superior.

Comisión Nacional de Derechos Humanos

• Colección de Pronunciamientos Penitenciarios.

Serie de fascículos de divulgación elaborados desde 2015 por la CNDH de México, como parte del programa de supervisión penitenciaria, área encargada de la elaboración del Diagnóstico Nacional, documento mediante el cual se identifican las problemáticas que prevalecen en el sistema

penitenciario nacional, analizando por tema los aspectos operativos y normativos que impiden la generación de buenas prácticas en las prisiones, constituyendo a su vez pronunciamientos para su atención y observancia.

- **Recomendaciones emitidas por la CNDH.**

Recomendación No. 55/2016 sobre el caso del Centro Preventivo de Reinserción Social Topo Chico, Nuevo León.

SEXTA. Se dote a la brevedad a Topo Chico del equipo y tecnología que permita la detección de sustancias y objetos prohibidos y se asigne personal de seguridad y custodia en número suficiente y capacitado en materia de derechos humanos y control de disturbios, riñas, motines y otros hechos violentos al interior del centro, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que prueben el cumplimiento al respecto.

Recomendación No. 49/2016 sobre la deficiencia en la seguridad y en la atención a las adicciones en el Centro de Reinserción Social de Colima, que derivó en la pérdida de la vida de 13 personas.

TERCERA. Se tomen las medidas conducentes para que en el CERESO-Colima se replanteen las estrategias del programa de atención a adictos que ahí opera, a partir del diagnóstico de la cobertura que ofrece, su contenido y su seguimiento, y se implementen acciones de prevención dirigidas

a la población general, desde el momento que ingresan al CERESO-Colima, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

Recomendación No. 77/2011 sobre el caso de internos del Centro de Reinserción Social en Benito Juárez, Cancún, Quintana Roo.

OCTAVA. Se dote a la brevedad al mencionado Centro de Reinserción Social del equipo y la tecnología disponibles en el mercado para la detección de sustancias y objetos prohibidos, y se informe de tal situación a esta Comisión Nacional.

Recomendación General No. 1/2001 derivada de las prácticas de revisiones indignas a las personas que visitan centros de reclusión estatales y federales de la República Mexicana.

TERCERA. Se adquiera el equipo y tecnología disponibles en el mercado para la detección de objetos y sustancias prohibidas, y se dote de tales herramientas a todos los centros de reclusión.

CUARTA. Se proporcione al personal de los establecimientos carcelarios, específicamente al de seguridad y custodia, información y capacitación en lo referente a la forma en que deben de utilizar el equipo y tecnología para la detección de objetos y sustancias prohibidas; así como sobre el trato que deben dar a las personas que visitan a los internos, expidiéndose para tal efecto los correspondientes manuales de procedimientos.

Otras fuente

- Arjona, Dea (comp.). Sistema Teatral de Readaptación y Asistencia Preventiva. México, FONCA, 2017.
- CICAD. Modelo Mexicano del Programa de Justicia Terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas: Guía metodológica. SEGOB/CICAD/SSM/OEA, 2016.
- CNDH. Un Modelo de Prisión. Criterios para un sistema orientado al respeto de los derechos humanos. México, 2017.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Audiencia sobre Mujeres, delitos de drogas y prisión preventiva en América Latina y el Caribe. 2016.
- Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 30 Informe. Serie de Informes Técnicos.
- Esbec, Enrique y Echeburúa, Enrique. "Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral". *Adicciones*, vol. 28, núm. 1, 2016.
- fEducació social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, Fundació Pere Tarrés y Universidad Ramón Llull, No. 67, Barcelona, España, septiembre-diciembre 2017.
- Goffman, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires/Madrid, Amorrortu editores, 2006.
- GSMP. *Guía. Atención y tratamiento en prisión por el uso de drogas*. España, GSMP/AEN/SESP, 2012.
- Khane, Adam. *La planificación transformadora por escenarios. Trabajando juntos para cambiar el futuro*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. CNDH México/Centro Lindavista, 2016.
- Márkez, Iñaki; Íñigo, Cristina (coords.). *Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas*. GSMP/SEP/AEN, España, 2012.
- Martínez Álvarez, Isabel Claudia (coord.). *Derecho penal del enemigo y Derechos Humanos*. México, Ubijus, págs. 139 y 140, 2015.
- Nash Rojas, Claudio. *Las Reparaciones ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos (1988-2007)*. Segunda edición. Chile, Universidad de Chile-Facultad de Derecho, 2009.
- OMS. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, D.C., OEA/CICAD/OMS, 2004, pág. 2.
- OMS. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, OMS, 2013.
- Pérez Saucedo, José Benito y Zaragoza Huerta, José. "Justicia restaurativa: del castigo a la reparación". En *Entre libertad y castigo: dilemas del Estado contemporáneo. Estudios en homenaje a la maestra Emma Mendoza Bremauntz*. México, UNAM, 2011. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=3104>.
- Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2014-2018. En *Diario Oficial de la Federación*, 30 de abril de 2014.
- Redondo Illescas, Santiago. *EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE DELINCUENTES, JÓVENES Y ADULTOS*. Madrid, Ediciones Pirámide, 2017.
- Ramírez Hernández, Tania Tlacaelt. *La expansión de los tribunales de drogas en México. Cuadernos de Trabajo del Monitor del Programa de Políticas de Drogas*. México, CIDE, 2016, pág. 19.
- Secretaría Técnica del Grupo de Trabajo sobre Alternativas al Encarcelamiento. Informe Técnico sobre alternativas al encarcelamiento para delitos relacionado con drogas. OEA/SSM/CICAD, pág. 5, 2015.
- SEGOB/CNS/OADPRS. Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria de diciembre de 2017. México, 2017.
- SS. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de Drogas. SS/CONADIC/INPRFM/INSP, 2017.
- Tribunales para el tratamiento de adicciones en México y su prospectiva. Secretaría de Salud/Comisión Nacional contra las Adicciones, 2014.
- UNODC. *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*. Nueva York, UNODC, 2003.
- UNODC. Manual sobre programas de Justicia restaurativa. Serie de Manuales sobre Justicia Penal. Nueva York, 2006.
- Van Ness, Daniel W.; Strong, Karen H. *Restoring Justice. An Introduction to Restorative Justice*. New Providence, NJ, Matthew Bender & Co., 2010.

