



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

**FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES**

**DOCTORADO EN DERECHO Y GLOBALIZACIÓN CON
ACREDITACIÓN PNPC (002764)**

**ASISTENCIA MÉDICO JURÍDICA COMO UN DERECHO HUMANO A
LAS PERSONAS ADICTAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DESDE
UNA PERSPECTIVA GLOBALIZADORA**

T E S I S

**PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN DERECHO Y GLOBALIZACIÓN**

P R E S E N T A

M. EN D. MISAEL MARTÍNEZ LÓPEZ

DIRECTOR DE TESIS:

**DR. DANIEL ARTURO MONTERO ZENDEJAS
PROFESOR INVESTIGADOR DE TIEMPO COMPLETO**



OCTUBRE 2021



ESTA TESIS FUE REALIZADA POR BECARIO
NACIONAL CONACYT EN EL PROGRAMA
EDUCATIVO DE DOCTORADO EN DERECHO Y
GLOBALIZACIÓN

PNPC (002764)

“Una nación no debe juzgarse por como trata a sus ciudadanos con mejor posición, sino por como trata a los que tienen poco o nada.”

Nelson Mandela

AGRADECIMIENTOS:

A esas personas privadas de la libertad con problemas de adicción que tienen una enfermedad que no pueden controlar y a las que es necesario ayudar.

A mi esposa:

Que camina siempre a mi lado y de quien he aprendido a no rendirme. Este logro también es de ella, pues sin su impulso esto no sería posible.

Al Dr. Montero: Persona de toda mi estima y de quien agradezco profundamente el respaldo recibido a lo largo de este proceso, así como compartir sus amplios conocimientos que han significado mucho en mi formación profesional.

Al Dr. Huertas, por el apoyo y las atenciones brindadas desde el extranjero.

Al Honorable claustro académico por todos los conocimientos adquiridos a lo largo de este proyecto de investigación.

ÍNDICE

Introducción

CAPÍTULO I

LA GLOBALIZACIÓN Y LAS ADICCIONES

I.1. El fenómeno de las drogas	3
I.2. La globalización y las drogas.....	13
I.3. ¿Qué son las adicciones?.....	21
I.4. El fenómeno de las adicciones en los centros penitenciarios	38
I.5. ¿Delincuentes o enfermos?	41
I.6. La salud como Derecho Humano universal de los adictos privados de la libertad.....	52
I.7. El costo de las adicciones en los centros especializados	56
I.8. La teoría de la pena como eje resocializador en el fenómeno de los adictos presos	60
I.8.1. Análisis de la teoría garantista como eje fundamental para el tratamiento de los adictos internos.....	64

CAPÍTULO II

LA DROGODEPENDENCIA Y EL SISTEMA PENITENCIARIO

II.1. Los adictos dentro del sistema penitenciario	67
II.2. Las drogas y los actos delictivos: su relación con el sistema penitenciario....	74
II.3. Las reformas penales y sus consideraciones hacia los delitos contra la salud y los adictos.....	81
II.3.1. Aportaciones relevantes de la Ley Nacional de Ejecución Penal frente a las adicciones en los centros de reclusión	88
II.3.1.1. La justicia terapéutica como alternativa a la prisión: su contexto externo.....	90
II.4. Consecuencias de las drogas en los centros penitenciarios	95
II.5. El tratamiento especializado en los centros penitenciarios.	103

II.6. Modelo de atención para el tratamiento de adicciones a drogas en los centros penitenciarios y algunas cifras en torno a su evolución.....	111
---	-----

CAPÍTULO III

LOS DROGODEPENDIENTES PRIVADOS DE LA LIBERTAD: ANÁLISIS DE DERECHO COMPARADO ENTRE ESPAÑA Y MÉXICO

III.1. Análisis en materia constitucional sobre el enfoque dado al sistema penitenciario, la reinserción y los Derechos Humanos.	117
III.1.1. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Constitución de España y sus consideraciones hacia la población adicta.....	128
III.2. Leyes secundarias en España y México: el impacto en los drogodependientes que forman parte del sistema penitenciario.....	129
III.3. Ley General de Salud en México, Ley de Salud en España y las adicciones.....	145
III.4. Los reglamentos penitenciarios: regulación de programas y tratamientos implementados en México y España	151
III.5. Modelos de programas especializados contra las adicciones en prisión orientados hacia la rehabilitación de la salud: la postura española y mexicana..	160

CAPÍTULO IV

EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN PRISIÓN: PROTOCOLO VINCULANTE PARA BUSCAR LA REINSERCIÓN CON UNA VISIÓN DE SALUD PÚBLICA

IV.1. Análisis del sistema penitenciario, el consumo y adicciones a las drogas..	174
IV.1.2. Personas privadas de la libertad.....	175
IV.1.2.1. Población con problemas de consumo y adicción a las drogas en prisión.....	177
IV.1.2.2. Los efectos en la salud de las personas adictas privadas de la libertad.....	179
IV.1.3. Los recursos humanos y económicos del Sistema Penitenciario y su impacto en el derecho a la salud de los internos drogodependientes.....	182

IV.2. Las personas privadas de la libertad: reinserción, reincidencia, reingreso y adicción.....	189
IV.3. Instrumentos internacionales enfocados al derecho a la salud con perspectiva de tratamiento a los adictos en prisión	204
IV.3.1. Instrumentos internacionales	205
Conclusiones	218
Propuesta.....	223
Fuentes de investigación.....	246

Introducción

El sistema penitenciario revela hallazgos que contrastan con los objetivos planteados formalmente en la Constitución y la Ley Nacional de Ejecución Penal. La realidad práctica en las prisiones prevalece como un estado de cosas inconstitucional que transgrede el deber ser instituido como ideal en el trato hacia personas privadas de la libertad y, particularmente, a adictos en prisión.

La crisis carcelaria ejerce una influencia sobre la situación de la población adicta a sustancias psicoactivas en relación con la reinserción. La cosmovisión del fenómeno de las drogas y la adicción en prisión han impactado significativamente en el plano individual de la persona privada de la libertad con esta problemática. Lo anterior se agudiza ante el trato institucional que opera al margen de derechos humanos y la carencia de procedimientos que indiquen cómo se debe actuar desde el ingreso a prisión de las personas privadas de la libertad con estos padecimientos. Esta acción ha logrado una potencialización de riesgos que ponen en peligro la salud y la vida.

Se plantea una premisa en el presente trabajo de investigación que se construye bajo la hipótesis de la no existencia de protocolos y medidas específicas formales y vinculantes para tratar a personas adictas recuidas en prisión desde un enfoque de salud pública, cuyo objetivo sea reducir los riesgos en la salud. Lo anterior se justifica por el hecho de que la presencia de la enfermedad de la adicción supone un deterioro en la salud. Bajo esta perspectiva, si no hay condiciones de salud idóneas que permitan a los sujetos recluidos en prisión ejecutar planes cuyos ejes sean la educación, el trabajo y en deporte, tampoco existe un ideal de reinserción.

En este sentido, la problemática requiere acciones propositivas que incluyan reformas, programas, protocolos, políticas públicas, entre otras, que representen cambios paradigmáticos en el manejo adecuado, eficiente y efectivo del sistema penitenciario y la atención de realidades de mayor urgencia con enfoque de salud pública, dirigida hacia una reinserción social efectiva.

Al asumir una postura propositiva respecto de la problemática que se estudia en el presente trabajo de investigación, se acude a estadísticas actuales sobre el sistema e infraestructura penitenciaria, para proponer el estado de cosas ideal que

dé certidumbre al enfoque que se busca plantear. Lo anterior es imprescindible para proyectar y diseñar nuevas directrices a ejecutar dentro de un sistema penitenciario que se precie de respetar Derechos Humanos. Para esto, desde luego, se toman en cuenta características normativas, operativas y presupuestales que deben estar ajustadas a la realidad actual que el sistema necesita para responder a problemas concretos.

Ahora bien, para atender a las consideraciones antes mencionadas, la investigación se ha estructurado en cuatro capítulos: en el primero se establecen relaciones alrededor del problema de las drogas y el impacto que la globalización ejerce, sus efectos y la identificación de elementos que constituyen el problema de las drogas y la adicción a través de fases o etapas reproducidas en escenarios de reclusión.

El segundo capítulo describe y analiza la situación de las personas privadas de la libertad al interior de las prisiones y los efectos de las drogas en prisión, la relación de las drogas con el delito, así como los avances legislativos que en materia de drogas y adicción se han presentado; un análisis de caso donde la muerte de personas recluidas en prisión fue resultado del consumo, la adicción a las drogas y enfermedades transmisibles por instrumentos empleados en el consumo de drogas.

En el tercer capítulo se hace un análisis de derecho comparado con España a fin de identificar contrastes entre ambos sistemas penitenciarios en relación con la atención a la problemática de las drogas, consumo y adicción en prisión. Se describe también la incorporación en la legislación española de aspectos relacionados con el tratamiento adictos presos.

Finalmente, en el cuarto capítulo se analizan condiciones operativas de las prisiones, para buscar, con acciones propositivas, la atención del fenómeno de las adicciones en prisión a través de un protocolo nacional que contenga las directrices para tratar los efectos de las adicciones en prisión.

CAPÍTULO I

GLOBALIZACIÓN Y ADICCIONES

SUMARIO. I.1. El fenómeno de las drogas. I.2. La globalización y las drogas. I.3. ¿Qué son las adicciones? I.4. El fenómeno de las adicciones en los centros penitenciarios. I.5. ¿Delincuentes o enfermos? I.6. La salud como derecho humano universal de los adictos privados de la libertad. I.7. El costo de las adicciones en centros especializados. I. 8. La teoría de la pena como eje resocializador en el fenómeno de los adictos presos. I.8.1. Análisis de la teoría garantista como eje fundamental para el tratamiento de los adictos internos.

I.1 El fenómeno de las drogas

La ubicuidad y mutabilidad del mercado de drogas se nutre de cambios estructurales impulsados por la innovación tecnológica. En la evolución del mercado de narcóticos, movido por un tema netamente económico, los daños en materia de salud, yuxtapuestos con la proyección de drogas duras (sintéticas) con potentes efectos adictivos¹, envenenan sociedades cuyos individuos pueden alcanzar estados crónicos irreversibles.

El imperio de las drogas se rige por el consumo y negocio (oferta-demanda). Más allá de los beneficios económicos que supone el comercio ilegal, este ha focalizado problemáticas de desintegración social, miedo, inseguridad, política, jurídica y de salud. Estas realidades complejas no se logran resolver por la existencia de una industria que genera ganancias de miles de millones de dólares² de las cuales los

¹ Algunas de las sustancias que más adicción generan son: Heroína, Crack, Nicotina, Metadona, Cristal, Cocaína, Benzodiacepina, Anfetaminas, Oxycodona, Cannabis, Ketamina, Morfina, Éxtasis. Para conocer otras drogas sintéticas existen aplicaciones que muestran su composición, efectos y hasta la forma de administrarse, esto como una forma de estar informados de las consecuencias, fatales incluso, que la droga produce. Un ejemplo es la aplicación de KnowDrugs del sistema android.

² Insulza, José Miguel, *El problema de las drogas en las Américas: estudios. Capítulo 4, La economía del narcotráfico*, OEA, p. 7,

Estados también se benefician a pesar de las repercusiones sociales y de salud. En definitiva, el lucro de la producción, distribución y comercialización de droga se consagra como un negocio ilícito muy rentable.

La otra parte de los efectos de la producción, distribución y comercialización tiene efectos a *contrario sensu*. Los costos en materia de salud son sumamente severos, pues la población mundial afectada se calcula en alrededor de 271 millones de personas, esto es que el 5.5%³ de las personas adultas mundial usaron drogas en 2017⁴. Lo grave del tema se da a medida que el mercado irrumpe este llega a otras latitudes, los números vertiginosos van a la alza, al tiempo que se agudizan por el surgimiento de una diversificación en el consumo con la aparición de nuevas drogas e inevitables nuevos adictos. A esto hay que agregar que al hacer un uso progresivo de sustancias psicoactivas aumenta la posibilidad de padecimientos severos. Baste como muestra la realidad de 29,5 millones de usuarios habituales - el 0.06% de personas en el mundo- que sufren los efectos provocados por drogas, *“lo que se traduce en efectos que pueden terminar en adicción o drogodependencia que al tiempo necesitarán tratamiento.”*⁵

En este orden de ideas, la condición de las personas asiduas a las drogas empeora cuando confluyen en consumidores de drogas inyectadas enfermedades como hepatitis C, de transmisión sexual (ETS) y VIH. Sobre esto las cifras indican que los consumidores de drogas por inyección ascienden a 12 millones a nivel mundial, de los cuales, 1,6 millones padecen VIH y 6,1 millones, más de la mitad, padecen hepatitis C. Esta última es la que más daño hace a los consumidores en relación con el número de muertes atribuibles a otras causas relacionadas con drogas, sobre todo, si se le compara con muertes por VIH⁶. Ya en un plano sintomatológico, las complicaciones críticas que generan las drogas en la salud, acompañadas de otros factores -enfermedades-, inevitablemente aceleran la

http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/laEconomicaNarcotrafico_ESP.pdf (consultada el 10 de enero 2018).

³ En el año 2015 la cifra de consumidores era de 250 millones, para 2017 esta aumentó 21 millones, por lo tanto, el crecimiento por año es aproximadamente 10.5 millones.

⁴ UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2017*, Viena Austria, Núm. S19, 2019, p. 9.

⁵ *Ídem.*

⁶ *Ídem.*

situación crónica del adicto que lo instalara en una fase mortal. Así, dicha fase, ocasionada por un consumo adictivo de drogas, en el año 2015, de acuerdo a la OMS, reportó el fallecimiento de 450 000 personas, de las cuales, 167 750 se atribuyeron a trastornos por consumo, principalmente sobredosis, y el resto guardó relación con el virus del VIH y hepatitis C⁷.

En definitiva, la adicción a las drogas ha rebasado la esfera de lo local y se instaurado en contextos globales. Esto no ha sido característico de los países en desarrollo, todo lo contrario, los efectos estándares sobre las personas que adoptan dicha conducta de consumo tienen graves consecuencias. Por ello se ha requerido de la oferta de tratamientos para su rehabilitación, sin embargo, dicha oferta de servicios especializados, para el tratamiento de trastornos ocasionados por drogas y sus dolencias conexas, así como el acceso a esos servicios son limitados. En particular se destaca el hecho de que *“menos de una de cada seis personas afectadas reciben tratamiento cada año.”*⁸

Ahora bien, bajo estas consideraciones, se hace el cuestionamiento sobre ¿cómo hemos llegado a esta situación?, ¿por qué el fenómeno de las drogas es un fenómeno global?, y ¿por qué las adicciones se han convertido en un problema mundial? Dichas interrogantes nacen de preocupaciones presentes en todo el mundo y que han maximizado los riesgos y daños que amenazan la salud.

El protagonismo perenne de la droga y la adicción solo refleja determinados efectos, faltan aspectos coyunturales en la existencia de las drogas como lo son: la delincuencia, la corrupción, la inseguridad, la prisión, pues aun homogeneizados como parte de la dinámica del narcotráfico, configuran problemáticas independientes que por sí solas generan otras cuestiones graves. En este sentido, y ante la pregunta de ¿cómo hemos llegado a esta situación?, es necesario describir cómo el mercado de las drogas tomó relevancia y quiénes las produjeron. Pues en un inicio, los intentos por generar sustancias de carácter curativo a la postre se convirtieron en un problema serio multifactorial.

⁷ Véase, ONUDDC, *Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas*, Naciones Unidas, 2018, p. 1.

⁸ *Op. cit.*, ONUDDC, *Informe mundial sobre las drogas 2017*, p. 9.

En ese tenor, las primeras décadas del siglo XX dieron inicio a las masificaciones “*del consumo de drogas en Europa a partir de la industrialización de sustancias medicinales. La revolución industrial en el ámbito de las drogas arrojó al mercado productos capaces de combatir la tos, tratar los bronquios, mitigar el cansancio, aguzar los sentidos, perder peso o combatir la disfunción eréctil.*”⁹ Comienza así el surgimiento de las drogas, mismas que en principio fueron intentos de proporcionar respuestas a enfermedades o padecimientos relacionados con la salud, tratar síntomas específicos, entre otros. No obstante, las propuestas de solución terminaron por convertirse en un problema por efectos secundarios no solo en salud, sino en comercialización ilegal, consumo ilegal y adicciones.

“Este fenómeno tuvo su punto de partida en Alemania, a causa del surgimiento de nuevos centros de investigación a finales del siglo XIX y principios del XX. Entre los químicos precursores de esta revolución estuvieron Rudolf Buchheim (1820-1879), Oswald Schmiedeberg (1838-1921) y Felix Hoffmann; este último, por ejemplo, fue el responsable de la producción por técnicas de laboratorio de los principios químicos activos de productos naturales, así como de sustancias químicas no existentes en la naturaleza, a la vez que fue el productor del medicamento síntesis que sirvió de prototipo a la quimioterapia fisiopatológica, esto es, el famoso ácido salicílico, sintetizado en 1874 y empleado posteriormente para el tratamiento del reumatismo, y cuya difusión se incrementó en 1893 a través de la creación de la aspirina o ácido acetilsalicílico”.¹⁰

En este orden de ideas, la industria farmacéutica incursiona con la creación de nuevas sustancias no encontradas en la naturaleza como respuesta médica, como la marihuana, peyote, entre otras drogas naturales; esta revolución vino a diversificar el mercado de la producción de drogas, pues la creación de nuevas

⁹ Luna Fabritius, Adriana, “Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica”, *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, núm. 225, septiembre-diciembre de 2015, pp. 21-44, p.27.

¹⁰ *Ibidem*, p. 28.

sustancias por la combinación de otras más que ya estaban procesadas por estas farmacéuticas, dio origen a otras formas de droga¹¹, venta y consumo.

“La revolución farmacéutica culminó con el surgimiento de la firma alemana Friedrich Bayer & Co., que algunos años más tarde controlaría la licencia para producir anestésicos e hipnóticos, deleite de muchos en aquel entonces.¹² Sin embargo, fue hasta principios del siglo XX, y precisamente en el contexto de esta revolución farmacológica, cuando la palabra “droga” se asoció por primera vez con “adicción”, a la vez que ambos términos fueron mencionados en referencia con sustancias químicas. Al parecer, dicha asociación había tenido su origen en la necesidad médica de encontrar un término que vinculase los distintos problemas aunados a la proliferación del uso de sustancias”.¹³

Con el lucrativo negocio farmacéutico, el fenómeno de las drogas en la actualidad permeó de diversas maneras con un alcance económico, productivo y político que generó una serie de desequilibrios sociales no solo al interior de un país, sino a nivel mundial. Como consecuencia, las formas en cómo la droga ha penetrado a más consumidores generando nuevos adictos se ha incrementado. Derivado de lo anterior, el detonante de factores requiere de un análisis de cómo se llegó a esta situación y de qué manera se ha actuado.

Bajo esta tesitura, los factores que han propiciado la irrupción de las drogas a territorios de casi todo el mundo son diversos, sin embargo, la delincuencia organizada es la real protagonista de su dispersión apoyándose de la globalización a través del uso de herramientas producidas por ésta. Dichas organizaciones, (de carácter nacional e internacional) posicionan el producto ilegal en todas las esferas mundiales valiéndose del elemento tecnológico para facilitar, entre otros, la producción, tráfico, comercialización de drogas y actos ilícitos. Al respecto, en el

¹¹ Véase, Perfiles de drogas y su composición <http://www.emcdda.europa.eu/drug-profiles>.

¹² Porter, Roy, *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity* Norton, Nueva York, en Luna Fabritius, Adriana, “Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica”, *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 1997, p. 28.

¹³ Op. Cit., Luna Fabritius, Adriana, “Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica”, *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, p. 29.

año 2010, el reporte de Naciones Unidas sobre *La Globalización del Crimen*,¹⁴ reconocía que Europa mantenía un lugar importante en el mercado de heroína de mayor valor, esto es alrededor de 20 mil millones de dólares. Por otro lado Rusia,¹⁵ representaba el mayor consumo de heroína del mundo con 70 toneladas. En otras esferas, “*el mercado de la cocaína de América del Norte se está reduciendo, debido a una menor demanda y una mayor aplicación de la ley. Esto ha dado lugar a una pugna por su dominio entre mafias de traficantes, en particular en México, y a nuevas rutas de drogas. A lo largo de toda la costa atlántica de América Latina la cocaína se trafica a Europa a través de África.*”¹⁶

“Los países que cultivan la mayor parte de las drogas ilícitas del mundo, como el Afganistán (opio) y Colombia (coca), son el blanco de la atención y las críticas. Sin embargo, la mayoría de las ganancias del narcotráfico se devengan en los países (ricos) de destino. Por ejemplo, de un mercado mundial de posiblemente unos 55 mil millones dólares de los EE.UU. de la heroína afgana, los agricultores afganos, los comerciantes y los insurgentes perciben tan solo un 5% (2,3 mil millones de dólares de los EE.UU.). De los 72 mil millones de dólares de los EE.UU. del mercado de la cocaína en América del Norte y Europa, los distribuidores de nivel medio en los países consumidores perciben un 70% de las ganancias, y no en la región andina.”¹⁷

Resultan interesantes las proyecciones de este reporte, sin embargo, la problemática que enfrenta la sociedad mundial ante el reto de la erradicar las drogas se torna compleja, pues su política únicamente se limita a la reducción del mercado.

¹⁴ Véase, ONUDDC, *La globalización del delito: evaluación de la amenaza que plantea la delincuencia organizada transnacional*, Naciones Unidas, No. E.10.IV.6, Viena Austria, 2010, p. 276.

¹⁵ Los estupefacientes causan la muerte de 30.000 a 40.000 jóvenes rusos al año.

¹⁶ Sampó, Carolina, “El tráfico de cocaína entre América Latina y África Occidental”, *Revista Latinoamericana en Estudios de Seguridad*, No. 24, junio-noviembre 2019, pp. 187-203, <https://revistas.flacsoandes.edu.ec/urvio/article/view/3700/2643> (consultada el 22 de febrero de 2018).

¹⁷ Op. Cit., ONUDDC, *La globalización del delito*, p. 276.

Se adolece de una solución de carácter permisivo y regulatorio de la producción¹⁸ cuyo enfoque tenga tres ejes: salud, economía y comercio. Sin este enfoque, la reducción del mercado, que se traduce en áreas geográficas determinadas, provoca apertura en otros mercados con usuarios potenciales que producen, distribuyen y consumen droga cuyos actos violentos se recrudecen por la pelea de nuevos territorios ya sea de paso o distribución de droga.

Las otras formas de llegar a nuevos usuarios, además de los cautivos, están basadas en la distribución versátil hacia el consumo diversificado. La evolución del transporte, la tecnología y los sistemas de redes que facilitan el mercado ilícito de drogas, así como la eliminación de barreras en la distribución, irrumpen estrepitosamente sobre un mercado cuya proyección se limitaba a lo local (narcomenudeo, tiradores, mulas, entre otros, cuyo radio de acción era reducido). No obstante lo anterior, la aparición de modelos modernos permitió una interacción entre distribuidores relativamente fácil, radicalizando el negocio local a uno de cauces internacionales.

En ese contexto, a droga se distribuye actualmente de muchas formas. En algunos artículos se muestra la nueva dinámica de mover droga: a la forma tradicional prevaleciente por vía terrestre, aérea y acuática se le sumaron otras formas de trasladarla de un país a otro rompiendo las fronteras. El internet ha sido una de ellas y ha logrado penetrar en todos los ámbitos; la movilización de la droga por internet constituye una de las rutas más fáciles.

Por lo tanto, entender cómo opera el mercado de drogas por internet es crucial. Un artículo de *El Mundo* afirma que el fenómeno de comprar droga en línea es casi tan sencillo como comprar cualquier producto legal: el cliente observa el abanico de opciones, elige la droga, paga y en solo cuestión de días la mercancía llega hasta su domicilio en cuestión de días. La acción la ejecuta desde la comodidad de su casa, en la calle o ciber café; solo necesita un teléfono, una computadora o tableta electrónica.

¹⁸ No se dará un cese a la producción farmacéutica, debido a la utilización de medicamentos y drogas como apoyo en el alivio de enfermedades y otras dolencias, sin embargo, es urgente un mayor control en su producción y distribución, sobre todo ilícita.

Otro ejemplo del negocio del tráfico de drogas lo describe la revista Proceso en México. En su artículo *Opiáceos ruta de la muerte China-EU-México-EU* se detalla el traslado de la droga y su llegada a distintos territorios por medio de empresas de paquetería e incluso por el propio servicio postal estadounidense. La forma de operar se da a través de pedidos de internet que distribuyen la droga en pequeñas dosis.¹⁹ Ambos ejemplos indican que con el internet la industria del narcotráfico ha mutado, los ha obligado a adoptar estrategias digitales con estructuras innovadoras de operación, penetrando, a través de artefactos tecnológicos, otras fronteras.

La ruptura de fronteras ha permitido la presencia física y remota activa del crimen organizado identificado como cárteles²⁰ (mexicanos) en territorio centroamericano. Aparecen como controladores de rutas y plazas en la apertura de otros mercados a los que antes no tenían acceso. En este sentido, en México el consumo y adicciones, en cifras, indica que hay aproximadamente 8, 782, 216²¹ personas que consumen drogas.

El consumo de drogas de casi 9 millones de personas provoca, en datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, la presencia de un 9.2%, aproximadamente 720 mil, con trastornos por uso de sustancias de los cuales solo *1 de cada 10 recibe atención*. En consecuencia, de 2010 a 2017 se registraron 22 856 muertes asociadas directamente con el consumo de drogas, esto es, más de 3 200 muertes por año. Solo en 2017 hubieron 2597 decesos consecuencia de la ingesta de drogas, cuyos consumidores oscilaban entre los 30 y 49 años la mayoría y 20 y 29 años²². Con esto se replantea que las consecuencias de salud resultan irrelevantes frente al mercado de drogas, pues cada año, según la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), el mercado del narcotráfico genera 320,000 millones de dólares, es decir, el 1.5% del PIB mundial.

¹⁹ Véase, Revista Proceso, No. 2140, noviembre de 2017.

²⁰ Para entender mejor la narrativa de la despolitización del narco y la creación oficial de los cárteles, vistos como dominadores del Estado, es necesario recurrir a la obra de Oswaldo Zavala intitulada *Los cárteles no existen. Narcotráfico y cultura en México*.

²¹ Conadic, "Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019", *Secretaría de salud*, México, 2019, p. 21.

²² *Ibidem*, p. 61.

El tema económico ha jugado un papel crucial, pues se asocia a temas que en la misma sinergia los encapsula: el sistema financiero, las drogas como factor desestabilizador y el Estado de derecho. El primero es el negocio ilegal de las drogas que incursiona en el mercado lícito, por medio de un sistema financiero de blanqueo de activos a través de paraísos fiscales.

“El narcotráfico y el tráfico de armas se han convertido, gracias a la globalización y los paraísos fiscales, en un comercio que pone en circulación enormes cantidades de capitales, utiliza una fuerza de trabajo importante, medios de transporte, la corrupción y todas las formas de presión y de influencia. La globalización ha internacionalizado el narcotráfico y el tráfico de armas poniendo en contacto a todas las mafias y organizaciones criminales de todo el mundo y los paraísos fiscales aseguran la impunidad y el blanqueo de dinero negro del crimen organizado, del narcotráfico, del terrorismo, del tráfico de armas, del tráfico de personas y de la corrupción en general.”²³

Por lo dicho arriba, se trata de un producto ilegal que, a través de un mecanismo moderno, debilita sistemas no solo estatales, sino internacionales por medio de redes globales económicas, de distribución y tráfico que, ante nuevos mecanismos de prohibición, el precio del producto se eleva, así como sus ganancias, pero el negocio no cede.

Por otra parte, la droga como potente factor desestabilizador en los países productores y consumidores sacude el sistema de salud ante la demanda de tratamientos hacia el Estado. La insuficiencia estructural de dotar a las masas afectadas por las drogas y adicciones suelen acrecentar el número de enfermos, producto de la incapacidad política, de seguridad, que desemboca en los sectores de salud por la ineficiencia en etapas de prevención, control, reducción del consumo y tratamiento. *“Desestabiliza el Estado, al alimentar la corrupción. Desestabiliza la economía, al introducir distorsiones en el tipo de cambio, la competencia, el*

²³ Riera Casany, José Manuel, “Economía del narcotráfico”, Instituto de Investigación de Drogodependencia, <http://inid.umh.es/?mod=opinion&ct=opinion.asp&id=110> (consultada el 10 enero 2019).

*consumo, la inversión y las decisiones macroeconómicas. Desestabiliza la sociedad civil, al incrementar los niveles de criminalidad y el deterioro del estado de derecho.*²⁴

Las realidades anteriores se nutren por la incapacidad del Estado de proporcionar herramientas para afrontar el fenómeno de forma política y legislativa, mismas que se ven rebasadas por la evolución generalizada aprovechada por organizaciones criminales relacionadas con el narcotráfico. Sus acciones radicales se consolidan por un aumento en el consumo, las adicciones agravadas y los efectos de la globalización. Así, la posición del derecho frente a esta problemática no es enérgica porque, desafortunadamente, no es vanguardista en temas que requieren modificaciones sustanciales: no está al día como lo están las propias organizaciones criminales, ni evoluciona a la par de otros sectores donde la globalización ha permeado, sobre todo en tratándose del combate delitos globales como la cibercriminalidad, ciberdelincuencia, la deep web, entre otros.

En este orden de ideas, la posición del derecho frente a la problemática de las drogas en un contexto global, continua combatiéndolo con un derecho local que, de acuerdo a las necesidades mismas de su localidad, asume una posición estática. Sin embargo, cuando es invadida por elementos externos, el derecho no se adapta con dicha realidad de manera eficaz al exterior, pues requiere la creación de instituciones y regulaciones externas que, en concomitancia con otras instituciones internacionales o Estados con otra ideología, tratamiento y cultura al tratarse de un problema en común, a través de generalidades, apelan a enfoques individuales de cada Estado. Entonces, los gobiernos *“toman medidas y formulan planes nacionales para reducir, tanto la demanda como la oferta, colocando especial énfasis en el control de la producción, el tráfico de drogas, las campañas de comunicación, la prevención, el fortalecimiento jurídico e institucional y mayor cooperación internacional para el control del tráfico de drogas y lavado de dinero.”*²⁵

²⁴ Color Abc, “La globalización del narcotráfico”, *Economía*, Paraguay, 2003.

²⁵ Véase, Arriagada, Irma, Hopenhayn, Martín, “Producción, Tráfico y Consumo de Drogas en América Latina”, *Naciones Unidas-CEPAL, Políticas Sociales*, No. 41. 2000.

Con este colofón, el derecho frente a las drogas y la globalización debe tomar la iniciativa ante las condiciones actuales locales e internacionales y los efectos en materia de salud; debe considerar penetrar en asuntos económicos con regulaciones estrictas en torno al lavado y blanqueo de activos; regular las actividades del internet relacionadas con la Deep web²⁶; globalizarse en torno a los mecanismos a utilizar, no solo con una policía cibernética, sino con una policía de inteligencia en razón de los delitos de compra y distribución de droga por medio de redes para bloquear su distribución, producción, consumo, que deterioran aspectos sociales y de salud. La globalización de las drogas y adicciones se ha vuelto omnipresente, la ausencia de una estructura sólida de carácter jurídico, económico y social son prioridad en el combate frente a frente con la maquinaria que atenta contra el bienes jurídicos invaluable como la salud y la vida.

I.2 La globalización y las drogas

El narcotráfico como crimen transnacional y las adicciones como uno de sus efectos, han sido temas actuales en la política internacional. Sobre este último, “desde 1987, Naciones Unidas celebra el Día Mundial contra el Abuso de Drogas y el Tráfico Ilícito.”²⁷ Desde entonces, el repunte potencial de la violencia generada por el aumento de nuevos proveedores, consumidores (clientes) y adictos cohabita como un flagelo presente a escala global.

Los procesos de globalización se intensificaron alcanzando esferas económicas, políticas, sociales y de salud. La intensificación también ha alcanzado el comercio ilegal de psicotrópicos y estupefacientes, por lo que el narcotráfico expandió los recursos de la actividad ilícita, que a pesar de los riesgos, influyeron como un aumento al valor del producto y se volvió más rentable. En definitiva, la globalización

²⁶ También conocida como Internet profunda, Internet invisible, Invisible Web, Dark Web o Hidden Web, la Deep web en su definición no es más que aquellas páginas que no están incluidas en los buscadores Google, Bing o Yahoo. También se dice que en esta Deep web se aloja mucho material prohibido. Hablamos de venta de drogas, pornografía, pedofilia, venta y fabricación de armas.

²⁷ Montañés, Virginia, “Narcotráfico, Globalización y conflictos”, en Aguirre, M., Files, Et. Al., *Globalización y Sistema Internacional*. Anuario CIP 2000, Icaria, Madrid, 2000, p.139.

se universalizó, sin embargo, tocante al tema que se aborda: ¿qué es la globalización? y ¿qué tiene que ver con el tema de las drogas?

La respuesta a estas interrogantes descansan en la era de la modernidad. Aquí se configuraron escenarios que, a través de la historia, proyectaron nuevos modelos, nuevos sistemas, nuevas formas y sistemas de gobierno que tienen su tiempo y su espacio. Esta situación ha sido una constante en el ámbito mundial. Sin embargo, la era actual y hace algunos años atrás se ha caracterizado por la relevancia de un concepto que permea en todo el mundo, y que la diversidad de opiniones lo democratizan con mayor presencia; así, la globalización es un concepto que se emplea de manera indiscriminada por la mayoría de la sociedad; pues considera que todo lo que hoy se conoce es producto de la globalización y lo concibe como algo que no admite discusión²⁸; un concepto omnipresente a lo largo y ancho del planeta. No obstante, este manejo requiere de claros que traten de dilucidar su conceptualización, impacto y consecuencias debido a la relación globalización-drogas.

La concatenación de ambos fenómenos prolifera bajo distintos enfoques de su conceptualización y su realidad global. En una de las tantas acepciones de la globalización se considera que se han intensificado los contactos, reduciendo las distancias que hacen que, ante la presencia de acontecimientos, estos impactan a pesar de que se hayan efectuado en ciudades lejanas, debido a la reducción de tiempo y espacio y un acercamiento que disminuye la brecha bajo ciertas condiciones.²⁹ Dicha intensificación de relaciones globales destaca la interacción, primero, entre la distribución y compra por parte de organizaciones criminales de diversas nacionalidades, y, después, en la entrega a los consumidores últimos. Con esta interacción, que inicia en lo local, la distribución del producto ya no es solo entrega-pago, pues se reproduce una sociabilización de las drogas que hace que la compra y el consumo se propague. Esto significa que el mercado local, en razón del

²⁸ Giménez, Gilberto, "Cultura, identidad y metropolitanismo global", *Revista mexicana de sociología*, Vol. 67, núm. 3, julio-septiembre, pp. 483-512, UNAM, México, 2005, p. 484.

²⁹ Ianni, Octavio, *Teorías de la globalización*, Siglo XXI editores, México, CEIICH-UNAM, 1996, p. 169.

narcomenudeo, se abre paso a nivel transnacional por el aumento de oferta y demanda de ciertas regiones de producción y compra.

Ahora bien, los factores de intensificación de relaciones y conexiones sociales por medio de tiempo y espacio, son elementos comunes en torno a la globalización. Estos elementos al conjugarse permiten precisamente ese acortamiento de la brecha no solo desde una perspectiva de relaciones, sino también del movimiento de las cosas, mercancías y servicios; ya no en lo interno de un país, sino con una proyección internacional rompiendo las barreras de tiempo y espacio como una nave espacial. Según Ianni *“sugiere ese viaje, travesía, lo conocido y desconocido, la aventura y la desventura. Esa magia de la nave espacial va junto con el destino conocido”*³⁰ que concuerda con el fenómeno de las drogas donde se conoce el negocio, pero desconoce su nuevo destino. Al mismo tiempo el Estado *conoce* la problemática hacia el exterior, pero no la entiende y aun así busca como atacarla. Todo se complejiza cuando la globalización idea más medios para reforzar la nave espacial que trasmuta en una fábrica global con la transformación del capital ilegal a legal más allá de todas las fronteras. Si bien Ianni hace referencia a la mano de obra en la fábrica global, el narcotráfico y las drogas se enmarcan en una existencia inagotable de consumidores y estos son: la población mundial, estatal y local.

En este orden de ideas, el concepto de Beck sobre la globalización es preciso en torno al fenómeno de las drogas, pues determina que:

“La globalización significa los procesos en virtud de los cuales los estados nacionales soberanos se encuentran mezclan e imbrican mediante actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder, orientaciones, identidades y entramados varios. Significa la perceptible pérdida de fronteras del quehacer cotidiano en las distintas dimensiones de la economía, la información, la ecología, la técnica, los conflictos transculturales y la sociedad civil. La globalización como se ha dicho, ante todo una cosa:

³⁰ *Ibidem*, p. 8.

desnacionalización, es decir, erosión pero también posible transformación del Estado nacional en un Estado transnacional.”³¹

La relación que constituye esa mezcla de los Estados nacionales se da como consecuencia de actores internacionales de cualquier tipo, incluso organizaciones criminales transnacionales que constituyen en cada Estado relaciones de poder basados en cárteles, células criminales, dinero, armas, personal, violencia, mercado de drogas, entre otros. No existen fronteras en el mercado de consumo, sino pelea por territorios de distribución de droga, así como el traslado de las mismas moviéndose de manera constante. La droga no tiene nacionalidad, su presencia aglutina a países que padecen su efectos, cuyas redes de tráfico internacional, en comparación con la idea de Beck sobre la transformación de un Estado nacional a un transnacional, han sido aceleradas en comparación el Estado: en consecuencia la drogas se ha mundializado.

El concepto de mundialización guarda cierta semejanza, pues hay una conexión que permite el acercamiento territorial, cuyos acontecimientos suelen producir efectos inmediatos en lugares lejanos, percibiéndolos aun estando del otro lado del mundo.³² Con la desterritorialización, la pérdida de fronteras, el poder, economía, sociedad civil, conflictos, algunos de los conceptos de la globalización se han concentrado en el desarrollo y los avances tecnológicos que ha conseguido. Estos lo permean todo, lo trastocan y su interconexión alteran la realidad social emergiendo nuevas formas de concebir las relaciones, el consumo, las identidades y la cultura.

Ahora bien, *“la modernidad se sustenta sobre una infraestructura imaginaria, la expansión ilimitada del dominio racional que funge como racionalización de la “voluntad de dominio”. Esta penetra y tiende a informar la totalidad de la vida social (por ejemplo, el Estado, los Ejércitos, la educación, etc.) a través de la revolución perpetua de la producción, del comercio, de las finanzas y del consumo.”*³³ En la

³¹ Beck, Ulrich, *¿Qué es la globalización?*, Barcelona, Paidós, 2008, p. 34.

³² Giddens, Antony, “Modernidad y autoidentidad” en, Beriain, Josetxo (Comp.), *Las consecuencias perversas de la modernidad*, Barcelona, Anthropos, 1996.

³³ *Ídem.*

relación del Estado con la globalización y la no interferencia de aquel ante la ilicitud del comercio de drogas, ha llevado a una revolución constante del mercado financiero, económico de drogas y consumidores. Ha creado “*una sociedad del riesgo la cual comienza donde el sistema de provisión de normas falla ante los peligros desplegados por determinadas decisiones*”³⁴, es un dejar hacer o dejar pasar del Estado ante la infraestructura internacional de un sistema de delincuencia organizada que genera ingresos económicos mundiales.

Ahora bien, expandida como se aprecia dicha modernidad, esta contribuye aperturando territorios, externalizando economías, políticas y educativas que se sustentan en la producción de capital como una forma de globalidad, misma que recae invariablemente en la economía del consumo -en cualquiera de sus representaciones- la cual que puede ser legal o no. Sin embargo, esta idea requiere de un control interno, institucional e internacional; su regulación, proceso, evolución e incluso su prohibición, ya no puede estar bajo un poder interno tradicional, pues la idea de cooperación y concentración administrativa a nivel macro es el siguiente paso. Para ello debe regular, controlar, procesar y mercantilizar con acciones que permitan controlar información desde esferas militares; “*capitalismo: acumulación del capital en el contexto de mercados competitivos de trabajo y productos e industrialismo: transformación de la naturaleza, entorno creado.*”³⁵ Esto se traduce en el control interno de un país en lo individual, donde la vigilancia, el poder militar, la economía y el industrialismo son modelos que mueven su desarrollo y el de la individualidad.

Las dimensiones arriba enunciadas van más allá, y en el ámbito de las drogas, su comercialización debe ser vigilada y controlada por el costo que representa. En su ausencia, la realidad continuará en manos de poderes fácticos que ejercen capos de las drogas a través de una artística violencia distintiva (ZETAS, Cártel Jalisco Nueva Generación, Cártel de Sinaloa, entre otros) con esquemas de producción, distribución, territorio, pago, entre otros. No obstante los mecanismo de prohibición y combate de las drogas impulsados actualmente por los Estados (terrestre, aéreo,

³⁴ *Ibidem*, p. 23.

³⁵ *Ibidem*, p. 33.

marítimo, informático), la dinámica que mueve la maquinaria del narcotráfico, los mercados competitivos y la generación de nuevos productos hacia el mercado negro, está impulsada por nuevas rutas de trasiego de drogas, incluso internacionales, cuya logística ocupa como herramienta la globalización.

En ese tenor, la resonancia de la globalización no es únicamente lo exterior, lo ajeno al sujeto, sino que también afecta las individualidades. Se trata de una serie completa de procesos y no de uno en particular. Esto no solo influye en la arena mundial, las naciones pierden algo del poder que llegaron a tener. Se crea un mundo de riesgos donde hay ganadores y perdedores. Sobre esto, la globalización de la industria farmacéutica y su despliegue en la venta y producción de drogas constituyó una amenaza en principio; significó un riesgo por consecuencias futuras que partían como soluciones a malestares y después propiciaron el uso de drogas como algo placentero: se abrió al mismo tiempo la producción ilegal ante la demanda del producto, manufacturándose un riesgo³⁶ que consistió en la creación de sustancias químicas con la finalidad de proporcionar solución a un problema de salud que, progresivamente, pasó a ser un problema igual o peor: el narcotráfico y las adicciones.

Asimismo, la posición estatal sobre el riesgo en la producción farmacéutica y la búsqueda de alternativas no se vio reflejada. Se asumió un riesgo que careció de medidas de seguridad por si algo fallaba. Al mismo tiempo, quienes fueron los ganadores de la globalización resultaron ser las redes criminales. De modo que el interés económico pesó sobre el social y de salud, pues a su alrededor nacieron los perdedores de la globalización de las drogas: los consumidores y adictos por omisión estatal.

En consecuencia, se pasó de una utilización de drogas como uso medicinal y ritual de forma individual, a una producción en masa y consumo mundial; se dio importancia al valor económico ilegal de la droga en todas sus presentaciones; incluso la idea de difusión por medios electrónicos, audio visuales y de redes propició el nacimiento de una identidad de narco cultura que encapsuló a una

³⁶ Giddens, Anthony, *Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestros días*, Taurus, México, 2007, p. 12-13.

sociedad en la inseguridad y que ha motivado e idealizado esa forma de vida en donde series como: el señor de los cielos, la reina del sur, Breaking Bad, entre otras, dan impulso a esta forma de subsistir generándose una idea de identidad³⁷ permitidas por el Estado como apología del delito, el narcotráfico y el consumo-adicción como forma de vida.

Siguiendo con el análisis sobre la globalización, otro concepto considera que:

“Es el proceso resultante de la capacidad de ciertas actividades de funcionar como unidad en tiempo real a escala planetaria. Es un fenómeno nuevo porque sólo en las dos últimas décadas del siglo XX se ha constituido un sistema tecnológico de sistemas de información, telecomunicaciones y transporte, que ha articulado todo el planeta en una red de flujos en las que confluyen las funciones y unidades estratégicamente dominantes de todos los ámbitos de la actividad humana”.³⁸

Se destaca de esta amplia definición, la condición eminentemente sistémica de la globalización como escala planetaria. Aquí la escala alcanza a las organizaciones criminales que se transnacionalizan y se diversifican a partir de la codificación de redes, en un inicio, como parte de la evolución social, pero que también se utilizaron para actividades ilícitas. Ejemplo de ello, es la utilización de la ciencia³⁹ para descubrir drogas nuevas y crear redes de producción y tráfico, dirigidos a consumidores cautivos con nuevas demandas y experiencias. Indiscutiblemente estas revoluciones permitirán soportar

“Todas las actividades de seguridad y corrupción que buscaban la supervivencia de la organización, para garantizar el funcionamiento de la cadena productiva al margen de la ley con redes de defensa y corrupción. Estos dos subconjuntos de redes sociales crean las bases sociales para el

³⁷ Giménez, Gilberto, "Identidades en globalización", *Revista espiral, estudios sobre estado y sociedad*, Vol. VII, No. 19, septiembre-diciembre 2000, p. 28.

³⁸ Castells, Manuel, *Globalización Identidad y Estado en América Latina*, PNUD, Temas de desarrollo humano sustentable, Chile, 1999, p. 2.

³⁹ Enciso, Froylán, *Nuestra historia narcótica*, Debate, México, 2015, p. 52.

funcionamiento y la reproducción de dos tipos de tecnologías: una tecnología de producción y tráfico de drogas y una tecnología para el conflicto y la corrupción.”⁴⁰

Por lo anterior, la globalización económica trajo consigo una revolución científica, tecnológica, y sobre todo de comunicación e información, esta última detonó al internet como la forma de comunicarse e informarse por antonomasia; sin embargo, estos fueron utilizados de forma negativa por parte del crimen organizado y se adentraron en gobiernos vulnerando políticas antidrogas y los procesos de producción.

“Las drogas y la globalización encuentran su interrelación en la mayoría de las concepciones analizadas, las cuales se traducen en una cadena compleja de producción, distribución y comercialización que se puede descomponer al menos en cinco etapas: la siembra de las plantas ilícitas; la producción de las drogas y su transporte de los laboratorios clandestinos a los puertos –también clandestinos– de embarque transnacional o a los mercados de consumo internos; el transporte transnacional de los países productores a los países consumidores; la distribución y comercialización en el extranjero o en el mercado interno. Y para cerrar el proceso, el lavado de activos y la reinversión de las ganancias”.⁴¹

Con estos escollos es como permanece el negocio de las drogas a escala mundial, aprovecha las ventajas tecnológicas, económicas, políticas, sociales y culturales. La idea de que el combate al fenómeno mundial de las drogas dependa solo de la normatividad y políticas de un país de forma interna no es suficiente; la transformación de los grupos criminales del narcotráfico con redes de impacto mundial requiere de cooperaciones internacionales a través de una red de estados,

⁴⁰ Raffo, Leonardo, Segura, José Luis, “Las redes del narcotráfico y sus interacciones: un modelo teórico”, *Revista de Economía Institucional*, Vol. 17, no. 32, primer semestre, 2015, p. 184.

⁴¹ *Ibidem*, 185.

es decir, una red de organismos internacionales para hacer frente a esta problemática global que cada vez es más acuciante.

De este modo, la existencia de organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Corte Penal Internacional (CPI), la Corte Interamericana para el Control y Abuso de Drogas, Organismos Internacionales para la Prevención en el uso de Drogas, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de lucha contra la drogadicción, entre otras, configuran lo que Castells denomina Estados red que se aglutinan en busca de hacer frente a una crisis, al producir una configuración distinta para combinar administrativamente un nuevo Estado.

En conclusión, se considera el uso, administración, tráfico de drogas como un problema globalmente; este toma a la globalización como un aliado debido a sus avances. Sobre esto, el uso de drogas, la distribución, el mercado, hasta la producción, se beneficiaron de los efectos progresivos y positivos que generó la globalización. En este sentido, se es enfático cuando se afirma que la mesa está puesta para que el uso de drogas y su comercialización continúen, pues la globalización llegó para quedarse y las organizaciones criminales las utilizan como medio para un fin económico donde, por principio de cuentas la economía es la que detona la globalización. Sin embargo, es aquí en donde los estados al interior deben asumir el compromiso de afrontar el problema de las adicciones con enfoque de salud pública, pues sus efectos provocan severos daños en la salud de las personas que padecen esta enfermedad.

I.3 ¿Qué son las adicciones?

En el apartado anterior, el panorama proyecta una idea general de las drogas y la adicción a nivel mundial. Pero precisamente, y a propósito de ese rompimiento de barreras, de esa desterritorialización de productos, de esa globalización de las drogas, la posición de este fenómeno a nivel local se perpetúa bajo las mismas características, incluso, sobre una población específica de encierro cuya posición frente a las drogas no se altera, al contrario, se agudiza. Por lo tanto, la presencia

del consumo, abuso y adicción de los sujetos en recusión revisten paralelismos diversos. Hay doble afectación, pues la capacidad de resistencia de quien hace uso de las drogas en los centros penitenciarios, se ve amenazada por el entorno de la prisión. Entonces, se considera indispensable para entender las adicciones, determinar sus características conceptuales y los elementos que el fenómeno compone.

Con este antecedente y con la idea de tener un panorama sobre el fenómeno de las adicciones, no solo de su versión económica, sino sobre los daños sociales y de salud que engendra; es necesario precisar conceptos a utilizar a lo largo del presente trabajo de investigación. Estos posicionamientos puntuales se anclarán en la identificación, el periodo y consecuencias del consumo de drogas, ya que existen diferencias entre conceptos como consumidor, adicto, abuso, entre otros, además del enfoque jurídico y los argumentos médicos que diagnostican los síntomas, formas y tiempos de consumo necesarios para escindir y contextualizar el fenómeno, pues su complejidad aumenta sino se atienden con enfoques individualizados y diagnósticos específicos.

Ahora bien, los conceptos que rodean al fenómeno de las drogas, así como el proceso hacia la adicción, mantienen una línea uniforme cuya constante principal es el tiempo o periodo de consumo, la recurrencia y los tipos de droga. En este sentido, las fases o etapas atienden a descripciones de cómo una persona consumidora manifiesta cambios y actitudes frente a las drogas. Las fases también afectan quien usa drogas y que están reclusos en centros penitenciarios, es decir, a personas que cumplen una pena o siguen un proceso penal en prisión, que de un modo u otro llegaron por la comisión de uno o varios delitos, entre los que se destaca la posesión de drogas, ya sea para consumo o venta.

En relación con lo anterior, en la prisión se advierten dos escenarios de personas en el contexto de las drogas: el primero es que se ingresa como consumidor o adicto y seguramente continuará con la actividad del consumo – iniciada en libertad- que, a la postre, si la práctica persiste se hará de ella un hábito, un abuso y, si no se trata, se generará adicción; el segundo escenario supone el contacto con la droga en prisión sin antecedente alguno de consumo. Esta última

posibilidad atribuida en gran medida a los efectos del encierro y las condiciones precarias, donde las personas optan o se ven obligadas al consumo como una forma de salida a su problemática.

Retomando el tema de los conceptos y la práctica del consumo. Al diferenciar las etapas en la evolución del consumo de drogas hasta su punto más crítico, es decir, la adicción, esta se debe asumir como la de mayor riesgo con consecuencias mortales. Se debe contrastar de manera simultánea que tanto en el exterior, así como en prisión, se guardan similitudes y diferencias. Estas últimas prevalecen cuando se presentan en ambientes de encierro. En este sentido, aquí el concepto central es precisamente el de *droga*.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración sobre el natural funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC) del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.”⁴²

En contexto de legislación interna, con la diversidad de drogas que existen en el mercado y que afectan desde luego a México, se recurre a la Ley General de Salud (LGS) y define cual sustancia debe ser considerada como droga, bajo los parámetros establecidos en razón de las consecuencias que genera. Así mismo, existen dos clasificaciones generales: estupefacientes y psicotrópicos⁴³.