Créditos

COORDINACIÓN:

Ruth Villanueva Castilleja
Elías Huerta Psihas

ASESORÍA:

Luis Rodríguez Manzanera
Janet Huerta Estefan
Faviola Elenka Tapia Mendoza

COLABORACIÓN:

Alfredo López Martínez
Clementina Rodríguez García
Juan Antonio Martínez Guerrero
Marco Vinicio Herrera Berenger
Marielena López Villegas
Noemí Rico Jiménez
Norma María Nájera Domínguez
Victor Fermín González Tlatempa

DISEÑO EDITORIAL:

Paola Nayeli González Valencia
Israel Ramírez Cel
Mónica Salazar Sánchez

Fotografías: Archivo Shutterstock, Pexels.com y archivo fotográfico
del Programa de Supervisión Penitenciaria
de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos

*Un modelo de atención y tratamiento
para las personas con farmacodependencia en prisión*

Derechos reservados: Comisión Nacional de los Derechos Humanos
Periferico Sur 3469, La Magdalena Contreras, San Jerónimo Lídice
10200 Ciudad de México, CDMX

ISBN 978-607-729-406-1

Prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos de esta
publicación sin previa autorización de los titulares de los derechos.

www.cndh.org.mx



El Modelo de atención y tratamiento permite contar con una ayuda teórica y metodológica para su intervención, fortaleciendo la educación y promoviendo comunidades pacíficas, con base en los principios y normas fundamentales de Derechos Humanos.

Hilda Marchiori
Experta victimóloga.

Investigadora en el Centro de Investigaciones Jurídicas y Sociales
de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

A través de la lectura de este importante Modelo en el que se expone la radiografía de la farmacodependencia intramuros y las bases para mejorar el manejo y prevención de adicciones, pude reencender la creencia de que sí es posible rescatar la esperanza, “una palabra cargada de porvenir”.

Mis felicitaciones a los organizadores de este Modelo, que sin duda será de gran importancia en el sistema penitenciario.

César Barros Leal
Presidente del Instituto Brasileño de Derechos Humanos
Catedrático de Derecho Penal de la Universidad de Fortaleza, Brasil.

Resaltar el valor de esta obra radica en que rompe el paradigma en torno a la droga en la prisión, considerando prisiones sin drogas y sin farmacodependientes, o con éstos debidamente atendidos en forma integral, digna y con respeto a sus derechos humanos.

Elia Quiterio Montiel
Presidenta de la Sociedad Mexicana de Criminología.
Socia Fundadora y Directora del Instituto de Ciencias Forenses y Periciales del estado de Puebla.

El sistema penitenciario y sus profesionales han de estar preparados para intervenir sobre internos dependientes, para lo que se requiere una información tan precisa y acuciosa como la que proporciona este libro, inspirado en las Reglas de Mandela y en los trabajos continuados sobre la cuestión penitenciaria que inspira las Naciones Unidas.

Luis Arroyo Zapatero
Presidente de la Sociedad Internacional de Defensa Social.
Catedrático de Derecho Penal de la Universidad de Castilla La Mancha.

La intervención de este modelo se sustenta en los principios éticos de autonomía, beneficencia y de justicia por ello resulta sumamente importante y el trabajo de la CNDH, respondiendo a una necesidad urgente de atender tanto a nivel jurídico, científico y ético.

Dra. Silvia Ortiz León
Jefa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Facultad de Medicina, UNAM

Este libro se publica en un momento importante y su principal contribución es recordarnos la relevancia de la rehabilitación para combatir la drogadicción, proporcionando el material clave para la gestión y la prevención terciaria de las adicciones. Su enfoque está en la rehabilitación y la reintegración social.

Irvin Waller

Miembro Fundador del Centro Internacional para la Prevención de la Criminalidad.
Profesor de la Universidad de Ottawa.

ISBN: 978-607-729-406-1



9 786077 294061