Los psicotrópicos son sustancias o drogas que dañan el Sistema Nervioso Central, y tienen efectos como los medicamentos empleados para trastornos mentales, son también conocidos como sustancias con gran potencial de abuso; los psicotrópicos producen alteraciones neurológicas, psicológicas y fisiológicas, pues tienen el potencial de cambiar la actividad de neurotransmisores en el cerebro,

⁴² World Health Organization, “Glosario de términos de alcohol y drogas”, https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf (fecha de consulta 30 de agosto de 2019)

⁴³ Véase, Ley General de Salud.

cuyas alteraciones están directamente conectadas con sustancias psicoactivas como los psicofármacos.⁴⁴

En suma, los psicotrópicos son cualquier sustancia natural o sintética, cuya potente influencia altera funciones mentales, pues ejerce un ataque sobre el Sistema Nervioso Central y pueden ser adictivos por la fuerte composición química con la que están hechos, las propiedades de aquellos que se consiguen de forma natural. Dentro de la Ley General de Salud, estos se clasifican de acuerdo a su valor terapéutico que puede ser demasiado, poco o inexistente y pueden usarse indebidamente.

Por su parte, los estupefacientes son sustancias cuyos efectos tienden a proporcionar bienestar frente al dolor o tranquilizarlo, no obstante también proporcionan un estado de excitación.⁴⁵ Cabe aclarar que ambos tipos de drogas son controladas y están a cargo de la secretaría de salubridad de cada Estado. En principio ambas cuentan con el carácter médico o científico: la diferencia es que el psicotrópico ataca la estructura neuronal, contrario al estupefaciente que está relacionado a fines terapéuticos para el tratamiento o control del dolor.

En conclusión, podemos considerar que se entiende como droga a toda aquella sustancia que al consumirla genera una alteración del Sistema Nervioso Central⁴⁶ o, en su caso, produce condiciones relajantes, sensación de bienestar que traslada las emociones a otro ámbito. Contiene un alto riesgo de adicción o dependencia por las alteraciones tanto físicas como neurológicas, mismas que varían dependiendo de cada individuo y de la continuidad con la que se recurre al uso de las drogas y la diversidad en su consumo.

⁴⁴Martínez D., Gloria, Martínez. Et., Al., "Características del consumo de fármacos psicotrópicos en estudiantes de ciencias de la salud", *Vitae, revista de la Facultad de química y farmacéutica*, Medellín, Colombia, Volumen 2, Año 2008. pp. 244-250.

⁴⁵Convención Única de Estupefacientes de 1961. https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf, (fecha de consulta 18 de febrero de 2018).

⁴⁶ Véase, Sherman, Carl, "Efectos de las drogas sobre la neurotransmisión", *NIDA*, Agosto 2017, disponible en <https://www.drugabuse.gov/es/news-events/nida-notes/2017/08/efectos-de-las-drogas-sobre-la-neurotransmision#:~:text=Las%20drogas%20pueden%20alterar%20la,cerebro%20para%20comunicarse%20entre%20ellas>, (fecha de consulta 17 de septiembre de 2019).

“Cuando una persona está en la fase inicial de la experimentación con las drogas, la neurotransmisión se normaliza a medida que desaparece la intoxicación y la droga abandona el cerebro. Sin embargo, con el tiempo, el consumo continuo de drogas produce cambios en la estructura y la función neuronal que causan anomalías de larga duración o permanentes en la neurotransmisión. Estas alteraciones son la causa básica de la tolerancia a las drogas (se necesitan dosis más altas de la droga para producir el mismo efecto), la abstinencia, la adicción y otras consecuencias persistentes.”⁴⁷

En este tenor, drogas como la cocaína ejerce efectos psíquicos que afectan el sistema nervioso central y que puede consumirse de forma inhalada o inyectada. De acuerdo con el National Institute on Drug Abuse, esta tiene efectos que aumentan niveles de dopamina en los circuitos del cerebro que participan en el control del movimiento y la recompensa. Los efectos a corto plazo incluyen:

- Energía y felicidad extrema irritabilidad,
- Paranoia y en la salud se da una restricción de los vasos sanguíneos, náuseas,
- Aceleración del ritmo cardíaco entre otros,⁴⁸ además de ser altamente adictiva.

Al contextualizar la prisión y los efectos relacionados con la alteración del Sistema Nervioso Central que la droga ejecuta sobre las personas, estos representan un riesgo grave. Lo anterior debido a que la cárcel permite la convivencia de los sujetos que cumplen una sanción penal con dichos síntomas bajo espacios reducidos, – sobrepoblación, hacinamiento, sobrecupo en celdas son algunas de las problemáticas de la prisión-; por lo tanto, al sufrir la persona una alteración de su realidad o paranoia producida por los efectos de alguna droga (la cocaína por ejemplo), estos ocasionan daños en la salud, no solo por la droga, sino por las acciones, actitudes y la ejecución de actos en prisión que van desde la

⁴⁷ *Ídem.*

⁴⁸ Véase, La cocaína-DrugFacts, NIDA, Julio 2018, <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-cocaína> (fecha de consulta 20 de septiembre de 2019).

transmisión de enfermedades -si se trata de drogas inyectadas-, lesiones hacia otro compañero, la autolesión, sobredosis y hasta la muerte. Todo esto tomando en cuenta solo los efectos de una droga en particular con independencia de la presencia de policonsumidores al interior de la prisión, pues es importante resaltar la existencia de drogas más agresivas cuyos efectos se potencializan. Ver tabla 1.

Tabla 1

DROGA	EFECTO	RIESGOS
Anfetaminas / speed (ilegal)	Estimulante, excitación, euforia, disminución de la sensación de fatiga	“Trastornos físicos (complicaciones cardiovasculares, complicaciones hepáticas, hipertermia, etc.) y psiquiátricos (trastorno del estado de ánimo, paranoia, alucinaciones). Generan una fuerte adicción.”
Cocaína (ilegal)	Estimulante, <i>euforia, disminución de la fatiga, seguridad en uno mismo.</i>	“Ansiedad y paranoias, trastornos cardiovasculares, como infarto de miocardio y hemorragia cerebral. Riesgos en la conducción de vehículos y en las relaciones sexuales, como el olvido del uso del método anticonceptivo o de prevención de las ITS. <ul style="list-style-type: none"> • Conlleva el riesgo de sufrir y/o cometer agresiones sexuales fruto del modelo patriarcal. • Conlleva riesgos de sufrir un accidente laboral. • Genera una adicción rápida. • El consumo durante el embarazo provoca crecimiento deficiente del feto, complicaciones durante la gestación debido a la acción vasoconstrictora (aborto, desprendimiento de la placenta), crecimiento intrauterino retardado (CIR), prematuridad, malformaciones en el feto o en el bebé. • Hace aumentar los riesgos de padecer accidentes, negligencias en el cuidado y la crianza de los

DROGA	EFECTO	RIESGOS
		<p>niños tanto puntualmente como cuando existe un consumo regular.”</p>
<p>Cannabis (ilegal)</p>	<p>Depresor, alucinógeno (algunos tipos de marihuana), <i>risa, estimulación de la creatividad, intensificación de las sensaciones, relajación.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Afecta a la atención y la coordinación. • Afecta a la memoria y la capacidad de aprendizaje. Genera problemas de rendimiento escolar. • Hace aumentar el riesgo de sufrir un accidente de tráfico o laboral. • Provoca bajadas de tensión. • Las experiencias intensas se pueden vivir negativamente (paranoias, ataques de angustia). • El consumo a menudo va asociado al tabaco. A largo plazo puede incrementar el riesgo de padecer problemas respiratorios y cardiovasculares, y varias formas de cáncer. • El modelo de consumo de cannabis en la familia influye en el consumo de riesgo de los niños. • El consumo abusivo de cannabis aumenta los riesgos de sufrir accidentes, negligencias en el cuidado y la crianza de los niños tanto puntualmente como cuando existe un consumo regular.
<p>Heroína (ilegal)</p>	<p>Depresor, <i>euforia, placer, relajación, bienestar.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conlleva el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas (hepatitis víricas, tuberculosis, VIH/sida) cuando se comparten o reutilizan utensilios de consumo. • Puede provocar una sobredosis. • La interrupción del consumo conlleva la aparición de un fuerte síndrome de abstinencia. • Conlleva riesgos en la conducción de vehículos y en las relaciones sexuales como el olvido del uso del

DROGA	EFECTO	RIESGOS
		<p>método anticonceptivo o de prevención de las ITS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conlleva el riesgo de sufrir y/o cometer agresiones sexuales fruto del modelo patriarcal en los contextos concretos de consumo de heroína. • Genera una adicción rápida.
Inhalantes	<p>Estimulantes (<i>en dosis bajas</i>). <i>Generan euforia y desinhibición.</i></p> <p>Depresores. <i>Moderan el funcionamiento del sistema nervioso central.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentan el riesgo de sufrir trastornos físicos importantes (hepáticos, pulmonares, neurológicos, circulatorios, etc.) y mentales (alucinaciones, comportamientos agresivos, delirios, etc.). • Generan una rápida adicción.
Ketamina (ilegal)	<p>Alucinógeno disociativo</p> <p><i>En dosis bajas, sensación de borrachera y desequilibrio.</i></p> <p><i>En dosis altas, desrealización (fuerte alucinación por efectos disociativos, separación cuerpo-mente).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Produce movimientos involuntarios de los ojos, temblores, agitación y rigidez. • Genera de problemas de salud mental (ansiedad, depresión, paranoia). • Provoca insensibilidad al dolor y entumecimiento. • Conlleva riesgos en la conducción de vehículos • Conlleva riesgos en las relaciones sexuales, como el olvido del uso del método anticonceptivo o de prevención de las ITS.
LSD (ilegal)	<p>Alucinógeno</p> <p><i>En dosis bajas, risa y alteración suave de la percepción.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Provoca paranoia y ansiedad. • Conlleva el riesgo de experimentar un mal viaje (pérdida del control de las emociones, ansiedad, pánico). • Conlleva el riesgo de experimentar reviviscencia (sufrir de nuevo algunos efectos al cabo de un tiempo después del último consumo).

DROGA	EFECTO	RIESGOS
	<i>En dosis altas, modificación del estado de conciencia y “viaje psicodélico”</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Genera problemas de salud mental. • Conlleva riesgos en la conducción de vehículos y en las relaciones sexuales como el olvido del uso del método anticonceptivo o de prevención de las ITS.
Psicofármacos	Dependiendo de la dosis y el tipo de fármaco, pueden actuar como ansiolíticos (reducción de la ansiedad) o hipnóticos (inducción del sueño).	<ul style="list-style-type: none"> • En dosis elevadas, provocan somnolencia, déficits de memoria o falta de coordinación motora. • En dosis muy elevadas y combinados con otros depresores (el alcohol, por ejemplo) provocan una grave disminución de la capacidad de reacción, reducción en el ritmo de la respiración (depresión respiratoria) e, incluso, el coma o la muerte. • El uso sin control médico durante un tiempo prolongado induce a la aparición de tolerancia y dependencia. • Aunque son drogas legales y su consumo tiene una menor sanción social, pueden ser tan nocivas como las drogas ilegales. A menudo se utilizan para apaciguar malestares vitales y dificultan afrontar situaciones no deseadas que se viven, por ejemplo, situaciones de violencia.
Éxtasis (MDMA) (ilegal)	<p>Estimulante</p> <p><i>Ganas de bailar.</i></p> <p><i>Conexión con uno mismo, la música y la gente que hay alrededor.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hace aumentar el riesgo de padecer un golpe de calor (aumento de la temperatura corporal) cuando va acompañado de una actividad física prolongada, por ejemplo, bailar. • Como los consumidores desconocen su composición, tienen mayor riesgo de no acertar su dosificación. • Conlleva riesgos en la conducción de vehículos y en las relaciones

DROGA	EFECTO	RIESGOS
		sexuales, como el olvido del uso del método anticonceptivo o de prevención de las ITS.

Fuente: Tabla Resumen de efectos y riesgos tomada del gobierno de Cataluña, España.⁴⁹

Con una diversidad en drogas circulantes del mercado de psicotrópicos o estupefacientes que llegan al individuo de manera fácil, sin importar si estas son lícitas o ilícitas, existe la posibilidad de que una persona ingrese al territorio de las drogas, cuya evolución dependerá del apego o desapego a ellas. Para que esto se consolide intervendrán aspectos sociales, económicos y culturales de la sociedad en el exterior. De esto se infiere que el adicto en prisión que inició el consumo en el exterior, probablemente fue orillado por dichos aspectos, mientras que quien se inicia en el interior, lo que impele su consumo obedecerá a realidades encontradas en prisión, movidos además por coacción, invitación, miedo o necesidad.

En este orden de ideas, el uso de drogas representa el primer acercamiento con éstas. El consumo de drogas está definida como: “*Uso recreativo (recreational use) Consumo de una droga, normalmente ilegal, en situaciones sociales o relajantes, que implica que no existe dependencia ni otros problemas.*”⁵⁰ Este primer contacto con las drogas se produce de forma esporádica, incluso experimental, cuya porción es mínima, así como su frecuencia.”

Dicho lo anterior, el consumo de drogas genera efectos que no alteran sustancialmente la estructura psicosomática de la persona, pues ante un consumo esporádico su uso no representa un riesgo. Así mismo, la obra de Montero Zendejas

⁴⁹Generalitat de Catalunya, disponible en: http://drogues.gencat.cat/es/ciudadania/sobre_les_drogues/taula_de_resum/ (fecha de consulta 23 de septiembre de 2019).

⁵⁰ World Health Organization, “Glosario de términos de alcohol y drogas”, https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf (fecha de consulta 30 de agosto de 2019).

denominada *Farmacodependencia y la no criminalización de las adicciones*, hace mención que en la reforma de 2009 en materia de salud y penal se incorporó el concepto de consumidor, cuya constante esta reflejada por el hecho de que no existe presencia de una dependencia notable, esto es, que la persona no hace del consumo una constante o un hábito.⁵¹

En este orden de ideas, uso o consumo de drogas se equipara al uso recreativo como se le conoce al consumo de alcohol, es decir, se trata de un consumo social. En la fase inicial de la ingesta de droga, esta puede ser controlada hasta cierto punto, en razón de la dosis de droga, pues se asimila como un consumo aislado, ocasional, sin tolerancia ni dependencia. Así, el consumo de drogas presenta efectos no nocivos y ni graves, sin embargo, esto es solo la etapa inicial. Por lo tanto, constituye un avance hacia el hábito, abuso, dependencia y adicción a sustancias de carácter psicotrópico o estupefaciente detonando subsecuentes etapas.

De igual modo, los sujetos que inician el consumo dentro de prisión y los que previo ya consumían antes de ingresar, probablemente continuarán el patrón y evolucionarán a la siguiente fase. Pues la realidad de una prisión hermética, monótona, con ausencia de mecanismos que incentiven actividades en pro de la reinserción, nutren la reproducción de conductas que no benefician las condiciones de la población reclusa. En consecuencia, el recluso podrá asumir la posición que le signifique el menor esfuerzo, le genere placer y la sustracción de una realidad que, en un inicio será esporádico, pero que con el paso del tiempo será la única forma de sobrellevar su sanción.

Respecto del inicio en el uso de sustancias en prisión, cabe resaltar la existencia de un comercio de drogas en las cárceles. La maquinaria que sostiene dicho negocio no solo está integrada por redes criminales, redes de corrupción y autogobierno; aquí los operadores de las instituciones penitenciarias también participan constantemente. Dicho lo anterior, el periódico El País ha publicado un reportaje con imágenes que corroboran el negocio de las drogas con la participación

⁵¹ Montero Zendejas, Daniel Arturo, *La drogodependencia y la no criminalización de las adicciones*, México, Editorial Porrúa, 2014, p. 58.

de operadores institucionales. El reportaje data de 2017 y se denomina: *Así se venden y consumen drogas en el Reclusorio Norte de México* y describe, entre otros, el costo de la droga y las personas que intervienen en el negocio.

Hecha esta salvedad, la actividad continuada de consumir drogas lleva a una segunda etapa desarrollándose en hábito. Este se traduce en la costumbre de consumir una sustancia a cuyos efectos las personas se han adaptado. Hay, por tanto, un deseo del producto por el placer que genera, pero sin la cual se puede subsistir. Aquí no existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue.

El hábito, a diferencia del uso o consumo de la droga, se vuelve constante y periódico. Comienza a hacerse rutinaria la actividad sin mayores efectos. No obstante la inexistencia de dependencia, en la mayoría de los casos el hábito potencia conductas que reflejan un abuso y la probable adicción por la constante necesidad de sentir mayor placer.

En consonancia con lo anterior, la probabilidad de que el hábito se adquiera en prisión se acrecenta. En el exterior, el costo que implica adquirir drogas es mayor, puesto que se asume el riesgo al acudir a los lugares donde se comercializa las drogas y ser detenido, aunado a ello, con el combate a las drogas y el desmantelamiento de redes de narcomenudeo, el consumidor tiene que buscar otro vendedor para adquirirla.

En el interior las cosas cambian. En principio ya se está en la cárcel, la droga existe en la prisión, se identifica quien la vende, cuál es su precio, además de que ya no se tiene que trasladar a un lugar diferente. Por lo tanto, el tema de la prohibición y persecución de las drogas está resuelto, al asumir que la misma autoridad lo tolera o es partícipe del negocio; no obstante si lo sorprenden, no irá a ningún otro lado que no sea la prisión, de cualquier forma no se le interrumpirá por ello el acceso a la droga.

Como se afirmó arriba, la continuidad en el hábito de drogarse produce un abuso. Al respecto, la OMS en el glosario de términos menciona que *“el abuso se define como un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema*

*social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso.”*⁵²

En la mayoría de los casos, el abuso trae consigo una dependencia recurrente en drogas como la cocaína, la morfina, entre otras. Estas guardan estrecha relación con los efectos que esperan tener ya sea de carácter estimulante o depresivo⁵³. En este sentido, la circulación de la droga en prisión propicia que el acceso y consumo sea fácil a pesar de su costo. En contraste, la idea de abandonar el consumo se torna difícil, pues ante la ausencia de medidas de rehabilitación, reforzadas por una estructura delincencial y de corrupción institucional alrededor de la prisión, el comercio de droga al interior se ve impulsada por una fuerte oferta y demanda. Por consiguiente, las redes de corrupción contribuyen a repetir el consumo. El autogobierno y el miedo que la cárcel supone el acceso a la droga de forma voluntaria o por coacción.

Llegados a este punto, la dependencia se describe como la actividad continuada donde se privilegia la ingesta de droga, incluso por encima de actos de supervivencia, esto es que el dependiente la antepone porque se ha convertido en parte de su cotidianeidad. Así, un acto que comenzó como algo experimental, se convierte en parte del actuar cotidiano que rige el entorno de la persona. Lo grave es que el sujeto se hará esclavo de la droga y de ella dependerá ya no su tiempo, sino su vida; invertirá parte de ella y recursos económicos; priorizará la obtención o financiación para adquirirlas, consumirlas, recuperarse e iniciar de nueva cuenta el círculo vicioso.

Se debe subrayar que existen dos tipos de dependencia: la psíquica y la física. La primera impele a la ingesta de droga con la idea de sufrir un estado positivo o, en su caso, de suprimir estado negativos, ambos trastocan la voluntad del individuo

⁵² Op. Cit. World Health Organization, “Glosario de términos de alcohol y drogas”.

⁵³ Las drogas estimulantes aceleran la actividad del sistema nervioso central, esto quiere decir que causan euforia, claridad mental, estados de alerta más pronunciados, iniciativa y agradable sensación de bienestar. Las drogas depresoras son sustancias que disminuyen las funciones corporales, es decir, provocan sedación, relajación, somnolencia, sueño e incluso coma. En dosis pequeñas y a corto plazo producen excitación.

y afecta las acciones de quien usa la droga.⁵⁴ Por su parte, la dependencia física supone la sustitución de los efectos que la droga supone, con el objetivo de suprimir los efectos ante su ausencia.⁵⁵ Ambas provocan afectaciones en el organismo y el sistema nervioso central. Todo se reduce a seguir consumiendo y padecer sus efectos, no obstante las consecuencias que generan. Desafortunadamente, la dependencia precede a la adicción, con un consumo de drogas aún más fuertes. Es entonces que en esta etapa se origina la necesidad de buscar un tratamiento, no por la droga en sí, sino por los efectos que representan para el adicto.

En efecto, las condiciones de encierro abren la puerta a la dependencia física y psíquica de los sujetos que padecen las consecuencias de las drogas. El no acostumbramiento del encierro puede desencadenar cambios emocionales en las personas presas. En particular porque la ansiedad, la depresión, el clima emocional y de cultura carcelaria, la incertidumbre, la tristeza, la frustración, la impotencia, entre otros, son estados que aparecen con mayor frecuencia, pues que responden a escenarios que plantea la prisión, ya sea al ingresar o durante su estadía.⁵⁶ De manera que, con la concurrencia de estados afectivos negativos, producidos por realidades individuales y de prisión, la presencia de depender de las drogas, es el resultado de buscar desprenderse de dichos estados de forma temporal. Lo anterior dependerá de si la condena es considerable. De ser así, se hará recurrente la dependencia y con ella los efectos físicos y psíquicos con una probable adicción.

Avanzando en nuestro razonamiento, la etapa más crítica -podemos decir que la de mayor afectación- es la adicción. Sobre esto, el texto del *National Institute on Drug Abuse*, refleja en forma pragmática que ninguna persona planea se adicto a las drogas, sin embargo, los efectos que estas producen hacen que los sujetos adquieran un gusto debido a los efectos. Se pasa de un uso o consumo como el

⁵⁴ García Jiménez, José María, *Las drogas: conceptos. Aspectos penales y penitenciarios*, Editorial Club Universitario, España, 2001, pp. 12-13.

⁵⁵ *Ídem*.

⁵⁶ Véase, Ruíz, José Ignacio, "Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario". *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 39, No. 3, Colombia, 2007, pp. 547-561, disponible en, http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000300008&lng=pt&tlng=es. (fecha de consulta 10 de octubre de 2019).

primer acercamiento a una escalada de factores que dan paso a la adicción. “*Quienes al principio se drogaban para sentirse bien, ahora pueden necesitar la droga solo para sentirse normales... Algunos pueden incluso consumir dosis más altas o drogarse más seguido. Estas son señales de una adicción que puede adueñarse de la vida de una persona en muy poco tiempo.*”⁵⁷ En principio, se cree que se ejerce un control sobre la dosis que se ingiere. Sin embargo, los cambios que estas generan en el cerebro son de tal magnitud que la ingesta deja de ser un acto voluntario.

En ese orden de ideas, la OMS precisa qué es una adicción:

“Adicción, a las drogas o alcohol (addiction, drug or alcohol) Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.”⁵⁸

Para ilustrar mejor lo que es la adicción, la definición etimológica que proviene del vocablo “*adictum designaba al hombre que para saldar una deuda se convertía en esclavo de su acreedor.*”⁵⁹ De este modo, la adicción es la entrega de la libertad, es decir, la persona se esclaviza a algo externo a él. En sentido estricto, Alejandro Nato define a la adicción como un “*hábito arraigado que produce dependencia de algo o compulsión de hacer algo.*”⁶⁰ Es cuando ya el cuerpo y la mente demandan el consumo de droga que, ante la ausencia de este producto, detonan reacciones

⁵⁷ National Institute on Drug Abuse, ¿Qué es una adicción?, en <https://easyread.drugabuse.gov/es/content/%C2%BFqu%C3%A9-es-la-adicci%C3%B3n> (fecha de consulta 10 de octubre de 2019).

⁵⁸ Op. Cit. World Health Organization, “Glosario de términos de alcohol y drogas”.

⁵⁹ Richard J. Rosenthal, Faris, Suzanne, “The etymology and early history of ‘addiction’”, *Addiction Research & Theory*, 2019, <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1543412> (fecha de consulta 1o de enero de 2020).

⁶⁰ Nato, Alejandro, *Las víctimas de las drogas*, Universidad, Argentina, 2001, p.19 en et. al., Montero Zendejas, Daniel Arturo, *La drogodependencia y la no criminalización de las adicciones*, p. 15.

internas y externas que obligan, incluso, en contra de su voluntad, a conseguir lo que necesita para mantener estabilidad, es decir, la droga da sentido de *bienestar* y es ahí cuando se apodera de su vida.

En consonancia con esta impulsión a seguir drogándose, la adicción⁶¹ ha sido considerada como una enfermedad crónica. Se trata de una enfermedad que debilita la salud y se enraíza bajo afecciones graves con un avance con acontecimientos severos.⁶²

En torno a la adicción, muchos organismos internacionales han decidido identificarla como una enfermedad, incluso la misma OMS ha catalogado a la drogadicción como una enfermedad, precisamente por el deterioro psicomotriz consecuencia de la adicción a cualquier tipo de droga⁶³. Así, *“la drogadicción es una enfermedad crónica caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo e incontrolable de una droga, a pesar de las consecuencias adversas.”*⁶⁴

Dicho lo anterior, existen varios tipos de adicción (enfermedad). La toxicomanía es una de ellas. El toxicómano permanece intoxicado por la impulsión a continuar la ingesta de la droga. Este está constreñido a seguir bajo los efectos de la misma y sentirlos. Su consecuencia se traduce en que el sujeto tratará de conseguirla a cualquier costo, además de un aumento en la dosis que orienta una dependencia física y psíquica.

A su vez, la farmacodependencia se caracteriza por los efectos que los fármacos provocan en el organismo, ya que estos alteran cuerpo y mente, lo anterior consecuencia de la necesidad de administrarse un grandes cantidades fármacos para para operar con normalidad. La prolongación en el uso repetido genera dependencia y se puede abusar su ingesta. Lo que se traduce en la existencia de una necesidad mayor, a tal grado, que el sujeto incluye en su día a día la droga

⁶¹ William Burroughs, en su obra *Yonki*, describe que ser adicto o caer en la adicción tiene como condición que por lo menos es necesario pincharse dos veces al día durante tres meses para adquirir el hábito.

⁶² Op. Cit. World Health Organization, Glosario de términos de alcohol y drogas.

⁶³ Se deja claro que algunas drogas son más peligrosas y dañinas por sus consecuencias mortales a corto plazo.

⁶⁴ National Institute on Drug Abuse, Entendiendo el uso de drogas y la adicción, en <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/entendiendo-el-uso-de-drogas-y-la-adiccion>

como algo esencial, lo que lleva a autoadministrarse sustancias en grandes cantidades, volviéndose un policonsumidor al buscar otras alternativas que le ayuden a tolerar sus efectos.

Volviendo al tema que nos ocupa, resulta crítica la posición en la que se encuentran las personas en prisión que padecen la enfermedad de la adicción. Así, la prisión es un entorno donde no se puede escapar de escenarios negativos, y es indudable que las personas en esta fase ya no se encontrarán, tanto físicamente, como mentalmente *dentro* de aquella, pues la enfermedad los deteriorará de tal modo que su nivel de salud será crítico, imposibilitando conductas enfocadas a la reinserción social, cuyo eje como la salud se encuentra socavado.

En definitiva, las etapas o fases de la adicción en entornos externos de una sociedad también someten y alcanzan a un sector de la población, cuya condición de interno en prisión, el carácter de delincuente, pueden desencadenar efectos - además de los propios de las drogas- ocasionados por la prisión a la población que lo padece. Estos efectos van ligados a dos aspectos negativos: la delincuencia y adicción. El problema no es el delincuente en sí, el problema es que al ser adicto hay una ignorancia o desinterés institucional, pues la ausencia de políticas para tratar *el problema con las drogas*, hace que se discrimine *per se* ante la carencia de reglas de cómo entender y atender a las personas en estas circunstancias. Lo más grave es que al adicto se le persigue penalmente sin considerar los alcances de someterlo a la prisión, so pena de gradualmente alterar su salud y vida.

En síntesis, se observa que no hay un cambio respecto de los conceptos otorgados a los consumidores de drogas en el exterior, sin embargo, las etapas en prisión se agudizan por el aceleramiento en el consumo, debido a las realidades de los centros penitenciarios que afectan a quienes usan sustancias dañinas y son adictas. En este tenor, una vez claras las etapas del consumo de drogas y la identificación de sus características, se advierte que a lo largo de la presente investigación se utilizarán de forma genérica todas y cada una de las definiciones, considerando que el punto toral de la investigación se centra en la última etapa: la adicción.

I.4 El fenómeno de las adicciones en los centros penitenciarios

Las drogas se han desfronterizado y desterritorializado, sin embargo, existe un fenómeno aún más complejo: las adicciones en los centros penitenciarios. Se habla de una frontera dentro de otra, es decir, una frontera que no admite actos ilegales y que se traduce en una barrera infranqueable. Esto no es óbice para que las drogas socaven límites como la prisión a un nivel local, sino también internacional. “*Varios estudios revelan niveles elevados de consumo de drogas en las cárceles, incluido el consumo de opiáceos y de drogas por inyección.*”⁶⁵ Infortunadamente, los datos sobre las condiciones de los internos que consumen o son adictos resultan inconsistentes, no hay certeza o en definitiva no existen.

Hay invisibilización de población reclusa a la que el Estado no le interesa y, si nos remitimos a los perdedores de la globalización, que en líneas pasadas describimos: estos son los inexistentes ya no de la globalización, porque de cierto modo hasta ellos llega la droga que, producida en México, es importada de Colombia, de Guatemala, de Estados Unidos, Europa etc., sino los olvidados de una nación resultado de la comisión de un delito.

En este tenor y de acuerdo con cifras a nivel internacional, según World Prison Brief⁶⁶, en México la población en reclusión asciende a 198 384 hasta abril de 2019; por otro lado, al cierre de enero 2020, un total de 173 192⁶⁷ están en prisión. Existe diversidad por cuanto delitos que las personas cometen y se evidencia el problema de la sobrepoblación y el hacinamiento. Sobre esto se estima que dentro del universo de delitos cometidos por los cuales se encuentran internadas las personas en algún centro penitenciario, el más común es el ilícito de robo, seguido por posesión ilegal de drogas y portación de arma. Los tres como principales delitos por

⁶⁵ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, “Informe mundial sobre las drogas 2016, Resumen ejecutivo”, Viena Austria, p 10.

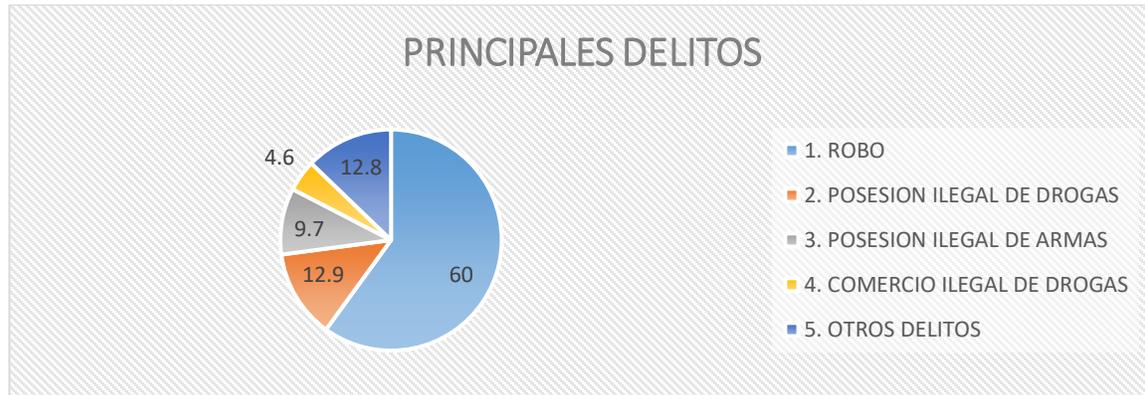
⁶⁶ World Prison Brief Data, en <http://www.prisonstudies.org/country/mexico>.

⁶⁷ Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional, Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana. Disponible en línea, http://pyrs.gob.mx/sipot/cgprs_doc/2020/Estadistica/CE_01_2020.pdf, fecha de consulta 25 de abril de 2020.

los que las personas están reclusas, además, en los primeros ocho delitos encontramos al comercio ilegal de drogas.

En consecuencia, la problemática que representa el consumo y posesión de drogas, su criminalización por parte del sistema jurídico mexicano, hace que la población reclusa por delitos contra la salud ocupe un segundo lugar. Tan solo la posesión ilegal de drogas, en conjunto con el comercio ilegal de drogas, representan un 17.5% de la población presa, según INEGI y la ENPOL 2016, con números totales de 36 925 personas privadas de la libertad, es decir, casi una quinta parte de la población total de los centros penitenciarios. Gráfica 1.

Gráfica 1



Fuente: Gráfico hecho con datos del INEGI "Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (ENPOL) 2016, Principales Resultados, México, julio 2017.

En resumen, las cifras reflejan y confirman que los actos que constituyen delitos contra la salud en su modalidad de consumo, tráfico y posesión indican que el negocio del narcotráfico es fructífero. De ahí que se asume el riesgo por la ganancia económica en la mayoría de los casos. El otro riesgo que se sufre (a conciencia o no) son los efectos que causa la ingesta distintos psicotrópicos y estupefacientes, donde sin duda, aquí no siempre el comprador y vendedor ganan, a veces uno pierde y termina en prisión.

Por otra parte, la adicción a psicotrópicos o estupefacientes de internos en prisión es una de las problemáticas del sistema penitenciario, no solo desde la perspectiva de la comisión de delitos bajo ese rubro, sino del comercio y venta que

en la prisión prolifera tolerado como algo común y sin restricciones. Baste como muestra que de 2007 a 2010 la población de reclusos en el país, con problemas de drogas aumentó casi 30% (CONADIC). Aunado a lo anterior, hay un porcentaje de uso de sustancias adictivas en los penales que, en 2007, era del 40%.⁶⁸

Como resultado de estas cifras imprecisas, las personas que son consumidoras, dependientes, adictas o drogodependientes dentro de los centros penitenciarios, “no se pueden identificar con certeza ni calcular la prevalencia del consumo de drogas y adicciones dentro de las prisiones de nuestro país, dado que las estadísticas son escasas y no confiables.”⁶⁹ De ahí que la actividad sobre el consumo de drogas dentro de los reclusorios va en aumento. Sobre todo, porque no se prioriza la reinserción social del interno, pues antes de considerarlo ser humano, hay predisposición hacia él como un delincuente sin acceso a derechos como la salud; esto último impulsado por el tema de la posesión y adicción a las drogas, cuya prohibición y criminalización no permiten la incorporación de alternativas para atender un fenómeno arraigado, tanto en el exterior como en el interior. En consecuencia, una vez dentro de prisión se podrán adquirir conductas de delincuenciales si no se trata el problema de la adicción.

En los años recientes, en México se han desarrollado acciones para atender los problemas de salud consecuencia de la ingesta de sustancias en planos abiertos. Estado y población han implementado acciones como Comités Nacionales contra el Alcoholismo, Consejos Nacionales contra la Farmacodependencia; en dichas acciones y programas se han desarrollado e implementado desde 1929, evolucionando programas actuales de acción específico para los años 2013-2018.⁷⁰

Ahora bien, las adicciones en prisión deben ser de interés general, pues afecta a muchos Estados nacionales. En particular, el escenario actual para México en torno a las adicciones dentro de prisión, acompañado de reformas a la Constitución

⁶⁸ Gracia Rivas, Luz María, Barriguete Mázmela, Brenda (coord.) *Actualidades en adicciones 2012: Avances en los Métodos Diagnósticos y Terapéuticos de las Adicciones*, Libro 3, Secretaría de Salud, Comisión Nacional Contra las Adicciones, México, 2012, p. 155.

⁶⁹ *Ídem*.

⁷⁰ Véase, Programa de acción específico de prevención y acción integral de las adicciones, Secretaría de Salud, México, 2015.

de 2008, 2010, 2011 y a la Ley General de Salud en 2009, fue producto de las consecuencias últimas del narcotráfico y las adicciones que persisten en los centros penitenciarios que, con sus reformas, buscan revertir dicha problemática y acercarse más a la anhelada reinserción social, lo cual no ha sucedido hasta ahora.

En este sentido, los esfuerzos legislativos tanto en la Constitución, la Ley General de Salud, entre otras, buscan precisamente esa reinserción y en algunos casos se habla de permisibilidad para el uso de sustancias bajo cierto porcentaje. Sin embargo, poco se ha hecho torno a las personas recluidas con adicciones, el fenómeno de la globalización y sus repercusiones en el derecho.

1.5 ¿Delincuentes o enfermos?

Los efectos que producen las drogas generan padecimientos propios de una enfermedad. En este tenor, la adicción debe ser asumida como tal, pues esta asociada a trastornos cerebrales que a su vez ocasionan alteraciones neuronales que actúan de forma directa en las estimulaciones del cerebro. Incluso la vigencia de las alteraciones pueden permanecer durante periodos después de haber usado la droga⁷¹. Con esta sintomatología, la adicción adquiere el grado de enfermedad, pues afecta aspectos psicossomáticos que originan un apego con graves consecuencias, ya que altera sustancialmente diversas funciones del cuerpo y la mente⁷². Incluso Narcotics Anonymous World Services considera que:

“La adicción es una enfermedad física, mental y espiritual que afecta a todos los aspectos de la vida. El aspecto físico de nuestra enfermedad es el consumo compulsivo de drogas: la incapacidad de parar de consumir una vez que hemos empezado. El aspecto mental es la obsesión o el deseo abrumador de consumir

⁷¹ Goldstein RZ, Volkow ND. “Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications”. *Nat Rev Neurosci*, 2011, p. 12.

⁷² Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia, *¿Qué es la adicción?*, disponible en: <https://www.iafa.go.cr/blog/que-es-la-adiccion#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,%2C%20gen%C3%A9ticos%2C%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.>, fecha de consulta, 10 de junio de 2018.

aunque estemos destrozando nuestra vida. La parte espiritual es nuestro egocentrismo total. Se trata de una enfermedad progresiva, incurable y mortal.”⁷³

Ahora bien, el aspecto legislativo sobre las adicciones y su tratamiento se refleja que el trato dado a esta enfermedad y su regulación no han sido profundos. Sobre esto, el 21 de agosto de 2009 entró en vigor un decreto que reforma la Ley General de Salud (LGS), el Código Penal Federal y el Código Federal de Procedimientos Penales, cuya principal finalidad fue emitir la Ley de Narcomenudeo que estaba destinada a combatir esta forma de comercio. Esta política significaba el combate a las drogas, sin identificar a las personas que consumen o son adictos ejecutando en ellas alternativas diferentes de ayuda a su combate y tratamiento. Sin embargo no ha funcionado, aun con la permisibilidad que la propia reforma trajo, sobre todo en la Ley General de Salud y las dosis máximas para el consumo personal.

En dichas reformas a la LGS se estableció lo que debíamos entender como narcótico; fue la única que incorporó consideraciones sobre el problema de las drogas como salud pública que más adelante se retomaron. La determinación surgió con la reforma de 2009 que trajo consigo la tabla de dosis máximas y mínimas para el consumo personal que contempla lo siguiente: *“para los efectos de este capítulo se entiende que el narcótico está destinado para su estricto e inmediato consumo personal, cuando la cantidad del mismo, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones no exceda de las previstas en el listado siguiente.”*⁷⁴

Tabla 2

Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato		
Narcótico	Dosis máxima de consumo personal e inmediato	
Opio	2 gr.	
Diacetilmorfina o Heroína	50 mg.	
Cannabis Sativa, Indica o Marihuana	5 gr.	
Cocaína	500 mg.	
Lisergida (LSD)	0.015 mg.	
MDA, Metilendioxi-anfetamina	Poivo, granulado o cristal	Tabletas o cápsulas
	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
MDMA, dl-34-metilendioxi-n-dimetilfeniletamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
Metanfetamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.

⁷³ Narcotics Anonymous World Services, *Libro Azul*. China, 1991, p. 17.

⁷⁴ Diario Oficial de la Federación, Ley General de Salud.

Nota: Tabla tomada de la artículo 479 LGS, reforma de 2009.

No obstante lo anterior, con la idea de limitar los mínimos y máximos de consumo, se perdió de vista las condiciones sociales, económicas y médicas del adicto. Solo se buscaba la salida más fácil a este problema, es decir, si es consumidor o adicto y sobrepasa la dosis, el sistema penal deberá castigarlo sin importar su condición frente a la droga. Lo anterior persiste debido a que se criminaliza al adicto o al consumidor bajo la premisa de que solo se busca una idea de tolerancia más no de identificación y tratamiento, se trata de un simple objetivo: el combate a las drogas y todo lo que se relacione con ello, sin tomar en cuenta las condiciones de los sujetos que la consumen y son enfermos. Si se es consumidor o adicto y se rebasa el límite permitido, se persigue por delitos contra la salud, así de delgada es la línea y de severo su alcance.

En este orden de ideas, con la adicción definida y asumida como una enfermedad, la dimensión se convirtió en un problema de salud pública que se justificaba desde el momento en que se la considera una enfermedad, lo anterior como consecuencia de la presencia de una sintomatología, cuyas afecciones son de carácter neurológico y que respaldan que las adicciones, al considerarlas enfermedad, deben ser tratadas bajo un esquema que requiere tratamiento.

La idea coyuntural que impulsa la política de drogas como problema de salud pública, para el caso mexicano, busca revertir el paradigma de que la persecución y punición es la única opción. Ejemplo de dicha política de punición mal lograda fue, en principio, declarar la guerra al narcotráfico en 2006, pues esto radicalizó y criminalizó a las personas consumidoras-adictas por encontrarse en el círculo de las drogas. Además de que se exacerbó la violencia criminal, acompañada por un aumento en la ingesta de drogas,⁷⁵ lo que indicaba que la política no funcionaba.

Con todo esto, se evidenció la ausencia de una política de prevención y consumo de drogas y se privilegió una de persecución y punición que ha dado lugar

⁷⁵ Véase, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones*, Consejo Nacional Contra las Adicciones, México, 2008, disponible en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf

a aumentos presupuestales en materia de seguridad y justicia, con disminución en áreas sociales y de salud con mecanismos de prevención en el consumo y tratamiento de drogas. Al respecto, la política de drogas debió asumir enfoques de disminución de los riesgos y no solo en la implementación de tratamientos, sino en la necesidad de acercar la información a la población enfatizada en grupos etarios como los adolescentes y jóvenes, pues la evolución de la adicción parte de un consumo experimental u ocasional que, si no se tiene información sobre sus efectos o no se brinda un tratamiento, culmina con severos daños en una etapa avanzada de adicción cuyo potencial se asocia con las diferentes sustancias ilegales del mercado.

En relación con estos antecedentes, en octubre de 2008, se presentó la iniciativa de proyecto que a la postre se aprobaría para reformar disposiciones en materia de salud, penal, de procedimientos penales. La exposición de motivos de la iniciativa destacaba aspectos trascendentes sobre no perseguir el consumo-adicción con una urgencia de privilegiar la prevención y tratamiento, todos, justificados por el aumento de los consumidores, cuyos principales argumentos estaban incluidos en la exposición de motivos:

1. “En seis años (de 2002, fecha de la anterior Encuesta Nacional a 2008 en que se realiza esta nueva ENA), se incrementó el número de adictos en un 50%, lo que equivale en números absolutos a medio millón de personas.
2. Durante ese mismo período de tiempo, se incrementó el 30% de quienes consumieron por primera vez: en el 2002 era de 3.5 millones, en el 2008 es de 4.5 millones.
3. Las personas entre 12 a 25 años están más expuestas (en un 43%).
4. El 21.5% la ha consumido de manera experimental.
5. El 13% de manera frecuente; de éstos el 2% de hombres y el 1.2 de mujeres llegan a niveles de dependencia.
6. Los consumidores de coca se duplicaron: de 1.23% a 2.5%.
7. Los consumidores de marihuana de 1.1 a 3.3% en mujeres, y del 4.4 a 8.3 en hombres.

8. Los jóvenes de 12 a 17 años son los más vulnerables y el 82% de los riesgos se da en las escuelas. Entre los estudiantes de estas edades, el 17% manifestó que les fue regalada.
9. Solo el 16% de los adictos acude a tratamiento.
10. El consumo de drogas aumentó en la población femenina: 800 mil mujeres consumen enervantes, lo que significa que por cada 4.5 hombres adictos hay 1 mujer.
11. Otro dato importante es que el 10% de éstos, intentó suicidarse.”⁷⁶

La reforma incorporó la necesidad de contar con una estructura sostenida en programas para hacer frente a las adicciones ante el aumento del uso de sustancias -que no es menor y que se describieron en un apartado anterior-. Al respecto, bajo modelos de prevención se introdujeron conceptos a distinguir. Ejemplo de estos fueron el consumo y la farmacodependencia. Ambos conceptos se diferencian por la continuidad en el consumo de la droga; el farmacodependiente o adicto (enfermo) se hace dependiente a la droga, ella lo controla, de ella depende, en cambio, el consumidor no es dependiente y puede abstenerse de consumirla. Además, la prevalencia del consumo de droga relacionada con el farmacodependiente, que hace del hábito la droga, presenta un consumo prolongado y periódico que difiere con la incidencia del consumidor, y que tiene que ver con el hecho de que alguna vez en la vida tuvo contacto con las drogas.

Ahora bien, al asumir el consumo de drogas y la adicción como una problemática de sanidad pública, en la LGS se incluyeron, consecuencia de la reforma de 2009, acciones informativas, atención integral, tratamiento de la farmacodependencia, hasta llegar al establecimiento de dosis máximas. Con estas disposiciones, tanto los consumidores, como farmacodependientes, quedaban absueltos y sin penalización, siempre y cuando se sujetaran a las condiciones dadas por la norma.

⁷⁶ Gaceta de Senado de la República, “Iniciativa con proyecto de decreto para reformar, adicionar y derogar diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales en materia de salubridad general para la farmacodependencia y en materia de narcomenudeo, Exposición de motivos”, https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/18154, (fecha de consulta 16 de septiembre de 2020).

Lo dicho hasta aquí supone la no penalización el consumo de las drogas. Su permisibilidad concedió un margen de actuación condicionada a una dosis diaria, la cual varía dependiendo de la sustancia a consumir. Incluso en el Capítulo VI de los delitos, contenido en la LGS, el artículo 455 dentro de las hipótesis no considera el consumo como delito, ya que la acción en sí no afecta un bien jurídico tutelado determinado, solo a quien consume. La adopción de esta postura en el sistema normativo identificó que al asumir el consumo y adicción como un problema tratable y no sancionable, supondría regular políticas tendentes a disminuir los riesgos de la ingesta de drogas a través de tratamientos y, en su caso, la abstinencia de su consumo. Además, identificó que la posesión era una conducta recurrente y real asociada al consumo de droga, aparejada con la necesidad de tratar el fenómeno desde enfoques sociales y de salud.

Por otra parte, la posesión fue atacada de forma distinta respecto del consumo al considerarla un delito en términos del artículo 455 de la LGS, sin embargo, la tipificación contiene una excepción en cuanto a la cantidad, pues determina quiénes son los que cometen delitos bajo esta modalidad. En ese tenor, cuando la posesión de drogas se aduce para un consumo personal se deberá estar al contenido del artículo 479 de la LGS. Si la posesión entra en las hipótesis de la tabla, el Ministerio Público accionaba la maquinaria del sistema judicial en contra del poseedor que se asuma como farmacodependiente o consumidor y tenga alguno de los narcóticos señalados.

Ahora bien, si la posesión es mayor, se le atribuye el carácter de delito contra la salud en la modalidad de narcomenudeo. Cuando la posesión se torna ilegal, por superar el máximo permitido, no solo supondrá fines de comercialización, sino que además puede ser utilizada para suministro gratuito que, en ambos casos, son conductas sancionadas por la Ley Penal. Así, la droga que se posee en dosis mayores a las del consumo personal, se sanciona ante el hecho de poner en peligro a la sociedad al proporcionar sustancias de alta peligrosidad y con efectos de adicción.

En consecuencia, la posesión de drogas en dosis superiores a la tabla con el objetivo de comercializarlas o suministrarlas incluso de forma gratuita, configura

delitos contra la salud, pues se criminaliza la posesión en grandes cantidades, ya que su ingesta recurrente causa severos daños a la sociedad y afecta sustancialmente la salud. Así, la posesión a gran escala, forma parte de actividades de narcotráfico, cuya comercialización, distribución y producción son de carácter eminentemente económico. En síntesis, los verdaderos delincuentes son quienes comercializan y lucran con la droga. El mercado ilegal se nutre de consumidores de droga que sufren una afectación psicológica que, prolongada, conduce a la adicción: estos son los verdaderos criminales en una realidad que aumenta la problemática de los narcóticos y las adicciones.

Por otro lado, los consumidores y farmacodependientes que poseen y consumen drogas bajo los supuestos del artículo 479 de la LGS, no deben ser considerados delincuentes, no se debe criminalizar la acción de consumir ni de poseer. En primer lugar porque la acción es una decisión individual, cuya consecuencia de introducir la droga por el medio que se elija y padecer sus efectos solo afecta a la persona que lo realiza, pues hace uso del libre albedrío al decidir experimentar o no los efectos. Entonces, la decisión de ejecutar la acción del consumo de droga, es una libertad de carácter unilateral y solo concierne al particular – dicha libertad de decidir consumir, no debe estar supeditada o condicionada en Ley-.

La decisión de consumir drogas está basada en el libre albedrío, donde se decide de forma razonable y consciente – o no- el vivir la experiencia que genera la droga que, a la postre, si se desarrolla en hábito, existe la posibilidad de que origine adicción (enfermedad). Por lo tanto, al consumir drogas el daño que se genera es individual, es una acción que se traduce en el hecho de que el consumidor se hace responsable de las consecuencias de su decisión, y no deben de afectar los derechos de terceros.

El libre albedrío, es, entonces, la libertad de poder o no hacer una cosa. Al respecto, la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en su artículo 4, sobre la libertad, consagra que *esta consiste en poder hacer todo lo que no perjudique a los demás. Por ello, “el ejercicio de los derechos naturales de cada hombre tan sólo tiene como límites los que garantizan a los demás Miembros de la Sociedad el goce de estos mismos derechos. Tales límites tan sólo pueden ser*

*determinados por la Ley.*⁷⁷ Entonces, el Estado y sus Leyes, vistos como forma de regular las sociedades, partiendo de la renuncia de libertades para salvaguardar bienes y derechos, no deben irrumpir en las decisiones particulares que solo afectan la esfera de quien las ejecuta. Mientras estas se enfoquen sobre el derecho al libre desarrollo de la personalidad, afectando únicamente la salud individual por los efectos que las drogas generan, el Estado no podrá cuartar el derecho a decidir sobre el consumir drogas, no obstante que esto se convierta en hábito o adicción, pues de hacerlo vulneraría la autonomía personal. Además, el trabajo del Estado no es impedir que las personas se droguen, su trabajo es establecer estrategias de contención para que las drogas no lleguen a las personas, a través de políticas que reviertan la oferta y demanda de sustancias que, visiblemente, ocasionan afectaciones severas a la salud. En definitiva, el Estado solo debe preocuparse por proporcionar políticas de prevención, información y atención al conflicto del consumo y adicción.

Al asumir esta postura, el Estado no puede ir más allá de las facultades conferidas democráticamente, no puede imponer estándares de cómo vivir en la esfera individual, ni de decisión sobre experimentar con sustancias que afectan un entorno individual que está proyectado hacia el libre desarrollo de la personalidad. El consumo de drogas es una de ellas, el Estado debe garantizar la libertad de decisiones personales que no afecten el orden público. Lo debe hacer en una analogía con el consumo de tabaco y alcohol: dos drogas legales que impactan en la salud, no por las consecuencias de su consumo, sino por las numerosas muertes causadas en accidentes automovilísticos cuyo común denominador es la sustancia del alcohol. Lo anterior hace eco en lo plasmado por Jhon Stuart Mill sobre la decisión personal que cada individuo tiene de decidir o actuar, pues en su *principio del perjuicio*, contenido en su obra *sobre la libertad*, afirma que el individuo es libre de hacer cuanto desee en tanto no dañe al prójimo.

⁷⁷ Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano.

“Desde el momento en que la conducta de una persona es perjudicial a los intereses de otra, la sociedad tiene el derecho de juzgarla, y la pregunta sobre si esta intervención favorecerá o no el bienestar general se convierte en tema de discusión. Pero no hay ocasión de discutir este problema cuando la conducta de una persona no afecta más que a sus propios intereses, o a los de los demás en cuanto que ellos lo quieren (siempre que se trate de personas de edad madura y dotadas de una inteligencia común). En tales casos debería existir libertad completa, legal o social, de ejecutar una acción y de afrontar las consecuencias.”⁷⁸

En concreto, el individuo es libre de consumir drogas, independientemente del motivo, el cual puede ser lúdico. La decisión se ha convertido en jurisprudencia en México, determinando que se concede dicho derecho de libertad como parte del sano desarrollo de la personalidad y un proyecto de vida. Sobre esto, la SCJN en el amparo en revisión 237/2014 reconoció el autoconsumo de la marihuana con fines lúdicos o recreativos abarcando la siembra, cultivo, cosecha, preparar, poseer y transportar; pero deja claro que dicha autorización supone no comercializar, distribuir, sustancias antes aludidas. También autorizó, en esos mismos términos, el consumo para uso lúdico de los psicotrópicos y estupefacientes previstos en la LGS.

En este tenor, la permisibilidad del uso lúdico de las drogas está sustentada en varios argumentos; pero trayendo a colación lo que en líneas anteriores se habla sobre la dinámica del Estado al establecer un estándar de vida, en un extracto de la sentencia se argumenta lo siguiente:

“En este sentido, la doctrina especializada ha señalado que el derecho al libre desarrollo de la personalidad comporta “un rechazo radical de la siempre presente tentación del *paternalismo del Estado*, que cree saber mejor que las personas lo que conviene a éstas y lo que deben hacer con sus vidas”, de tal manera puede decirse que este derecho supone “la proclamación constitucional

⁷⁸ Stuart Mill, John, *Sobre la libertad*, Alianza editorial, Madrid, España, 2013, p. 88.

de que, siempre que se respeten los derechos de los demás, *cada ser humano es el mejor juez de sus propios intereses*” (énfasis añadido).⁷⁹

Lo anterior confirma la noción de que el Estado no debe inmiscuirse en la vida privada de las personas, ni en su dignidad, decisiones y mucho menos en aquello que el individuo considera importante para su buen desarrollo personal. En estricto sentido, el Estado como autoridad debe ceñirse a lo mandatado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo primero. En este sentido, las libertades individuales de decisión que rodean a las personas como sujetos de derechos y deberes deben subsumirse a decisiones basadas en el libre albedrío de elegir lo que a cada persona conviene hacer con su vida. Acerca del derecho al libre desarrollo de la personalidad, la SCJN en tesis aislada, considera que *“el reconocimiento del Estado sobre la facultad natural de toda persona a ser individualmente como quiere ser, sin coacción, ni controles injustificados o impedimentos por parte de los demás, con el fin de cumplir las metas u objetivos que se ha fijado, es decir, es la persona humana quien decide el sentido de su propia existencia, de acuerdo a sus valores, ideas, expectativas, gustos, etcétera.”*⁸⁰

Por consiguiente, se hace patente la urgencia de que se debe proteger la esfera interna de la persona y sus decisiones sobre consumir droga; decisiones que afectan la privacidad del individuo y que deben estar a salvo de incursiones externas, tendentes a limitar la capacidad de poder hacer o no alguna cosa: capacidad que refleja el ejercicio de la autonomía personal. Así, la única intervención del Estado sobre el fenómeno del consumo y adicción a las drogas debe ser a través del sistema de salubridad, en donde se trate y prevenga el consumo y adicción de drogas con objetivos de prevención tendentes a disminuir el riesgo de los efectos que producen las drogas y, al mismo tiempo, buscar estrategias que atiendan la incidencia delictiva, el agravamiento de la criminalidad, la sustracción del consumidor o adicto de esferas delincuenciales o un consumo problemático de drogas, con el fin de reducir, entre otros, la población carcelaria por

⁷⁹ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo en revisión 237/2014, p. 6.

⁸⁰ Tesis P. LXVI, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXX, diciembre 2009, p. 7.

delito de drogas cuya canalización debe ser asumida por la autoridad sanitaria bajo las modalidades de la Ley General de Salud.

Sobre esto Mill en *The contest in America* determina que:

“No hay otro fin que la raza humana tenga garantizada, individual o colectivamente, al interferir en la libertad de acción cualquiera que sea su número, que no sea la protección personal. El único propósito por el cual el propio poder puede ejercerse adecuadamente sobre cualquier miembro de una comunidad civilizada contra su voluntad es la prevención del daño ajeno. El propio bien, sea físico sea moral, no es garantía suficiente. Uno no puede obligar a la ejecución o abstención a otro porque esto conlleve un beneficio para uno mismo, porque le hará a uno feliz, porque en opinión de otros hacerlo sería sabio o correcto... La única parte de la conducta de una persona por la cual ésta es dócil ante la sociedad es aquélla que concierne a los demás. En la parte que solo atañe a uno mismo, su independencia es, por derecho, absoluta. Sobre sí mismo, su propio cuerpo y mente, el individuo es soberano.”⁸¹

Por lo anterior, la punibilidad de la posesión de drogas para el consumo particular y las adicciones debe erradicarse. No se debe atacar la esfera individual por parte de autoridades más cercanas al individuo poseedor y consumidor. Se debe de acatar la disposición contenida en la LGS y observar las sentencias⁸² que han sentado precedentes, hasta volver jurisprudencia el uso lúdico y recreativo de sustancias como la marihuana. Torno a esto, el contenido de la jurisprudencia decreta la inconstitucionalidad de algunos artículos de la LGS sobre la prohibición absoluta al consumo lúdico o recreativo de la marihuana⁸³. La tesis se centra sobre la prohibición para que la Secretaría de Salud emita autorizaciones, determinando la inconstitucionalidad de las disposiciones que provocan un atentado no necesario y excesivo sobre la prerrogativa de la libertad para desarrollar su individualidad.

⁸¹ Stuart Mill, John, “The Contest in America”, *Harper's New Monthly Magazine*, Volumen 24, 143, páginas 683-684. Harper & Bros., Nueva York, Abril de 1862.

⁸² Véase, amparos en revisión 237/2014, 1115/2017, 623/2017, 548/2018 y 547/2018.

⁸³ Tesis: 1ª./J. 10/2019, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Tomo I, Libro 63, febrero 2019, p. 493.

En conclusión, a pesar de las aseveraciones hechas alrededor de las drogas, su posesión, consumo y adicción, en nuestro sistema judicial desafortunadamente, al poseedor, consumidor y adicto se le percibe como delincuente y no enfermo a pesar de la consolidación de la teoría, pues, como se ha visto en el apartado de los conceptos, el uso de drogas en su mayoría tienden a atacar el sistema nervioso central que apartan de su realidad a quien consume. Ya en una etapa crítica, se llega a la dependencia como necesidad física y psicológica de la droga y lo coloca en una posición de enfermedad por un deterioro en su estado de salud, que hace necesaria una intervención profesional que el sistema no coacciona y monitorea.

Reforzando esta idea, la obra de Montero Zendejas, *La drogodependencia y la no criminalización de las adicciones*, remarca dicha hipótesis de que el adicto es un enfermo y no un criminal. Se encuentran ventajas hacia al tratamiento como alternativa. Al final, lo que se busca con esta distinción es remarcar, en principio, de que el adicto es un enfermo que necesita de la droga y por ello la detenta, necesitando atención y no detención: no es un criminal cuando se acoge a los lineamientos dados por la Ley. No obstante, la mayoría de los casos hacen que el adicto, ante la necesidad de consumir una droga, busque por los medios necesarios obtener la sustancia que lo tranquiliza y lo lleva a un estado de calma y relajación. Sin embargo, si bien la posición que guarda Montero Zendejas se encuentra sobre la base del deber ser y el ideal, las personas privadas de la libertad que aquí se estudian ya son procesadas por un delito en particular o, en su caso, se encuentran cumpliendo una condena por posesión de droga ya que han desplegado un conducta que atenta contra la salud, y es aquí donde la realidad del fenómeno se encuentra sustentada, pues el sujeto de estudio está centrado en las personas adictas en prisión que han cometido un hecho ilícito por posesión o como consecuencia de un consumo problemático de drogas al cual se busca rehabilitar.

1.6 La salud como Derecho Humano universal de los adictos privados de la libertad

Las dos reformas fundamentales que transformaron el sistema constitucional mexicano son: la reforma de 2008 y la reforma de junio de 2011 en materia de

Derechos Humanos. En la reforma de 2008 se modificaron 10 artículos constitucionales que impactaron sustancialmente el sistema de seguridad y de justicia penal.⁸⁴ Esta tuvo por objeto ajustar el sistema de justicia penal a un estado democrático de derecho, pasando de un sistema inquisitivo a uno de corte acusatorio y oral. Se crearon nuevos actores en el procedimiento por ejemplo: el juez de control y el juez de ejecución de sanciones que tendrán, como objetivo central, hacer valer los derechos de las víctimas y los imputados. De igual forma, los nuevos cambios constitucionales instituyen un régimen especial para el tratamiento de personas vinculadas a la delincuencia organizada e incluyen figuras jurídicas importantes y controvertidas.⁸⁵

Dicho lo anterior, la reforma de 2008 es un parteaguas en el sistema penal y penitenciario por las nuevas formas y conceptos a través de los cuales se tendría que erigir el proceso con respecto a la readaptación de los internos. Lo anterior se da gracias a las modificaciones de los artículos 18 y 22 que plantean un cambio en la finalidad en la prisión y, por ende, en su organización. Estos cambios surgen como modificaciones a conceptos como readaptación social, por el de reinserción social, adquiriendo una fundamentación relevante en la forma de concebir a la persona que transgrede la Ley Penal, que afecta también la lógica misma de la prisión. Además, los cambios importantes fueron, el reconocimiento de salud y el deporte como medios de reinserción social, el cual obliga a los sistemas penitenciarios a mejorar sus sistemas médicos y deportivos.

En lo referente a la reforma constitucional de 10 de junio de 2011, el cambio al artículo 1 de la Constitución es el de mayor impacto: consagra que *“en los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los Derechos Humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo*

⁸⁴ Suprema Corte de Justicia de la Nación. *El nuevo sistema de justicia penal acusatorio, desde la perspectiva constitucional*, Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, 2011.

⁸⁵ Cfr., Cisneros, José Luis, *Refundar la prisión*, Editorial Porrúa, México, 2016.

ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.”⁸⁶

La reforma impactó positivamente. En el ámbito de Derechos Humanos reconoció su universalidad sobre todas las personas que se encuentren en nuestro país; dejó de lado el término de *todos los mexicanos*. En palabras del Doctor Julio Cabrera Dircio, *“la existencia social de la humanidad la vamos a encontrar, en cierta medida, en los derechos humanos, porque es ahí donde podemos ver que no son más que las necesidades, por un lado, y por el otro, son las exigencias que brotan de la propia condición natural de la persona humana y que por esa misma razón reclaman su reconocimiento, su respeto e incluso su tutela, de esa ficción jurídica a la que llamamos Estado.”⁸⁷*

Bajo esas consideraciones, la reforma al primero constitucional, además del reconocimiento de derechos a todas las personas, amplió estos a nivel internacional con el reconocimiento y vigencia vinculante de tratados internacionales. Es importante precisar que en algunos países de América Latina se han desarrollado e instaurado diversas legislaciones que reforman y cambian su derecho interno.⁸⁸ Al respecto, se facultó a toda autoridad del Estado para que en uso de sus funciones se buscara el respeto de los mismos, obligando su cumplimiento, decretando que:

“Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”⁸⁹

⁸⁶ Diario Oficial de la federación, *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, artículo 1.

⁸⁷ Cabrera Dircio, Julio, *Mediación penal y derechos humanos*, Ediciones Coyoacán, México, 2014, p. 67.

⁸⁸ González Chévez, Héctor, “Necesidad de regular el procedimiento en México para el cumplimiento de sentencias emitidas por organismos supranacionales protectores de derechos humanos”, en Cabrera Dircio Julio et. al. (Coord.), *La reforma constitucional en materia de derechos humanos y su impacto en la sociedad*, Fontamara, México, 2014, p. 101.

⁸⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En este orden de ideas, el reconocimiento de los Derechos Humanos a las personas de forma universal y sin discriminación reconoció que estos formarían parte de la integridad del ser humano.

“Esta disposición coloca a México en sintonía con la mejor tradición del constitucionalismo contemporáneo. De hecho, detrás de la reforma se encuentra la paulatina apertura del sistema político mexicano al derecho internacional; un proceso que condujo al reconocimiento de la competencia contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en 1988 y a la adhesión y ratificación de múltiples instrumentos internacionales en el ámbito de los derechos humanos.”⁹⁰

El impacto de dichas reformas alcanzó al sistema penitenciario al modificar el artículo 18 constitucional para dejarlo de la siguiente manera: *“El sistema penitenciario se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir, observando los beneficios que para él prevé la ley.”*⁹¹ Para entonces, las reformas y su transformación determinaban que bajo ningún motivo se tenían que violentar los derechos humanos de las personas, aun las que estuvieran cumpliendo una sanción en los centros penitenciarios. Todo lo contrario, se velaría por el respeto de aquellos bajo la tutela consagrada por el primero constitucional, cuyas autoridades, en todos sus niveles, serían encargadas de garantizar.

No obstante las buenas intenciones de la reformas de 2011 y 2008, estas fueron creadas para realidades distintas, no solo desde el ámbito social, sino jurídico, ya que si bien se buscaba estar a la vanguardia tanto en el tema de Derechos Humanos como del nuevo sistema de justicia penal, esto no fue así. Sobre esto, Loewenstein en su obra *Teoría de la constitución*, describe que al copiarse un sistema, sobre

⁹⁰ Salazar Ugarte, Pedro (Coord.), *La reforma constitucional sobre derechos humanos*, Senado de la República, México, 2014, p.16.

⁹¹ *Op. Cit.*, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

todo el penal y en mayor medida el de Derechos Humanos, lo dogmático no correspondería a la realidad del lugar para el que era destinado. Ejemplo de lo anterior es que el sistema penitenciario, que de acuerdo con la constitución el trato debería de estar bajo la idea de respeto de los Derechos Humanos, esto no sucede en la realidad; basta con revisar los diagnósticos emitidos por la CNDH de todos los centros del país para evidenciar, que la mayoría no cumple con el respeto de derechos y que son en su mayoría reprobados, a la par de su funcionamiento.

Es concluyente entonces que la realidad del sistema penitenciario muestra que las prisiones carecen de respeto a Derechos Humanos pues, trayendo a colación el diagnóstico de supervisión penitenciaria de 2016, se evidencian aspectos delicados como la corrupción, el autogobierno, la sobrepoblación, el hacinamiento y el consumo de drogas; aspectos que no comulgan con la idea de respeto y mucho menos de reconocimiento de prerrogativas hacia las personas privadas de la libertad.

En definitiva, la prisión no asume el respeto de Derechos Humanos para los delincuentes; parece que la comisión de un ilícito altera a las personas y la prisión es una realidad paralela donde convive una sociedad no humana. En pocas palabras, la realidad penitenciaria segrega a sus ocupantes y sugiere una especie de transformación, donde, una vez que cometes un delito pareciera que dejas de ser humano, o al menos así se percibe en el sistema carcelario en México. Lo grave, es que la realidad de los sujetos en prisión con adicciones es compleja, son los invisibles del sistema; pues no se reconoce el fenómeno de las adicciones dentro de los centros penitenciarios y se carece de información que cuantifique la cantidad de personas que consumen drogas: sin duda la problemática sigue y esta ausencia de atención hace necesaria la intervención institucional para garantizar derechos como la salud en condiciones de encierro, donde el costo a apagar es menor en comparación con la invisibilización de este sector que cada vez se reproduce y recrudece más.

I.7 El costo de las adicciones en los centros especializados

En México el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) cuenta con un directorio de instituciones especializadas para el tratamiento de las adicciones. Ahí se concentran tratamientos aprobados por la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General instituidos a través de programas contra la farmacodependencia contemplados en la Ley General de Salud dentro del Capítulo IV.

En este sentido, la Ley determina que el programa contendrá procedimientos y criterios para prevenir, tratar y controlar *“las adicciones, será de observancia obligatoria para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional y en los establecimientos de los sectores público, privado y social que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones y la farmacodependencia.”*⁹² Lo que resalta del programa es que los procedimientos, criterios, son de observancia obligatoria. Se destaca la importancia de la creación de centros especializados para el tratamiento de las adicciones quienes ejecutarán los procedimientos, criterios, prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Al respecto, el artículo 192 Quáter, fracción I, determina que *“se deberá crear un padrón de instituciones y organismos públicos y privados que realicen actividades de prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de farmacodependencia, que contenga las características de atención, condiciones y requisitos para acceder a los servicios que ofrecen.”*⁹³ Lo interesante de la existencia de dichas instituciones es el costo promedio que tiene un tratamiento dentro de los centros especializados, tomando en cuenta de que se trata de una problemática que afecta a mucha población en México. Lo anterior funciona como parámetro para proyectar el costo general que tiene rehabilitar a una persona y, por el contrario, el costo que representaría la ausencia de un tratamiento de adicciones que podría potenciar acciones como: actos constitutivos de delito, riesgos severos a la salud e incluso la muerte. En este tenor, a continuación se describen (ver tabla 3) el número de centros en cada estado reconocidos oficialmente:

⁹² Op. Cit, Ley General de Salud.

⁹³ *Ídem.*

Tabla 3

ESTADO	NÚMERO DE CENTROS ESPECIALIZADOS
AGUASCALIENTES	9
BAJA CALIFORNIA NORTE	41
BAJA CALIFORNIA SUR	5
CAMPECHE	3
CHIAPAS	7
CHIHUAHUA	15
COAHUILA	2
COLIMA	9
CIUDAD DE MÉXICO	40
DURANGO	8
ESTADO DE MÉXICO	13
GUANAJUATO	12
GUERRERO	4
HIDALGO	8
JALISCO	41
MICHOACÁN	7
MORELOS	12
NAYARIT	5
NUEVO LEÓN	6
OAXACA	1
PUEBLA	5
QUERÉTARO	6
QUINTANA ROO	4
SAN LUIS POTOSÍ	5
SINALOA	18
SONORA	18
TABASCO	3
TAMAULIPAS	8
TLAXCALA	1
VERACRUZ	5
YUCATÁN	2
ZACATECAS	8
TOTAL	331

FUENTE: Tabla hecha por el autor con datos de Directorio Nacional de Establecimientos Especializados en el Tratamiento de la Adicciones en Modalidad Residencial Reconocidos por la Comisión Nacional Contra las Adicciones.

Los 331 centros especializados destacan costos y tiempo del tratamiento. En particular, la duración de un tratamiento oscila entre los tres y seis meses. Los costos varían en razón de la institución que presta el servicio: revisando el listado se encontró que el menor precio que se paga son 75 pesos en el estado de

Zacatecas; en contraste, el precio máximo ronda los 207 mil en el Estado de Sinaloa; en la Ciudad de México existen establecimientos cuya consulta por primera vez cuesta 70 mil. En general, cabe destacar que los tratamientos tienen un costo de 3 mil a 180 mil pesos, sin embargo, hay 22 establecimientos con tratamiento gratuito; por último, 41 centros no especifican costos.

La existencia de centros especializados para el tratamiento de las adicciones representa un importante avance en torno al combate del fenómeno, sin embargo, y teniendo en cuenta de que se trata de un tema de salud pública, si se toman números absolutos solo se tendrían 10 centros promedio en cada estado. Lo anterior se traduce en insuficiencia, sobre todo porque la Ley General de Salud busca prevenir, tratar, atender y reinserter a la sociedad aquellas personas que consumen drogas, cuestión compleja si se toma en cuenta que el consumo de cualquier droga ha aumentado considerablemente de 2001 a 2016, al pasar 6% a 10.3%.⁹⁴Lo que se traduce en una estadística de aproximadamente 9 millones de personas que consumen algún tipo de drogas para el año 2016, y si lo adecuamos a cifras, los 331 centros albergarían a más de 27 mil personas de una cifra total de casi 9 millones que consumen drogas, esto sin tomar en cuenta el aumento que se pudiese producir para este 2020 además de costos.

El problema no solo es atendido por las instituciones enlistadas, hay centros particulares que se dedican a tratar las adicciones y también contribuyen a disminuir la problemática. Sobre esto, en 2016 se registraron un total de 60 582 personas que acudieron a 1125 centros de tratamiento en 281 ciudades de las 32 entidades federativas del país, no mencionando si estas están reconocidas en el directorio del CONADIC.

En conclusión, ante la insuficiencia en relación con la totalidad de consumidores y adictos, además del costo que genera el tratamiento en su mayoría elevados y la ausencia de centros masivos cuya cobertura se expanda y cubra una gran cantidad de pacientes, ha generado una incertidumbre respecto de la reinserción social de las personas, constituyendo efectos que perjudican no solo la vida del adicto, sino

⁹⁴ Véase, “Encuesta Nacional del Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco 2016-2017”.

de la sociedad misma. Lo anterior convalida la cifra de que los 9 millones que consumieron una vez en la vida, 720 mil padezcan trastornos por uso de sustancias de los *cuales solo 1 de cada 10 recibe atención*, pues la insuficiencia de mecanismos, afirman y relacionan a este grupo con posibles actos de delincuencia, malestar, incertidumbre, alteración y riesgos que hacen latente una cuestión que es por demás vista y que pasa no solo por carencias y falta de proyectos, sino de disposición y voluntad política.

En este sentido, se hace una severa crítica al CONADIC, pues este evidentemente no puede responder al problema de las drogas, su consumo y adicción al estar rebasado estructuralmente para atender a todos los casos consecuencia del fenómeno, por lo tanto, si no puede hacerle frente al exterior con todos los mecanismos a su alcance, mucho menos alcanza a cubrir el problema que en las prisiones se presenta y que va creciendo de forma alarmante.

I. 8 La teoría de la pena como eje resocializador en el fenómeno de los adictos presos

La justificación de la violencia estatal que se ejerce como forma de garantizar el bienestar de la colectividad, entendida como el otorgamiento de la sociedad al Estado parte de su libertad para la consecución de dicho fin,⁹⁵ ha evolucionado institucionalizándose, racionalizándose y se ha encauzado en la obtención de ciertos objetivos. Ha dejado de ser una forma vengativa y ha pasado por el estado de la sanción como expresión valorativa, adquiriendo relevancia jurídica. Al respecto Edmund Mezger considera que *“la justificación de la pena resulta de la demostración de que la pena constituye un medio indispensable para la conservación de la sociedad jurídicamente ordenada. Esta justificación de la pena estatal no constituye un problema jurídico, sino... un problema metajurídico.”*⁹⁶

La justificación de la pena se da sobre dos interrogantes a saber, la primera de ellas es ¿por qué castigar? y la segunda ¿para qué se ejecuta dicho castigo? Las

⁹⁵ Véase, Beccaria, *Tratado de los delitos y de las penas*, Editorial Porrúa, México, 2014.

⁹⁶ Mezger, Edmund, *Teoría de la pena*, Editorial Leyer, Col. Clásicos del derecho, Colombia, 2005, p. 67.

interrogantes aperturan la reflexión sobre la pena y sus fines: en la primer pregunta vemos hacia el pasado, es decir, se castiga por hechos cometidos y constitutivos de delito perpetrados en el pasado, y la segunda pregunta ve hacia el futuro, concentrándose en resolver un problema que se generó a través de la imposición de sanciones con fines específicos.

La imposición de la pena como castigo está rodeada de varias razones para su ejecución. Su aplicación dependerá del objetivo que se requiera cumplir, sin embargo, para el caso que nos ocupa, solo enfatizaremos en aquella teoría en la que se considera encaja la finalidad de la pena, con sus matices en razón de las distintas formas en las que la pena se cumple, sobre todo si se habla del sistema penal mexicano, cuya crisis actual ve una regresión al absolutismo penal, esto es, la imposición de la pena como un castigo sin otros fines de por medio, evidenciándose ante el acrecentamiento sin objetivos claros.

Se debe a Bauer la clasificación de las teorías clásicas, las cuales son absolutas, relativas y mixtas. Se centra en la segunda, ya que la primera no tiene mayor complejidad al considerar que la pena no busca ningún fin y la tercera puede llegar a tener nociones de la primera que solo ve la sanción del delito. De acuerdo con las teorías absolutas se castiga porque se debe castigar, provocar el sufrimiento es su única finalidad y no busca necesariamente que ya no se delinca. Al respecto Esteban Righi considera que:

“Se denomina a esta concepción teoría absoluta porque agota el fin de la pena en la retribución, explicada por Kant como un imperativo categórico emergente de la idea de justicia, y fundamentada dialécticamente por Hegel con la negación de la negación del derecho. La pena niega el delito restableciendo así el derecho lesionado.

Los efectos preventivos, consecuencia de admitir que la pena puede suponer enseñanza además de sufrimiento son desdeñados, pues se aclara que ellos no son el fin buscado. Consecuentemente, la pena debe igualmente aplicarse, aunque no se logre el efecto intimidatorio ni exista riesgo de reincidencia.”⁹⁷

⁹⁷ Righi, Esteban, *Teoría de la pena*, Editorial Hammurabi, Argentina, 2001, p. 19.

La teoría absoluta se presenta como la retribución a una conducta desplegada y considerada como delito; se trata de la causa y el efecto. También se puede considerar que es la teoría más simple, ya que es la consecuencia directa a una acción sin ninguna proyección al futuro, es decir, se castiga por castigar. Al respecto, Claus Roxín dice que según estas teorías “... *la pena debe retribuir el hecho imponiendo un mal y, con ello, servir a la justicia, independientemente de cualquier hecho social. Aquí se habla de una teoría de la retribución o de una teoría de la justicia.*”⁹⁸

Las definiciones sobre la teoría absoluta no se adecuan a lo que se pretende ejercer sobre los presos con adicciones. La incorporación de las mismas significaría un retroceso a los fines de la reinserción. No supondría, desde un inicio, concebir otros medios de tratamiento bajo condiciones específicas, ya que la teoría absoluta no permite dicha implementación y la cárcel por si sola representaría una retribución sin más objetivos que el de castigar.

Contrario a lo que sucede con la teoría absoluta, la teoría relativa tiene en su definición la idea de sanción como ejemplo. Por este medio se presume el arrepentimiento a través de una intimidación carcelaria. Algunos autores consideran que esta teoría difiere de la absoluta. Al respecto Feuerbach descuello el llamado “*constreñimiento psicológico*”, afirma que “*la coacción física no es suficiente para evitar la comisión del delito, esta solo puede ser evitada a través de una coacción psicológica.*”⁹⁹ Así, las teorías relativas buscan castigar al delincuente que figura como ejemplo de lo que les puede pasar a los demás en caso de repetir esas conductas: es una forma de desalentar advirtiendo las consecuencias de trasgredir la norma penal. Por ejemplo, Palacios Pámares considera que en la ideología relativista “*cabe la concepción de regeneración, resocialización, readaptación social, repersonalización; pero no como las legislaciones modernas la prescriben.*

⁹⁸ Roxín, Claus. *La teoría del delito en la discusión actual*, Editorial Grijley, Perú, 2007, p. 70.

⁹⁹ Cfr., Feuerbach, Anselm Von, *Tratado de derecho penal*, 2da. Edición, Trad. Zaffaroni, Eugenio Raúl, Gemeier, Irma, Editorial Hammurabi, Colección Criminalistas Perenes, Argentina, 1989, pp. 59-60.

*Es una consecuencia accesorio, aleatoria; un epifenómeno que la pena puede o no producir por sí sola, sin intervención de técnicos penitenciarios que traten de educar o reeducar al preso.*¹⁰⁰

Esta última consideración de conceptos como la regeneración y readaptación social, lleva a adoptar a teoría relativa a los sujetos que se están estudiando. Es precisamente en el supuesto de que la cárcel no puede por sí sola cumplir la finalidad donde se requiere la intervención de otros medios, siempre dirigidos hacia la pena como medio para un fin, coadyuvada por otros instrumentos. Es representada también como un modelo de recuperación para quienes cometen delitos consecuencia de un consumo problemático de drogas. Sin embargo, concebirla como ejemplo por sí sola y aumentando las penas para cumplir dichos objetivos con la encomienda de que los demás aprendan por medio del otro, llevaría a transgredir los principios rectores del derecho penal tales como: la culpabilidad, proporcionalidad e intrascendencia. Al respecto Gunter Jakovs menciona que:

“Cuando el delincuente no es responsable de la tendencia delictiva de los demás... cualquier medida de pena que es amenazada, impuesta y ejecutada, viola el derecho del autor a ser penado únicamente de acuerdo con la medida de su responsabilidad: de lo contrario, se tratará de una pena de ocasión de la culpabilidad del autor por algo de lo que no es culpable, es decir, de la punición, en esta medida, de un inocente, que es tratado como una cosa usada para alcanzar un fin.”¹⁰¹

La afirmación de Jakovs refleja la realidad del sistema penal. El aumento de las penas ha condenado a los delincuentes a ser sometidos a penas mayores, buscando la disuasión en la comisión de delitos sin proyectar la reinserción social como objetivo de la pena relativista: volvemos a la teoría absolutista, sin más remedio que ver a la cárcel como escuelas del crimen.

¹⁰⁰ Palacios Pámares, *La cárcel desde adentro*, Editorial Porrúa, México, 2014, pp. 61-62.

¹⁰¹ Jakovs, Gunter, Polaino Navarrete, Miguel, López Betancourt, *Función de la pena estatal y evolución dogmática post-finalista*. Estudios de derecho penal funcionalista, Porrúa, México, 2006, p. 47.

En consecuencia, se debe privilegiar la teoría relativista matizada con acciones tendentes a una reinserción social. No se debe dejar todo a la prisión y tampoco a la legislación penal, pues el simple dogma no produce un efecto de abstención y la consecuencia de su trasgresión, que lo trasmuta a la prisión, no supone tampoco una solución, prueba de ello es el aumento en la incidencia delictiva. Por lo tanto, el Estado se debe ocupar de la prevención y no hacer un uso indiscriminado de la prisión. Si la prevención no funciona, se tendrá la posibilidad de que, en prisión, se privilegie el tratamiento post- penitenciario con programas iniciados al interior que fortalezcan relaciones en el exterior después de la sanción.

1.8.1 Análisis de la teoría garantista como eje fundamental para el tratamiento de los adictos internos

En la problemática de las adicciones dentro del sistema penitenciario se debe resaltar que el referido problema debe ser tratado desde una visión garantista, es decir, la persona adicta a la droga debe ser sujeto en todo momento de derechos fundamentales. En primer momento, se debe recordar que la premisa de la presente investigación tiene como sujeto de estudio al adicto preso, que según lo establecido por la normatividad penal, si el adicto sobrepasa un determinado gramaje es susceptible de que se le imponga una sanción, en otras palabras, se trata al adicto como un delincuente, lo anterior, producto de políticas de criminalización; no obstante, el actual criterio atenta contra su derecho a la salud, toda vez que, más allá de ser tratado como un criminal, debe prevalecer en todo momento su derecho a la salud (rehabilitación).

En ese tenor, de acuerdo con el maestro Luigi Ferrajoli,

“()...una teoría del garantismo, además de fundamentar la crítica del derecho positivo respecto a sus parámetros de legitimación externa e interna, es en consecuencia también una crítica de las ideologías: de las ideologías políticas, ya sean iusnaturalistas o ético-formalistas, las cuales confunden, en el plano

político externo, la justicia con el derecho, o peor aún a la inversa; y de las ideologías jurídicas, tanto normativistas como realistas, que paralelamente confunden, en el plano jurídico o interno, la validez con la vigencia o, al contrario, la efectividad con la validez.”¹⁰²

Dicho de otra manera, el jurisconsulto italiano invita a reflexionar sobre la efectividad de las diversas normas, en especial del derecho penal, debido al impacto que tiene en los ciudadanos por su característica punitiva y la dispraxis legislativa al momento de emitir una norma o sancionar una conducta. La iniciativa basada en estas afirmaciones evita con ello tomarse a la ligera la aplicación de normas por el simple uso de lógica sin sustentación jurídico- científica, como es el caso del actual *tratamiento* para los adictos internos, el cual deja de lado ese enfoque multidisciplinario, al que debe acogerse el derecho penal con cuestiones médico-psicológicas.

En ese sentido, en palabras de los Doctores Reyes Barragán y González Ibarra, siguiendo lo establecido por la corriente garantista, “*se debe luchar por establecer normas de igualdad y oportunidad para toda la sociedad, entre otras características, y también concebir al derecho de acuerdo a la corriente teórica del garantismo de Luigi Ferrajoli como un sistema de valores que primero que nada tutela la dignidad y los derechos humanos*”¹⁰³, por lo que se debe garantizar la prevalencia de Derechos Humanos, sobre todo un derecho tan fundamental como es el derecho a la salud.

En consecuencia, desde el sector salud se empieza a vislumbrar la necesidad de que las adicciones merecen un tratamiento multidisciplinario y especializado, el Dr. José Narro Robles, extitular de la Secretaría de Salud, durante la ceremonia del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas, “*explicó que se debe combatir a quienes trafican con drogas, pero no criminalizar a*

¹⁰² Ferralaji, Luigi, *Derecho y razón. Teoría del garantismo penal*, Trotta, Madrid, 1995, p. 855.

¹⁰³ González Ibarra, Juan de Dios y Reyes Barragán, Ladislao, “La administración de justicia de menores en México. La reforma del artículo 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, nueva serie, año XL, núm. 118, enero-abril de 2007, p. 68.

*quienes tienen un problema de salud, y el acercamiento a ellos tiene que ser con respeto a sus derechos humanos y otorgarles los servicios de salud que requieran.*¹⁰⁴ Sin embargo, la esfera del sistema penitenciario dista mucho de alcanzar esta realidad, debido a la crisis que enfrenta desde ya hace algunos años, producto de elementos como la corrupción, la carencia presupuestal y capacitación de los operadores, solo por mencionar algunos. Por ello, el presente trabajo de investigación se basa en estructurar lineamientos específicos que abonen a temas de adicciones en prisión con base en los Derechos Humanos de las personas, con la finalidad de una correcta rehabilitación en la reducción de riesgos y deshabitación a las drogas elevando así la calidad de vida.

En conclusión, la ventaja social que este enfoque pretende, parte de la idea de que el impacto positivo se encuentra prespectado bajo el presupuesto de un beneficio que opera en dos esferas, una individual y la otra colectiva: en la individual, se busca reducir el consumo problemático de drogas de las personas privadas de la libertad con problemas de adicción que, a su vez, contribuya a una deshabitación y mejoramiento, en la medida de lo posible, de la salud de las personas internas. El beneficio en este nivel es individual, pero si lo observamos con detenimiento, también se beneficia la colectividad, pues al reducir el consumo de drogas en prisión de las personas con problemas de adicción, que están ahí no solo por la droga en sí, sino por el despliegue de conductas consecuencia de los efectos, una vez que esta cumple su condena y se logra el objetivo de reducir o erradicar el consumo, y se le dota de herramientas para reinsertarlo en la sociedad ya sin el problema del consumo o la adicción, probablemente sus circunstancias cambiarán y no se reproducirá el círculo vicioso de reinsertarlo a la sociedad para que vuelva a delinquir debido a que no se atendió la problemática desde un inicio, lo que significará un retorno a prisión por conductas delictivas, probablemente de mayor impacto, que las que lo tuvieron en prisión la primera vez.

¹⁰⁴ Narro Robles, "Respeto a los derechos humanos para las personas con alguna adicción", Comunicado de prensa Núm. 329 Ciudad de México, 13 de julio de 2016, en: <http://www.cofepris.gob.mx/Documents/NotasPrincipales/13072016.pdf> .

CAPÍTULO II

LA DROGODEPENDENCIA Y EL SISTEMA PENITENCIARIO

SUMARIO. II.1. Los adictos dentro del sistema penitenciario. II.2. Las drogas y los actos delictivos: su relación con el sistema penitenciario. II.3. Las reformas penales y sus consideraciones hacia los delitos contra la salud y los adictos. II. 3.1. Aportaciones relevantes de la Ley Nacional de Ejecución Penal frente a las adicciones en los centros de reclusión. II.3.1.1. La justicia terapéutica como alternativa a la prisión: su contexto externo. II.4. Consecuencias de las drogas en los centros penitenciarios. II.5. El tratamiento especializado en los centros penitenciarios. II.6 Modelos de atención para el tratamiento de adicciones a drogas en los centros penitenciarios y algunas cifras en torno a su evolución.

II.1 Los adictos dentro del sistema penitenciario

Las condiciones de las prisiones en México mantienen aún deficiencias estructurales, organizacionales, legales y en la ejecución de actos tendentes a garantizar el estado idóneo de un sistema, cuya finalidad descansa en la reinserción social. La notable y constante trasgresión de Derechos Humanos, producto de la

ineficacia de un sistema que permanece de forma sistemática a la sombra de la sociedad, así como del Estado mismo, ha generado desequilibrios y desigualdades en la población interna atribuida al desinterés de las instituciones, cuyos medios de control se ejercen por el Estado a través del uso legítimo de la fuerza.

Como se afirmó arriba, la displicencia institucional no ha vislumbrado – o lo oculta- la existencia de otros problemas de mayor complejidad. En la sobrepoblación, el hacinamiento, el autogobierno o cogobierno, entre otros, se han centrado mayores esfuerzos para la atención y su erradicación, pues estos continúan como principales problemas de la crisis penitenciaria. Sin embargo, detrás de estos flagelos irresolubles se comienzan a erigir otros cuya existencia subyace, pese al ocultamiento de un fenómeno en específico: las drogas, su consumo y las adicciones.

El fenómeno de las drogas y las adicciones se retroalimenta con la realidad que rodea la vida del sistema penitenciario. Las condiciones se potencializan al afectar el carácter individual y colectivo de las personas en prisión, cuyas consecuencias deterioran bienes como: salud, seguridad, integridad y vida. Las instituciones carcelarias se han convertido en caldo de cultivo para el uso, consumo y adicción. La prisión representa el escenario ideal para el contacto e inicio del consumo de sustancias, acompañados de una tolerancia institucional de tráfico e introducción de manera ilegal manufacturando riesgos fatales¹⁰⁵. Por lo tanto, la comercialización de drogas en las prisiones son una realidad. Consumo y tráfico van de la mano como un negocio fructífero sin competencia alguna, debido al control que ejercen grupos de internos en complicidad con funcionarios y carencia en la operatividad de instituciones carcelarias.

Por lo dicho arriba, la actividad del uso, abuso y adicción a sustancias psicoactivas en prisión, no son un caso aislado, tampoco el debut, la experimentación, la iniciación o el incremento de consumo de tranquilizantes y otras

¹⁰⁵ Véase, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, “Recomendación 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”, México, 2016, disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/2016/Rec_2016_049.pdf

sustancias utilizadas como forma de *no pensar* y que el tiempo pase lo más rápido posible. Aquí confluyen enfermedades contagiosas que aumentan los riesgos de una transmisión, así como intoxicaciones, sobredosis y suicidios que son muestra clara de la complejidad del fenómeno al que no se le trata con seriedad. Sobra decir que la existencia de medios de tratamiento como el trabajo, la educación y el deporte, constituyen elementos secundarios de una reinserción que fracasa. Su implementación no funciona cuando se trata de considerar necesidades y contextos que intervienen en la vida de un interno adicto.

En este sentido, Instituciones autónomas de Derechos Humanos en México comienzan a hacer visible la problemática. Prueba de ello es el Diagnóstico de Supervisión Penitenciaria emitido por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en 2016, el cual hace un recuento de las condiciones de los centros penitenciarios en México. En varias de sus páginas se identifica la falta de avances en la atención hacia este grupo en materia de salud, y que se recrudece por condiciones materiales y físicas que rodean la convivencia al interior, cuya iniciación, consumo y adicción germinan de forma negativa en un encierro que contribuye a la continuidad en el uso y abuso de las drogas.

En los diagnósticos, la relación droga, adicción, sistema penitenciario, constituyen un trinomio que se yuxtapone como constante presente en todas las instituciones carcelarias: se carece de acciones para erradicar factores que repercuten y constriñen a que un sistema mantenga costumbres enraizadas. Por lo tanto, el consumo de drogas está estrechamente ligado al mundo penitenciario, pues según indican Zurholds, Haasen y Stöver¹⁰⁶, *“alrededor de la mitad de la población reclusa europea ha consumido sustancias ilícitas en algún momento de su vida. Incluso un 10-48% de hombres y un 30-60% de mujeres han sido considerados drogodependientes en los meses anteriores a su entrada en prisión.”*¹⁰⁷

¹⁰⁶ Zurhols, H., Haasen, C., Stöver, H. *Female drug users in European prisons: a European study of prison policies, prison drug services and the women's perspectives*, Bibliotheks-und Informations system der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg. 2005.

¹⁰⁷ Fazel, S., Bains, P., Doll, H., “Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review”, *Addiction* 101, 2006, p.181-191.

La correspondencia de dichos factores ha logrado que en la actualidad esta relación interactúe ya no solo en el exterior, sino también en el interior. La prisión normaliza el consumo y la comisión de delitos. Ambos contribuyen al acrecentamiento de problema, consecuencia de una pésima política que ha llevado al colapso de los sistemas de justicia y penitenciaria con el aumento de la incidencia delictiva y la poca o nula capacidad del Estado para revertir la crisis penal y penitenciaria.

Ahora bien, sobre el asunto de las drogas y su uso frente a la comisión de delitos y el sistema penitenciario, representan un universo que afecta al sistema de seguridad y justicia actual provocado por el abuso de la prisión preventiva al considerar estas conductas ilícitas. El problema no es el internamiento en las cárceles *per se*, sino la exposición de los usuarios de drogas a entornos de encierro, consecuencia del despliegue de actos constitutivos de delito, -ya sea por consumo, portación o por la ejecución de actos constitutivos de delitos el influjo de alguna droga para su adquisición y consumo-, además de las complicaciones médicas del consumo, abuso, dependencia y adicción de drogas ilegales resultado de una multiplicidad de problemas de salud, físicos, agudos y crónicos.

“Las complicaciones médicas asociadas con el uso de este tipo de sustancias incluyen diversos problemas: a) relacionados con sus propiedades farmacológicas: sobredosis, lesiones por accidentes bajo su influencia, dependencia; b) por sus vías de administración: hepatitis, abscesos e infecciones, celulitis y el VIH-SIDA, por el uso de jeringas no esterilizadas, y c) por actitudes como conductas delictivas, problemas familiares, abandono escolar y falta de trabajo constante, trayendo consigo serias implicaciones para la salud, tanto individual como pública, sobre todo si se toma en cuenta que muchos de estos problemas pueden ser tratados, y que todos son prevenibles.”¹⁰⁸

¹⁰⁸ Chitwood DD, Sánchez J, Comerford M, McCoy CB. “Primary preventive health care among injection drug users, other sustained drug users, and non-users”. *Subst Use Misuse*, 2001; No. 36, pp. 807-824.

Como se indicó arriba, las complicaciones médicas en contextos de encierro, además de que se intensifican, propician la continuidad en el consumo de drogas y agudizan el deterioro de la salud: la exposición de los usuarios, el desconocimiento de sus propiedades, el contagio masivo de enfermedades por instrumentos usados inadecuadamente o por la negligencia, no solo de los usuarios, sino de las autoridades con acciones u omisiones de actividades que privilegien la prevención y el trato de esta problemática, además de una comorbilidad, maximizan un impacto en la salud.

La presencia de estas complicaciones se refuerza por la práctica continua de los usuarios de droga. En un estudio realizado en algunas cárceles del norte del país como Tijuana, Baja California, y Ciudad Juárez, Chihuahua, en el 2000 registraron hallazgos de "()... uso de drogas inyectables entre los internos de ambas prisiones de 37 y 24%, respectivamente, siendo la heroína la droga más frecuentemente utilizada, seguida por la cocaína o el uso simultáneo de la combinación de ambas (speedball). Asimismo, la prevalencia para el VIH fue de 2.5% en la cárcel de Tijuana y de 1.3% para la de Ciudad Juárez."¹⁰⁹ De ahí que la prevalencia de otras formas de consumo de drogas es caldo de cultivo para el contagio de enfermedades a través de medios utilizados para la administración de drogas (drogas intravenosas).

Todo esto parece confirmar que el padecimiento del VIH, hepatitis C, el Virus del Papiloma Humano, entre otras, constituyen riesgos serios en una sociedad interna adicta. El hecho de compartir instrumentos para administrarse drogas sin el más mínimo cuidado y sin saber bajo qué condiciones se usan, mucho menos la situación de salud de quien hace de la adicción una constante, es alarmante. La ignorancia de padecer una enfermedad atenta contra el bienestar individual, además de un posible contagio colectivo. En consecuencia, la existencia del problema es palpable, sin embargo, si bien se han hecho esfuerzos por conocer

¹⁰⁹ Magis-Rodríguez C, Ruiz-Badillo A, et al. *Uso de drogas inyectables y VIH/SIDA en dos cárceles de la frontera norte de México*. Ponencia presentada en la Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/SIDA y ETS, Brasil, noviembre 6 al 11, 2000.

cuáles son las poblaciones en mayor riesgo de diseminar y contraer problemas de salud en torno a las drogas y adicciones, se requiere de más información sobre los diversos aspectos que conforman el problema.

Dicho lo anterior, las cárceles mantienen una ventaja en razón a las condiciones en el exterior, sobre la necesidad de información, control y vigilancia, pues la muestra se limita en principio a la totalidad de la población presa. Infortunadamente la vigilancia y monitoreo no corren con la misma suerte a pesar de que mantiene bajo vigilancia a la población en contraste con el exterior, por lo tanto, el paupérrimo control disminuye la identificación de personas con estos síntomas.

Hay razones varias, pero identificar y concentrar a los adictos y usuarios de drogas previo registro facilitaría en mucho un monitoreo y localización idóneo. En particular por las circunstancias que se viven en los centros penitenciarios del país y que impiden un correcto desarrollo estructural y de objetivos. Por todo lo anterior, la presencia e insuficiencia de métodos sesgados solo en el trabajo, el deporte y la educación sin focalizar la diversidad de problemas complejos que dentro del sistema penitenciario existen, como el caso de los adictos, conducen a que la idea de reinserción termine por no impactar en la vida individual y colectiva de una sociedad que los estigmatiza¹¹⁰ como delincuentes y drogadictos.

La institución penitenciaria está frente al reto importante de reintegrar a personas que ingresan a prisión con problemas generalizados, complejos y en algunas ocasiones severos, fecundados en un caldo de cultivo que se propaga en la prisión con potenciales contagios y una desestructuración personal y social que marca un antes, durante y después de una vida en prisión. Para ello, el sistema normativo debe tomar en cuenta la situación individual de la población penitenciaria, contextualizando su situación biológica, psicológica y social, la cual, yuxtapuesta por factores de la realidad social de un sistema ineficaz, descoloca la vida al interior, misma que se agrava con un fenómeno subyacente y que afecta significativamente el comportamiento social.¹¹¹

¹¹⁰ Cfr., Goffman, Erving, *Estigma. Identidad deteriorada*, Amorrortu editores, Argentina, 2006.

¹¹¹ Entre los problemas orgánicos, además de los trastornos específicos que ocasiona el consumo de determinadas sustancias y de los riesgos de sobredosis, también son frecuentes otros problemas infecciosos relacionados con las condiciones ambientales y estilo de vida, como es la enfermedad

Por lo pronto, la ausencia de detección, monitoreo y el conglomerado de todos estos problemas en un ambiente de condiciones no idóneas que coexisten por una falta de vigilancia y control no solo de sometimiento, sino de sanidad, hacen de los centros penitenciarios una incubadora que produce en masa efectos nocivos que dificultan el accionar. Esta no reacciona ante la sinergia de un entorno muchas veces solapado y otras veces ignorado. Pero sin duda ambos contribuyen a la generación de otros tantos problemas que agudizan la crisis del sistema penitenciario.

El problema de las drogas prevalece por desconocimiento en su contenido y alcance que los efectos en el organismo producen. La satisfacción del consumidor o adicto es el principal estimulante para continuar con la ingesta o la necesidad que la adicción le genera. El placer o la necesidad nubla la voluntad y la conciencia, por lo tanto, es atinente informarse de los *“efectos tóxicos específicos de cada sustancia y los problemas de desajuste personal que provoca la adicción, siendo frecuentes los trastornos psíquicos inducidos por el consumo (de tipo psicótico, del estado de ánimo, ...)* o *la agravación de trastornos previamente existentes, constituyendo en definitiva una comorbilidad psiquiátrica o patología dual, al coexistir dos tipos de trastornos, la drogodependencia y el trastorno psíquico.”*¹¹²De esta forma, el transitar de los adictos, su ingreso a prisión, la iniciación de aquellos que ya se encuentran en ella, operan alrededor de la sanción y forman parte de una problemática compleja.

En definitiva, la contextualización de las causas y alcances de los efectos hacia las personas en prisión con problemas de drogas, debe ser uno de los primeros objetivos por elucubrar, para posteriormente, identificar de qué modo se impulsa el consumo de drogas, su adicción, farmacodependencia, mismos que llegan a coexistir en la comisión de delitos, consecuencia de los efectos de las drogas. En este sentido, los efectos médicos, de salud y todos los periplos del fenómeno de las

tuberculosa, las enfermedades de transmisión sexual, problemas dermatológicos, odontológicos y carenciales. Gallizo Llamas, Mercedes, "Reinserción social de drogodependientes ingresados en centros penitenciarios", *Revista Salud y drogas*, Instituto de Investigación de Drogodependencias España, vol. 7, núm. 1, 2007, pp. 57-73.

¹¹² *Idem.*

adicciones en prisión, descritos en este apartado, deben ser elementos necesarios a estudiar para conocer sus efectos frente a instancias judiciales, penales y de salud. Por lo tanto, desde una perspectiva integral, la prevención y atención deben prioritarias más que la prisión preventiva o una pena de un número determinado de años.

En conclusión, si no se resuelve la dependencia a las drogas, las carencias personales y la desestructuración personal, será imposible atender los problemas jurídicos y penales. Por lo que métodos como el trabajo, el deporte y la educación representan un papel secundario en un problema donde la salud está de por medio: no se puede concebir una reinserción si se perpetúa la presencia de la problemática de las drogas y adicciones, pues estas terminan por afectar sustancialmente la vida de la persona privada de la libertad en todas sus facetas.

II.2. Las drogas y los actos delictivos: su relación con el sistema penitenciario.

El binomio droga-delincuencia es una realidad que preocupa social e institucionalmente, a tal grado, que se ha buscado permanentemente su prevención y combate. En este sentido, es necesario familiarizar la conexión entre drogadicción y delincuencia dentro de un campo tan estrecho como las cárceles.

La presencia de la delincuencia, en gran medida, sobreviene por el fenómeno de la droga, pues ante la gran demanda y oferta ilegal su presencia ha trascendido e interferido en las sociedades de forma negativa al crear conflictos económicos, políticos, sociales y culturales. También repercuten en la población de forma colateral, es decir, genera inseguridad, miedo e incertidumbre, convertidas en una constante de entornos violentos donde no se ha logrado hacer frente de forma satisfactoria a una escalada en el consumo.

La apertura de una escalada en el consumo se identifica por la necesidad de una mayor estimulación y efectos agresivos que llevan a experimentar sustancias con mayor impacto y costo: las drogas duras. Al hacerlo, los costos de las dosis también ascienden, sin embargo, la posibilidad económica del consumidor, no le permite afrontar el precio de la droga y son constreñidos a perpetrar ilícitos, impulsados por

el efecto droga- violencia, con la intención de obtener el recurso que pague la compra del suministro de droga.

Sobre la relación que guarda la droga con la violencia, el modelo de Goldstein presenta una aproximación teórica que permite clasificar el vínculo droga-violencia por medio de tres vías de conexión:

- Violencia sistémica: *“este tipo de violencia es, para Goldstein, intrínseca al involucramiento con cualquier sustancia ilícita y responde a los patrones naturales de interacción en el mercado de la droga: el consumo de drogas, el negocio de las drogas, la violencia y la conexión a las dos de estos fenómenos, son todos los aspectos del mismo estilo de vida en general.”*¹¹³

Con frecuencia, el consumidor para satisfacer sus necesidades se convierte muchas veces en pequeño traficante, bien entrando a operar en las organizaciones o redes de tráfico como vendedor en la misma calle a cambio de un cierto número de dosis, o como consumidor-vendedor, cuya necesidad de permanecer drogado lo orilla a estas conductas.

- Violencia económico-compulsiva, *“es aquella que se genera con el fin de conseguir los bienes necesarios para financiar el consumo de drogas.”*¹¹⁴

Aquí se hace patente la relación de la droga con el delito, pues se privilegia el consumo sin importar los medios para conseguirlas, sean estos legales o ilegales.

- Violencia psicofarmacológica, es *“aquella generada directamente por los efectos psicoactivos de la droga en quien la consume, efectos que provocan en los individuos cambios de estado o pérdida de juicio que lleven a*

¹¹³ Goldstein, P. J., “The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework”, *Journal of Drug Issues*, No.14, 1985, pp. 493-506.

¹¹⁴ *Ídem.*

comportamientos irracionales y violentos. El vínculo puede darse también en la medida que el consumidor experimenta el “síndrome de abstinencia.”¹¹⁵

La violencia psicofarmacológica aparece estrechamente relacionada con la etapa de adicción en su mayor parte, así como las alteraciones distintivas que sufre una persona al pasar de drogas blandas a drogas duras con efectos potencialmente dañinos y adictivos.

En contraste, el costo menor que suponen las drogas blandas, como el hachís o la marihuana, hace menos recurrente que el usuario o consumidor tenga que ejecutar actos constitutivos de delito como mecanismo para obtenerla, siempre y cuando su radio de consumo se fije sobre una droga blanda, pues si pasa a policonsumidor sus acciones sufren una tendencia de violencia enmarcada por la teoría de Goldstein. Lo grave es que el consumo de las drogas blandas es de relativo fácil acceso, pero también, bajo estas condiciones, ser detenido por delitos contra la salud, en estas modalidades de consumo, se incrementa por el reiterado comportamiento que proyecta la posibilidad de una escalada de drogas con la obtención-suministro de otros psicotrópicos y estupefacientes.

La evidente relación de la conducta delictiva con el consumo de drogas legales, pero más con ilegales son, por definición, actividades que suponen un enfrentamiento con las normas y leyes de salud, es decir, pueden incluirse en el amplio marco de las conductas constitutivas de delito. En este sentido, la punición de este tipo de conductas ha alcanzado niveles superiores y preocupantes en torno a su sanción: la justificación se argumenta por la creencia de que el hecho de aumentar las penas de prisión inhibe la conducta, todo lo contrario, el valor del mercado de drogas aumenta y la dificultad de conseguirlas repercute no solo en la sociedad por el aumento de actos constitutivos de delito, sino en el deterioro a la salud consecuencia de la deshabituación. Por lo tanto, en el ámbito de las personas adictas, un número determinado de años en prisión no rehabilitan mágicamente sin una auténtica rehabilitación y reinserción, lo anterior precisamente por el aumento

¹¹⁵ *Ídem.*

de dichas conductas y las consecuencias que ha generado en un entorno social. Esto no es una solución al problema y mucho menos una salida, al contrario, se está entrando por la puerta de un cuarto sin ventanas de la cual el sistema ha perdido la llave no sabe cómo salir.

En algunas ocasiones la droga conduce a la delincuencia y en otras el efecto es contrario, pero en una proporción mayor es concomitante el binomio. El repunte de delitos por drogas inclina la balanza sobre la idea de que los efectos de las drogas constituyen el escenario perfecto para la perpetración de un ilícito. Este paroxismo ha prevalecido en una realidad mexicana por demás visible; ambos elementos fortalecen el aparato delincencial en el cual lo único que ha obtenido es el castigo al eslabón más débil de dicha organización, es decir, los consumidores, adictos y narcomenudistas. Ante este fenómeno, México históricamente ha padecido las consecuencias de las drogas: la actualidad revela que la posición que México ha tomado enfrentando a este fenómeno con estrategias bélicas no ha sido la correcta.

Ahora bien, en contextos internacionales, se consolida la teoría de la relación droga-delito, pues *“se reporta que en China el número de crímenes relacionados con drogas y la variedad misma de las drogas que se consumen muestran un crecimiento preocupante.”*¹¹⁶ Desafortunadamente estos hallazgos no son propios de un país, la globalización de las mercancías también ha permeado en las drogas, esta apertura de fronteras en razón de mercado por cualquier medio ha permitido la comercialización en estos rubros con alcances y niveles internacionales, así como su relación con la comisión de delitos.

La consolidación del negocio de las drogas ha permitido este ejercicio hasta niveles bajos de la población que, como se reiteró en líneas anteriores, es este sector de la sociedad el que mayormente ha sufrido las consecuencias de una industria que genera ganancias que fluctúan los miles de millones de dólares, lo anterior debido al costo-consecuencia del prohibicionismo y una política criminal severa. De manera similar, estudios sobre el fenómeno drogas-delitos *“reportan la existencia de un perfil del consumidor de sustancias, el cual por cierto no está*

¹¹⁶ Chen, Z. y K. Huang, “Drug Problems in China”, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 51, núm. 1, 2007, pp. 98-109.

exento de ligeras variaciones por país, y en consecuencia probablemente sujeto a razones legales y culturales propias que complican las comparaciones."¹¹⁷

Las comparaciones culturales y legales han hecho colegir que los mecanismos e impulsos que detonan que un individuo se adentre en las drogas lo haga de acuerdo a la severidad de sus sanciones y su situación social, las cuales suponen una falta de percepción de su realidad, ya que ven en las drogas una forma de salir de su situación, cuyo consumo no es más que una manera de alejarse de una realidad paupérrima con la que tienen que lidiar constantemente.

En este contexto, otro ejemplo de esta interrelación drogas-delito es *"Australia y para el caso de los reclusos de sexo masculino, se encuentra 1) que la mayor parte de ellos han consumido (o consumen) drogas, 2) la combinación que hacen de sustancias también es notable, y 3) que el tipo de delito cometido se relaciona tanto con la droga ilegal utilizada como con la cantidad consumida.*"¹¹⁸ De esta manera, en un entorno carcelario algunos de los estudio se robustecen gracias a los testimonios que de la prisión se rescatan y que dan cuenta de la vinculación real de ambos factores, los cuales proporcionan datos en los que prevalece el consumo de drogas aún en los centros penitenciarios y que no son propios de un país.

La realidad también afecta a Reino Unido. La prevalencia en países europeos nos permite dimensionar los efectos de las drogas y la comisión de delitos, sobre todo en países donde su avance legislativo y política criminal lo observan como un problema de salud pública. Al respecto, Reino Unido *"encuentra que entre los individuos arrestados y que consumen sustancias ilegales tienen en promedio una mayor frecuencia de arrestos que los no consumidores.*"¹¹⁹ Se habla de una repetición de actos para la obtención de drogas que, sin duda, conllevan el riesgo de ser procesados por conductas delictivas que atentan contra la salud en su modalidad de consumo.

¹¹⁷ Canache, D., J. Mondak y M. Seligson, "Meaning and Measurement in CrossNational Research on Satisfaction with Democracy", *Public Opinion Quarterly*, vol. 65, núm. 4, 2001, pp. 506-528.

¹¹⁸ Makkai, T. y J. Payne, "Drugs and Crime: A Study of Incarcerated Male Offenders", *Research and public policy series*, núm. 52, 2003; Canberra: Australian Institute of Criminology. Documento disponible en: <http://www.aic.gov.au/publications/rpp/52/>

¹¹⁹ Bennett, T. y R. Sibbitt, "Drug Use among Arrestees", *Research Findings*, núm. 119, Londres, Home Office Research and Statistics Directorate, 2000.

En este orden de ideas, a manera de ahondar más en estas consideraciones, y como una forma de hacer una comparativa para analizar las circunstancias que se presentan en torno a este fenómeno y su relación con los diversos sistemas carcelarios, en el estado Latinoamericano de Chile se presentan las siguientes consideraciones:

“Las razones principales, informadas por los propios reos, que les motivaron a cometer el primer delito son: “porque necesitaba dinero para comer o vestirse” (58.1%), seguido por “necesitaba dinero para comprar drogas” (13.8%). Este perfil es muy similar entre los reos de los diferentes centros, con excepción de Colina 2 donde el motivo “todos los amigos lo hacían” aparece levemente superior al de “necesitaba dinero para comprar drogas.”¹²⁰

La realidad del país andino recobra una importancia mayor si se le compara con México, ya que existe una similitud en cuanto a la comisión de delitos contra la salud, ya que México ocupa un segundo lugar con casi un 20% de la población reclusa bajo estas condiciones. Además, en el caso de Chile, de acuerdo a las respuestas dadas en el *“documento de seguridad ciudadana. Asociación entre drogas y delitos; 38.5% de los entrevistados declaró que cometió su primer delito bajo la influencia del alcohol o las drogas, un 13.6% cometió su primer delito sólo bajo la influencia del alcohol y un 12.4% sólo bajo la influencia de las drogas. Casi el 60% de los reos declaró que no estaba bajo la influencia del alcohol o las drogas al momento de cometer el primer delito.”*¹²¹

Lo anterior respalda la marcada tendencia del vínculo entre delito y consumo de drogas en todas sus manifestaciones: *“de los reos que declararon estaban bajo la influencia de las drogas (12.4%) al momento de la comisión del delito, un 52.2% corresponde a marihuana, un 26.9% a pasta base y un 3.6% a cocaína.”*¹²² La combinación refleja enormemente la necesidad de suministrarse sustancias para un

¹²⁰ Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Documento de Seguridad Ciudadana. Asociación entre drogas y delitos, Área de evaluación y estudios, Santiago de Chile, 2016, p. 24.

¹²¹ *Ídem.*

¹²² *Ídem.*

consumo personal. Estima el comienzo, en muchos de los casos, de la adicción, ya que al llegar a esos extremos se infiere que la necesidad es tan grande que se recurre cometer estos actos para su adquisición. En este sentido, Pennings, Leccese y Wolff, *“comentan que la combinación de alcohol y cocaína son detonantes de un comportamiento criminal, puesto que disminuyen el control de los impulsos y detonan comportamientos violentos.”*¹²³

La coincidencia de las experiencias marca una tendencia mundial sobre los elementos que se presentan alrededor de dichos comportamientos. Sobre esto, Estados Unidos coincide con la experiencia del Reino Unido, *“se ha encontrado que los reclusos que consumen sustancias ilegales también tienen una mayor historia de arrestos previos (el doble) que aquellos no consumidores.”*¹²⁴

La confluencia de experiencias internacionales enmarca la complejidad en la que el fenómeno se presenta, porque si bien se habla de culturas, legislaciones y países diferentes, el fenómeno de las drogas, las adicciones y su relación con la delincuencia mantienen una pauta específica sobre la cual el sistema debe guiar su actuar y no solo relegarlos bajo un sistema que poco hace por su reinserción y rehabilitación. Estas consideraciones son inexorables hacia los menores de edad y los adolescentes, *donde también se encuentra que los estados “al combinar drogas legales y/o ilegales (alcohol, marihuana u otras) cometen más crímenes que los no consumidores.”*¹²⁵ Y es que las condiciones parecen mostrar que ante la mezcla de sustancias, *“los estudios parecen también coincidir en que los consumidores que hacen combinaciones de drogas efectivamente presentan tasas de criminalidad mayores.”*¹²⁶

Por lo anterior, las realidades planteadas retratan la idea de una estrecha relación de las drogas con la comisión de delitos. Esto ha situado al mercado de las

¹²³ Pennings, E., A. Leccese y F. Wolff, “Effects of Concurrent Use of Alcohol and Cocaine”, *Addiction*, vol. 97, núm. 7, 2002, pp. 773-783.

¹²⁴ Smith, D., C. Polsenberg, “Specifying the Relationship between Arrestee Drug Test Results and Recidivism”, *Journal of Criminal Law and Criminology*, vol. 83, núm. 3, 1992, pp. 364-377.

¹²⁵ Chaiken, J. y M. Chaiken, “Drugs and Predatory Crime”, en Michael Tonry y James Q. Wilson (eds.), *Drugs and Crime*, Chicago, University of Chicago Press, 1990.

¹²⁶ Shaw, J., I. Hunt, et. al., “The Role of Alcohol and Drugs in Homicides in England and Wales”, *Addiction*, vol. 101, núm. 8, 2006, pp. 1117-1124.

drogas, tráfico y consumo en la crematística por excelencia como el medio más fácil para prosperar en un entorno donde el desequilibrio social y económico, conjugado con la ausencia de trabajo y oportunidades de crecer, impelen a introducirse en un negocio con mucha rentabilidad a corto plazo, sabedores de dos formas de abandonarlo: la cárcel o la muerte.

Por lo tanto, el contexto real de las condiciones normativas y sanitarias que traslapan sus consecuencias, se ven atraídas por sinergias que han comulgado a lo largo de un sistema que se ha visto rebasado por acciones que, a manera de urgencia, ha desplazado aspectos coyunturales como las drogas dentro de las prisiones. Se ha preocupado por el combate al narcotráfico, sin consolidar una política post-combate, es decir, qué hacer con el resultado del combate, sus detenidos y su internamiento, pues no se han erradicado dichas prácticas que hasta hoy se reproducen.

En conclusión, la prisión tiene como consigna dos elementos a combatir: las adicciones y las drogas. La cuestión sustantiva que enmarca a ambos permite abordar el análisis de una forma paralela a las condiciones actuales, en un sistema que continúa creyendo que la criminalización de las drogas es el camino idóneo para abatir los rezagos en materia de seguridad nacional y de narcotráfico. Empero, se han olvidado de trabajar con aquellas personas presas del consumo y adicción de drogas que requiere que el sistema permita la incorporación a una sociedad de la que se les ha apartado, padeciendo una doble sanción innecesaria. Prueba de ello es el continuo uso de drogas en el interior que contribuye a una vida en la que el común denominador son las drogas. Se requieren reformas integrales en materia de seguridad, tratamiento, salud y sistema penitenciario que consideren al adicto como sujeto de derechos y que no se le criminalice por su condición de adicto o consumidor.

II.3 Las reformas penales y sus consideraciones hacia los delitos contra la salud y los adictos

Existe una tendencia mundial en la sobrepoblación de las cárceles y la criminalización de las adicciones y las drogas. Desde sus inicios, la lucha contra las drogas supondría consecuencias diversas que mantendrían un aumento en todos sus rubros, desde sobrepoblación hasta condiciones complejas de conservar a la población subyugada a circunstancias propias del encierro, afectando en consecuencia a los adictos en prisión. En este sentido, *la lucha contra las drogas iniciada por el presidente Nixon fue el detonante de un nuevo enfoque en la criminalización de la producción, uso, portación, tráfico y consumo de drogas.*¹²⁷ Dicho enfoque criminaliza a millones de personas, al igual que lo hizo en su momento la Ley Rockefeller¹²⁸ cuyas consecuencias se tradujeron en:

1. Complejizar enormemente las labores policiacas, justificando cada año, importantes incrementos en el presupuesto, tanto público como privado, en materia de seguridad;
2. Saturando los sistemas carcelarios a nivel global, produciendo en ellos sitios de autogobierno al servicio del crimen organizado que los utiliza como negocios, escuelas del crimen y lugares de reclutamiento.¹²⁹

La política punitiva no ha hecho más que criminalizar a las personas, en su mayoría consumidores y adictos. Algunos Estados no han hecho frente a esta problemática de raíz, solo se limitan a llenar y sobre poblar las cárceles. Da la impresión que lo único que les preocupa es un control al interior y no una verdadera reinserción social.

En este sentido, el Estado mexicano es uno de ellos y reproduce esta tendencia: su evolución normativa no ha reflejado una verdadera posición frente a la realidad social de un fenómeno que, en sus consecuencias, poca o nula es su reacción,

¹²⁷ Michael Woodwiss, *Gansters Capitalism. The United States and the global rise of Organized Crime*, New York, Carrol and Graf Publishers, 2005, pp.129-160.

¹²⁸ "La Ley Rockefeller establecía hasta entre 15 a 20 años de cárcel para cualquier persona arrestada por narcotráfico o vínculos con ese delito. También imponía el que si una persona estaba cerca o andaba con alguien que traficaba drogas, aun desconociéndolo, se le acusara por conspiración y complicidad en el delito".

¹²⁹ David Caykey, *The expandin prison, The Crisis in Crime and Punishment and the Search for alternatives*, Onterio, Anasi, 1998, pp. 101-165.

sobre todo en aspectos que no directamente tiene que ver con su combate, sino con las repercusiones de que la droga se sigue abasteciendo solapadas por acciones u omisiones de carácter institucional. En definitiva, la idea del consumo en el interior de las prisiones y la presencia de la adicción hace pensar que la estrategia no está funcionando: en ella germina un problema que se suma a otros que tampoco están resueltos.

De esta manera no se ha tratado el problema, solo se han impulsado estrategias punitivas severas sin rumbo, entre ellas:

- La criminalización del uso de drogas, la cual se ha convertido en una cacería de brujas;
- Las penas excesivas en algunos delitos en donde la mayoría de las veces no existe un daño a terceros: el consumo personal. En este rubro, aunque existe una tabla de dosis mínimas y máximas, no encuentran un sustento científico¹³⁰ que respalde tal medida.
- El uso de sentencias mínimas obligatorias;
- El uso indiscriminado de la prisión preventiva.

Las innegables repercusiones que han llevado a considerar el fenómeno de las drogas con un enfoque criminalizado, dirigido a todos aquellos que se encuentran sometidos bajo su adicción o consumo hacen eco en instituciones como el Colectivo de Estudios de Drogas y Derecho (CEDD):

“Si bien América Latina es una de las regiones más violentas del mundo, el aumento en el uso de las cárceles no responde a esta situación, ya que son los delincuentes menores, no violentos los que son capturados en flagrancia y quienes reciben el peso del sistema penal. En el caso de los delitos de drogas

¹³⁰ Cfr. Cano, Fernando, Alvarado, Mercado, *La escalada de las adicciones y la dispraxis legislativa*, Editorial Porrúa- UNAM, México, 2016.

los estudios del CEDD muestran que los usuarios de sustancias ilícitas son frecuentemente detenidos, extorsionados e incluso encarcelados.¹³¹

Por lo dicho arriba, la justificación de actos tendientes al control y disminución de la fuerza de los grupos del narcotráfico y la delincuencia organizada, lo único que vislumbra es la ausencia de un plan estratégico para remediar el daño causado a una población por demás desconfiada. No hay el más mínimo beneficio de la duda a un sistema de procuración y administración de justicia que poco ha hecho por cambiar la perspectiva que se tiene de un modelo que, por decir lo menos, se encuentra rebasado y cuyo instrumento principal es la prisión preventiva, utilizándola ante la menor provocación.

Muchos son los esfuerzos que se han empleado para desterrar el fenómeno de las drogas de forma equilibrada y eficaz. El progreso legislativo entorno a combatir el fenómeno es robusto; se dio desde el siglo pasado y hasta hoy no ha mostrado visos de consolidar una normatividad enérgica que cumpla con las expectativas que la realidad social mexicana requiere. El transitar en su regulación ha permitido observar con el paso de los años una evolución en los actos delictivos y un aumento en el consumo de drogas, así como un excesivo abuso. Estos aumentos justifican regulaciones ante la configuración de nuevas modalidades de tráfico y consumo, mismas que a pesar de su vigencia no han consolidado un actuar con estricto apego a una estructura sobre el verdadero objetivo, se han centrado en pequeños eslabones que no permiten un combate frontal al narcotráfico.¹³²

“Desarrollo histórico de la legislación de drogas en México:

- 1916: Ilegalización de producción, comercio y consumo. Creación del Consejo de la Salubridad General.

¹³¹ Chaparro, Sergio, Pérez Correa, Catalina, Youngers, Coletta, *Castigos irracionales: leyes de drogas y encarcelamiento en América Latina, México*, Colectivo de Estudios de Drogas y Derecho, 2017, p.3.

¹³² Véase, Montero Zendejas, *La drogodependencia y la no criminalización de las adicciones*, Op. Cit., p. 115 y 116.

- 1923: Prohibición de importación de narcóticos.
- 1927: Prohibición de exportación de heroína y marihuana. Inicio del tráfico ilegal a través de la frontera.
- 1931: Formulación del Título Séptimo del Código Penal en México, que regula los delitos en contra de la salud.
- 1940: Reforma del Código Penal Federal. Dentro del Título Séptimo se establece el capítulo 'De la tenencia y tráfico de enervantes'.
- 1947: Se crea la Dirección Federal de Seguridad. Endurecimiento de las penas por delitos contra la salud.¹³³
- 1948 – 'Gran Campaña' de erradicación de cultivos ilícitos.
- 1978 – Penalización del consumo.
- 1984 – Ley General de Salud.
- 1994 – Aumento de penas por producción, transporte, tráfico, comercio o suministro, introducción o extracción del país de narcóticos. Disminución para la siembra.
- 1996 – Ley Federal contra la Delincuencia Organizada.
- 2009 – Ley de narcomenudeo.¹³⁴

Sobre dichos esfuerzos, la Ley General de Salud, reformada en 2009, decretó permisibilidad limitativa sobre el consumo de drogas. Esto significó un avance en la no criminalización en el consumo, sin embargo, el análisis se acerca más a una tolerancia minimizada respecto de dos figuras: consumidor o farmacodependiente; tergiversada por un actuar policial por demás deficiente. Por consiguiente, el impacto no fue el esperado y el personal encargado de su vigilancia ejercía una hegemonía autoritaria con detenciones indiscriminadas de personas que se encontraban en posesión y consumo. Por lo tanto, el desconocimiento de las primeras autoridades (policías) en contacto con agentes de consumo y posesión, el fenómeno volvió a la detención una práctica recurrente por la simple posesión, sin

¹³³ Véase, el apartado ¿Quién controla la plaza? La ciudad, el estado y el crimen organizado, del libro *Los cárteles no existen* de Oswaldo Zavala. Ahí se pone de manifiesto el objetivo real de la Dirección Federal de Seguridad, creada mucho antes que la DEA.

¹³⁴ Hernández, Ana Paula, "Legislación de drogas y situación carcelaria en México", *Revista Sistemas Sobrecargados, Leyes de drogas y cárceles en América Latina*, p. 62, en https://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/2011/Spanish/Sistemas_Sobrecargados-mexico-3.pdf

observarse el contenido específico de la norma la cual representaba, además de una mera simulación, debido a que la venta de este tipo de sustancias se da por gramo o por kilogramo y no por medio gramo como lo considera la tabla de dosis mínimas y máximas.

Con lo anterior se pretendió impulsar instrumentos que respondieran a los objetivos planteados por el Estado, persiguiendo con ello un Estado con bases constitucionales sólidas las cuales estén blindadas por mecanismos que garanticen los elementos más importantes de un estado y su población: los Derechos Humanos. Bajo esta tesitura, la dinámica evolutiva y una urgencia de un cambio en la administración de justicia obligaron al estado mexicano a optar por un nuevo modelo de impartición de justicia. Esta transición trastocó todas las fibras del sistema arcaico y ralentizado, también repercutió en los fines últimos del sistema penal mexicano: el sistema penitenciario. Muchas fueron sus causas, pero sin duda, lo que innovó esta reforma fue la incorporación de los Derechos Humanos como eje rector en un sistema constitucional por demás complejo, permitiendo adoptar un enfoque distinto en la forma de juzgar y sancionar desde un reconocimiento constitucional.

La dinámica del nuevo modelo de justicia penal se gestó ante causas que generaban una procuración de justicia y seguridad pública que se traducían en el *“...limitado acceso a los tribunales; lentitud y burocracia en los procesos; corrupción y complicidad en los tribunales; discriminación social y marginación a los sectores vulnerables a juicios expeditos, rápidos y gratuitos, y la percepción generalizada de que la justicia solo sirve a los sectores adinerados, y que las cárceles se nutren solo de pobres sin procesos ni sentencias oportunas.”*¹³⁵ En ese contexto, esta ha sido la realidad de las personas adictas que son detenidas bajo estas condiciones, pues su situación ha permitido un acrecentamiento en los niveles de la población penitenciaria, misma que se agrava con el escenario de un adicto atrapado en un sistema que no es fecundo en la reinserción y mucho menos en temas prioritarios como tratamientos y rehabilitación.

¹³⁵ Cepeda, Guillermo, “Ponencia presentada en las primeras jornadas de juicios orales del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM”, México, Mayo 7 de 2013.

En este orden de ideas, la reforma penal, en conjunto con las reformas en materia de drogas, suponían aspectos encaminados a una modernización institucional con la encomienda de transformar el Estado crítico haciendo frente a dos de sus realidades más lacerantes: las deficiencias en sus instituciones y la proliferación de la violencia producto de las drogas. Con realidades contundentes, el Congreso de la Unión el 18 de junio de 2008 aprobó la reforma constitucional en materia penal con el objetivo de implementar un nuevo modelo de justicia punitiva. A partir de esa fecha se contaba con ocho años para que su aplicación tuviese vigencia en todo el territorio nacional; sería hasta 2016 cuando alcanzaría una cobertura total, sin embargo, a lo largo de los primeros años no se manifestó ningún síntoma de evolución positiva debido a los aspectos mencionados, ni siquiera en los estados donde se ponía en marcha la transición del modelo.

La reforma constituyó cambios centrados en 10 artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos¹³⁶ que configuraron la arquitectura de un nuevo sistema de justicia penal. La reforma fue integral y alcanzó ejes como: establecer un nuevo modelo integral de seguridad pública que abarca desde la prevención del delito, la extinción de dominio de los bienes usados para ilícitos de alto impacto social, el fortalecimiento de herramientas para combatir a la delincuencia organizada y narcotráfico, cambiar el sistema penitenciario y adoptar el modelo de reinserción social. Previo al cambio del sistema penitenciario, la adopción de una reinserción social tenía sus bases en la educación y en el trabajo, sin embargo, en la reforma no se agregaron medios destinados a tratamientos en materia de salud y mucho menos en adicciones; solo hay contenido general de salud como el simple acceso a servicios médicos de carácter genérico.

La modificación en el sistema de justicia mexicano, específicamente en el sistema de justicia penal, su legislación y reformas que se encontraban vigentes, no hicieron más que reforzar categóricamente una política sancionadora hacia el problema de las drogas. Los primeros objetivos fueron los consumidores y poseedores de sustancias ilegales, cuyas primeras consecuencias lógicas

¹³⁶ Véase, Diario Oficial de la Federación, 18 de junio de 2018.

comprendieron el aumento en los centros penitenciarios y un repunte significativo de personas detenidas bajo esta modalidad de delitos, las cuales vendrían a dificultar el sostenimiento de un sistema penitenciario raquítico, tanto a nivel legislativo, como estructural que enfatizó la brecha abierta del objetivo principal de los centros: la reinserción.

En conclusión, los cambios legislativos y la incipiente permisibilidad del consumo de drogas que parte de la Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato, no reconfiguran un avance frente al consumo y adicción. Hace falta un cambio integral que incorpore también al sistema de justicia penal como una especie de círculo virtuoso que desde un inicio, tome en cuenta las condiciones de las personas detenidas y se aperciba la ingesta de drogas o una recurrente adicción. Además de contar con un sistema de justicia y de ejecución penal¹³⁷ acorde a la problemática específica de las drogas, requiriéndose un cambio de modelo y de paradigma que transforme por completo la realidad que hoy se vive.

II.3.1 Aportaciones relevantes de la Ley Nacional de Ejecución Penal frente a las adicciones en los centros de reclusión

La Ley Nacional de Ejecución Penal se erige como la legislación que regula el sistema penitenciario fundamentado en el derecho de Ejecución Penal. *“Esta se integra por el conjunto de principios y normas que regulan conductas y relaciones procesales en el cumplimiento de las resoluciones judiciales privativas de la libertad, así como de otras consecuencias jurídicas del delito o de su imputación en juicio.”*¹³⁸ En este sentido, la crisis del sistema penitenciario, donde se conjugan omisiones y acciones de autoridades administrativas y operativas con una pesada carga de arbitrariedad (traslados, sanciones disciplinarias, aislamientos, entre otros), hacen

¹³⁷ Sobre la ejecución penal, en 2016 se crea la Ley de Nacional de Ejecución Penal, misma que otorgó facultades al poder judicial para que asumiera el ejercicio de cambiar, controlar y vigilar la forma en que se trabajaría en las prisiones desde una base constitucional.

¹³⁸ Sarre, Miguel, Manrique, Gerardo, *Sistema de justicia de ejecución penal. Sujetos procesales en torno a la prisión en México*, Tirant lo blanch, México, 2018, p. 44.

que la Ley Nacional de Ejecución Penal constituya un deber ser del sistema penitenciario, afectando ejes como el tratamiento de la reclusión penal y su entorno.

En este orden de ideas, el fundamento constitucional que lleva a considerar al derecho de ejecución penal lo encontramos en los artículos que determinan la ejecución de las sanciones: artículos 17 párrafo quinto, así como el 18 en sus primeros cuatro párrafos, 19 último párrafo, 20 y 21 tercer párrafo. Todos ellos operan en relación a la ejecución de la sentencia, las formas y lugares destinados para el cumplimiento de las mismas como parte del derecho de ejecución penal.

Ahora bien, con la entrada en vigor de la Ley Nacional de Ejecución Penal, el 16 de junio de 2016, derivada de las reformas de 2008 y 2011 en materia penal y de Derechos Humanos respectivamente, así como la creación de un Código Nacional de Procedimientos Penales, la ejecución penal pasó a formar parte del sistema judicial que anteriormente pertenecía al ejecutivo. La Ley determinó las bases sobre las cuales se tendría que constituir la estructura de la aplicación de la pena que a la postre sustituiría a la *Ley de Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados*. El cambio de modelo penitenciario concibió a los sentenciados como sujetos de derechos con la finalidad de evitar viejas prácticas: oficial y formalmente se proporcionó certeza y seguridad a las personas en prisión.

Asimismo, se incorporó la figura del juez de ejecución encargado de vigilar el cumplimiento de las resoluciones en los lugares destinados para ello. La Ley contiene el deber ser de la prisión como una cosmovisión que actúa en un campo definido. En este sentido, es menester mencionar que los destinatarios de esta Ley son, tanto las autoridades administrativas y judiciales responsables de la ejecución penal, como los presos y otros sujetos con derechos propios frente a dichas autoridades. El contenido normativo de la Ley Nacional de Ejecución Penal se enmarca en objetivos generales tales como:

- I. “Establecer las normas que deben de observarse durante el internamiento por prisión preventiva, en la ejecución de penas y en las medidas de seguridad impuestas como consecuencia de una resolución judicial;

- II. Establecer los procedimientos para resolver las controversias que surjan con motivo de la ejecución penal, y
- III. Regular los medios para lograr la reinserción social.”¹³⁹

En este orden de ideas, adquieren trascendencia principios como dignidad, igualdad, legalidad, proporcionalidad y reinserción social necesarios para aspirar a la reinserción de un grupo colectivo. La Ley busca responder formalmente a la realidad de las personas privadas de la libertad tales como: sobrepoblación, hacinamiento, cogobierno, trasgresión de derechos, trato inhumano, deterioro en la salud de los presos, drogas, adicciones, entre otros. Ejemplo de ello es el apartado de la regulación de elementos para alcanzar la reinserción social, donde de acuerdo a necesidades intrínsecas de las personas trasgresoras de la ley, se buscan medidas alternas para tratar padecimientos específicos. Sobre esto último, la Ley ha incluido enfoques trascendentales que parecen, en alguna medida, aportar una nueva forma de reinserción social y una de ellas es la justicia terapéutica. Sin embargo, habrá que determinar, sobre todo en el tema de investigación que nos ocupa, hasta donde la Ley Nacional de Ejecución Penal ha trascendido en acciones distintas que logren una reinserción integral de personas con adicciones dentro de prisión: salvo la incorporación de la justicia terapéutica cuya esencia es una medida sustitutiva de la prisión, pues el tratamiento se desarrolla en libertad, por lo tanto, la Ley Nacional de Ejecución Penal en contextos de encierro no ofrece aportaciones sobre el fenómeno de la adicción.

II.3.1.1 La justicia terapéutica como alternativa a la prisión: su contexto externo

En la perpetración de delitos bajo el influjo de drogas, la normativa penal para ejecutar la sentencia, introduce aspectos tendentes a la Justicia Terapéutica, la cual debemos de entender, en palabras de Draxler, como el *“estudio del rol de la ley como agente terapéutico, este autor la considera básicamente una perspectiva que*

¹³⁹ Op. cit., Ley Nacional de Ejecución Penal.

*considera a la ley como una fuerza social que produce comportamientos y consecuencias, cuyo impacto se centra en el espectro emocional y en el bienestar psicológico de las personas.*¹⁴⁰ Cabe mencionar que dicho autor considera que *hasta ahora la ley no había puesto mucha atención en este tema. Así, la transición a otras formas de justicia que en materia penal difieran de la prisión*¹⁴¹ son bienvenidas.

En este contexto, la incorporación de la justicia terapéutica visualiza el fenómeno que prolifera, en mayor proporción, dentro de la generalidad de las prisiones mexicanas: *“la dependencia a sustancias de las personas sentenciadas y su tratamiento.”*¹⁴² Sin embargo, la justicia terapéutica se da en contextos de libertad. El apartado solo enfoca su objetivo en proporcionar rehabilitación hacia las personas con un consumo problemático, lo que se traduce en alternativa a la prisión. Así, la admisión al programa de rehabilitación está sometida al cumplimiento de exigencias de idoneidad dirigida a personas sentenciada por conductas delictivas hacia el prórrocinio de manera simple.

“Ley Nacional de Ejecución Penal

Artículo 178. Admisión

Para ser admitida al programa la persona sentenciada debe:

- I. Garantizar la reparación del daño, y
- II. Expresar su consentimiento previo, libre e informado de acceder al programa.

Una vez que cumpla con los requisitos de elegibilidad, se considerará sujeta al programa.”¹⁴³

Con base en lo anterior, la limitación de la justicia terapéutica, presupuestada como un beneficio que puede alcanzar un sentenciado con la finalidad de gestionar

¹⁴⁰ Wexler, David B., Winick, Bruce j., “Law in Therapeutic key: developments in therapeutic jurisprudence”, 1996.

¹⁴¹ Wexler considera que “una de las cosas que la justicia terapéutica trata de hacer es observar con cuidado la literatura prometedora de la psicología, la psiquiatría, las ciencias del comportamiento, la criminología y el trabajo social para ver si estos conocimientos pueden incorporarse o introducirse en el sistema legal.”

¹⁴² Véase CNDH, “Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2017”, México, 2018.

¹⁴³ Op. Cit., Ley Nacional de Ejecución Penal.

su tratamiento fuera de la cárcel, supone el acceso de solo unos cuantos y deja fuera a todos aquellos que padecen la adicción. En consecuencia, la comisión de delitos distintos a aquellos no cumple el requisito planteado y suponen una continuación del hábito de drogarse al interior del centro penitenciario. Por consiguiente, en la búsqueda de reducir los índices delictivos y reinsertar socialmente al delincuente, la justicia terapéutica contribuye en cierta medida a su disminución, sin embargo, la diferencia que se hace en torno a su acceso, impide cumplir con el segundo de los objetivos planteados: la reinserción social.

Considerar a la justicia terapéutica como un beneficio y no como un modelo de reinserción supone la exclusión de las personas sentenciadas por otros delitos, los cuales parecen no alcanzar el *beneficio* a un tratamiento. Es aquí donde las condiciones del fenómeno cambian en relación con las que se puedan generar si se aplica una justicia terapéutica en ambos sentidos, lo anterior frente a la ausencia de una forma distinta de tratar el problema de las adicciones en prisión, quienes son omisos al no contar con, estrategias para erradicar dichas prácticas. Es por ello que se opta por evitar que ingresen personas con conductas arraigadas, esperando que con ello se pueda disminuir los índices delictivos, sin tomar en cuenta que los otros también requieren de una política similar.

Por su parte, la justicia terapéutica se encuentra regida por principios que evocan aspectos relacionados con un programa fundamentado en una política de salud pública. Principios como “*voluntariedad, flexibilidad, confidencialidad, oportunidad, transversalidad, jurisdiccionalidad, complementarias, igualdad sustantiva, integralidad y diversificación*”¹⁴⁴ constituyen bases del procedimiento que se ha de seguir para el tratamiento al que se han de someter las personas sentenciadas. Este conglomerado de principios presenta avances en la implementación de un tratamiento dirigido, en principio, a personas adictas (enfermos). Con esta premisa se registran las primeras líneas de atención enmarcado en un Derecho Humano fundamental contenido en la constitución: la salud.

¹⁴⁴ *Ídem.*

Retomando los principios, son tres los que determinan el enfoque de la justicia terapéutica: el principio de voluntariedad, complementariedad e integralidad. Al respecto, reconoce a la persona adicta como sujeto de aplicación de acciones en favor de un bienestar individual e integral, además, presuponen también una proyección colectiva de reinserción bajo la concepción de un elemento primordial como la autorización de ejecutar sobre sí dichas acciones de bienestar. Aquí interviene el principio de voluntad,¹⁴⁵ pues se pone a consideración del sentenciado someterlo a un tratamiento. La misma Ley no determina qué sucede en caso de que exista negativa o no exista algún familiar de apoyo que otorgue su consentimiento, por lo que se infiere que, al no cubrir dichos requisitos, no se actualiza la justicia terapéutica.

No obstante, las ventajas de la inclusión de políticas distintas a las comunes de reinserción, demás de implementar disposiciones que resuelvan los conflictos que admiten la existencia de núcleos sociales diversos, no todas están al alcance debido a la cumplimentación de reglas.

Sobre las reglas de la justicia terapéutica. Estas tienen la finalidad de entender los riesgos que producen las sustancias psicoactivas y las posibles alternativas de tratamiento en un contexto abierto: un panorama en condiciones de no encierro que lógicamente supondrían ambientes idóneos para la implementación de un tratamiento dirigido únicamente a personas con dicho beneficio. En este sentido, son tres las autoridades que intervienen en una justicia terapéutica a considerar: judiciales, clínicas e institucionales. Sobre ellas se estructura el aparato de viabilidad, puesta en marcha y vigilancia.

Especial relevancia toma el aparato clínico que, junto con las otras dos, sirven de apoyo en la vigilancia y continuidad del tratamiento. Intervienen también efectos como: abstinencia, convivencia, familiares, entorno e interacción, así como terapia

¹⁴⁵ Tomar en cuenta la voluntad de la persona privada de la libertad que padece adicciones para someterlo a un tratamiento resulta cuestionable. En ese sentido, se considera que debe existir una obligatoriedad de someter a tratamientos a las personas que padezcan estos síntomas, porque solo de esa manera funcionará su implementación. Es someterlo a un beneficio que mejorará su condición de vida y las de las personas que conviven con él, ya sea otros presos o familiares, pues ambos ambientes intervienen para consolidar una rehabilitación exitosa.

ocupacional y capacitación para el trabajo; estas dos últimas como efectos positivos de una rehabilitación.

Para que lo anterior se consolide, la coadyuvancia entre instituciones de justicia y salud replantea necesariamente mantener estas formas de reinserción, no como elementos aislados a los que pocos pueden acceder, sino como una constante prevaleciente. Precisamente en esta concomitancia se integran, además, componentes como los centros de rehabilitación, los cuales cumplen una tarea indispensable. Con ellos se refuerza la idea de que el procedimiento en el exterior es el idóneo, sin embargo, ante los retos del sistema aparece la restructuración penitenciaria que actualmente no adapta modalidades de tratamiento.

Mientras eso sucede, la justicia terapéutica se posiciona en la palestra del sistema penal mexicano; prueba de ello son los tribunales de tratamiento de drogas. Alrededor de esta modalidad de justicia hay dos cosas que se pueden criticar: la cuestión voluntaria y su creación para un sector: sentenciados por delitos patrimoniales. Se excluye una población numerosa que también requiere de ser atendida: la población penitenciaria interna.

El primer aspecto que se critica es la solicitud del consentimiento. Se debe de reconsiderar esta postura ante el hecho de que se trata de personas que han alterado el bienestar colectivo e individual y que, ante la posibilidad de volverlo a realizar, se obligue a permanecer bajo vigilancia y rehabilitación. No se trata de atentar contra su integridad, lo que se busca es la tranquilidad del interés público y la reinserción en un plano individual apoyado en el trato a su adicción.

La otra discordancia es una cuestión de derechos. No se puede condicionar el acceso a tratamientos, o, dicho de otra forma, la exclusión que sufren las personas adictas al interior de las prisiones al no ser tomados en cuenta para programas de esta índole, pues su no incorporación repercute severamente en la idea de reinserción en un plano de salud. Se trata de reconocer a las personas con estos padecimientos para que, en principio, de forma inmediata puedan ser atendidas de

acuerdo a su disposición¹⁴⁶ y adicción, proporcionando un entorno adecuado que de a poco debe de conseguirse.

Con este corolario, el plano terapéutico se encuentra justificado por la idea de proporcionar respuesta a una problemática evidente, en este caso el uso y consumo de drogas. Es precisamente sobre el rubro de los efectos de las drogas y el consumo problemático de las mismas lo que sustenta la implementación de la justicia terapéutica. Lo anterior ha permitido, a través de un modelo de atención, rehabilitar a la persona que cometió un delito bajo el influjo de las drogas, haciendo exigible el cumplimiento de reglas y comportamientos a seguir. En este sentido, la justicia terapéutica interrumpe la evolución del consumo de drogas y trata de disminuir el riesgo de daños en la salud con dos objetivos clave: que el sujeto se rehabilite, concientizando, a través de su propia experiencia, de los alcances que la droga puede llegar a tener, no solo en el plano interno, sino en el exterior, con la colectividad al exteriorizar una conducta delictiva impulsada por conseguir drogas y que, además, lo mantenga en constante interacción con la sociedad, la cual en principio se vio afectada al no controlar el consumo de drogas, que a la postre se convirtió en un problema que trasgredió derechos de terceros. En consecuencia, la justicia terapéutica esta dando solución a una problemática severa como el consumo problemático de drogas, sin embargo, al ser una alternativa con rigurosos requerimientos y al ejecutarse en el exterior, sus beneficios no alcanzan a abarcar el gran número de personas que enfrentan esta problemática sobre todo para la investigación que nos ocupa, cuyo campo y objeto de estudio son los adictos dentro de prisión.

II.4. Consecuencias de las drogas en los centros penitenciarios

Las consecuencias directas de la no implementación de medidas o alternativas hacia las personas sentenciadas por delitos no patrimoniales, estas son, todas

¹⁴⁶ Se debe entender la *disposición* como la voluntad de incorporarse a estos planes, considerando la actualidad de la norma, en donde la voluntariedad como principio pesa sobre la obligatoriedad de un tratamiento, aun cuando la ausencia de éste perjudique la individualidad del agente.

aquellas conductas cuya penalidad no alcanza beneficio alguno y no permite el acceso a la justicia terapéutica. En este sentido, los efectos de carencias de programas hacia los sujetos en prisión afectados por la ingesta de drogas y su adicción, se ejemplifican con un caso emblemático sobre el problema que aquí se investiga.

Se pueden encontrar ejemplos-casos de los efectos y condiciones de las personas adictas, mismos que han llevado al deceso en masa de personas presas con un tipo de adicción. Algunos han adquirido representatividad en materia de Derechos Humanos. Sin embargo, a pesar de la introducción a nivel internacional de legislación e instrumentos internacionales¹⁴⁷ que evocan generalidades para reducir los riesgos de las adicciones en los centros penitenciarios, la realidad actual de las prisiones opaca las formalidades.

En el contexto nacional, la CNDH contempla una serie de recomendaciones elaboradas a partir de quejas y denuncias derivadas de la problemática de los centros penitenciarios, relacionada con las drogas, introducción, comercio y consumo. La mayoría se centra en la identificación de problemas que prevalecen e impiden la generación de buenas prácticas para combatir la introducción de sustancias y objetos prohibidos.

En este orden de ideas, recomendaciones como la *“No. 55/2016 sobre el caso del Centro Preventivo de Reinserción Social Topo Chico, Nuevo León”*¹⁴⁸, la *“Recomendación No. 77/2011 sobre el caso de internos del Centro de Reinserción*

¹⁴⁷ Véase, “Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos, Reglas Nelson Mandela”, “Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad, Reglas de Tokio”, “Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas”, “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 médicos, 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”, “Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas de la Comisión Interamericana”.

¹⁴⁸ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, “Recomendación No. 55/2016 sobre el caso del Centro Preventivo de Reinserción Social Topo Chico, Nuevo León”, Noviembre 29 de 2016, México, en https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/2016/Rec_2016_055.pdf (fecha de consulta 20 de enero de 2020).

*Social en Benito Juárez, Cancún, Quintana Roo*¹⁴⁹ y la *“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”*¹⁵⁰ coinciden en la urgencia de adquirir equipo y tecnología que funcione para identificar artefactos y sustancias que no pueden ingresar a prisión, proporcionar dichos artefactos a la totalidad de las cárceles (impedir el ingresos con drogas por parte de familiares, custodios y autoridades penitenciarias).

Dicho lo anterior, se tiene que considerar la existencia de personas consumidoras y adictas al interior de los centros penitenciarios, lo anterior porque no son pocos los centros con estas recomendaciones. Con estos antecedentes, se continúan encontrando hallazgos en rubros a los que se debe de prestar atención, que son entre otros:

- Carencia de elementos de seguridad y vigilancia;
- Omisión sobre aptitudes para desempeñar el cargo;
- Presencia de actividades ilícitas;
- Insuficiencia de programas para la prevención de las adicciones y desintoxicación voluntaria.

La concomitancia de aspectos a atender indica la existencia de grupos focales con necesidades específicas a tratar. Esta última necesidad, *“relativa a la insuficiencia de programas para la prevención de las adicciones y desintoxicación voluntaria”*, refuerza la idea del riesgo que genera continuar con dichas prácticas dentro de prisión. Se desconoce en dicho informe la presencia de fenómenos que

¹⁴⁹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, “Recomendación No. 77/2011 sobre el caso de internos del Centro de Reinserción Social en Benito Juárez, Cancún, Quintana Roo”, Diciembre 13 de 2011, https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/2011/REC_2011_077.pdf (fecha de consulta 20 de enero de 2020).

¹⁵⁰ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 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, 19 de junio de 2001, México, http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/Generales/RecGral_001.pdf (fecha de consulta 20 de enero de 2020).

agraven la situación ya que solo considera la presencia de la introducción de sustancias, así como el consumo y adicción a las mismas en los centros penitenciarios. No obstante, el riesgo que genera el problema de las drogas al interior de las prisiones, su consumo y adicción constituye un constante peligro, agravado por el contexto de la prisión y la omisión de sus operadores.

Por todo lo anterior, el caso emblemático que se analiza data del año 2015. En ese año se presentaron una serie de hechos que generaron consecuencias fatales. Este ha puesto en evidencia las carencias de vigilancia y la ausencia de tratamientos para hacer frente de forma permanente a estas prácticas con graves consecuencias.

Como se afirmó arriba, en el año 2015 se generó un caso en el Estado de Colima que culminó con el deceso de 13 personas internas. La CNDH investigó dichos acontecimientos y emitió la recomendación No. 49/2016 que se centró en el efecto del uso de drogas agravado por el contagio de una enfermedad entre los internos, cuya principal repercusión fue la pérdida de la vida de 13 personas¹⁵¹.

En particular, la recomendación 49/2016 evidenció la aparición de cuadros sintomáticos que alertaron la manifestación de hepatitis dentro del CERESO-Colima y que de acuerdo con los hechos, “*se detectó ictericia y malestar general, lo que clínicamente sugería la presencia de hepatitis probablemente viral, ya que se trataba de un paciente usuario de drogas intravenosas.*”¹⁵² En este sentido, los factores comunes que llevaron a la muerte de las trece personas durante noviembre, diciembre de 2015 y enero de 2016, además de la enfermedad, que más tarde se confirmó, fue su afinidad con la ingesta de sustancias psicoactivas.

“Los internos que conformaron el grupo con complicaciones médicas tenían en común ser poliusuarios/policonsumidores, haberse iniciado a temprana edad en el consumo de drogas, poca visita y/o apoyo familiar y/o estado de abandono.

¹⁵¹ Véase, “Recomendación 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”, http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/2016/Rec_2016_049.pdf (fecha de consulta 21 de enero de 2020).

¹⁵² *Ídem.*

La mayoría de los interno-pacientes enfermaron en el mes de noviembre y recibieron tratamiento en el Hospital Regional Urbano. Algunos de los casos fueron dados de alta por mejoría, por lo que se apresuró a implementar acciones de atención a su salud por personal del CERESO-Colima y los servicios especializados de la SS-Colima.”¹⁵³

Ahora bien, el factor que desencadenó el contagio y que comprobó la falta de control y vigilancia en la introducción de artefactos que no son permitidos en los centros carcelarios, fue el medio a través del cual se suministraba las drogas, pues tales padecimientos se transmitieron por intercambiar instrumentos que representaban un alto riesgo de contagio. Es atinente subrayar que de un extracto de las evidencias contenidas en la recomendación, se precisó que del *“Oficio VI.R.1998/15 del 1 de diciembre de 2015 signado por personal de la SS-Colima, a través del cual se informó, entre otras situaciones, que la “posible hepatitis tóxica fue generada por la introducción intravenosa de sustancias ilícitas, rebajadas con otras químicas, lo anterior agravado con el hecho de que se aplican con jeringas “hechizas”.”*¹⁵⁴

Un hecho a tener en cuenta es que, a pesar de la presencia de un posible brote de hepatitis (del cual las autoridades penitenciarias se enteraron de forma tardía. Aquí se insiste en ausencia de políticas de vigilancia y monitoreo) se continuó de forma normal con la ingesta de drogas por las personas que padecían la enfermedad. Esto, consecuencia de sentir los efectos de las drogas, mismos que eran disminuidos por la presencia de la enfermedad. Para ser más específicos, se extrae parte del contenido que asevera este hecho:

“...en un periodo de seis meses, se detectaron 15 internos en esa actividad; once presentaban ictericia y recibieron atención médica en el HRU, los que fueron coincidentes en indicar, que eran usuarios de heroína intravenosa y que en los primeros días del mes de noviembre empezaron a sentir que su efecto

¹⁵³ *Ídem.*

¹⁵⁴ *Ídem.*

no era el mismo, inyectándose de nuevo, presentando mayor malestar, repitiendo tal hecho, hasta que no soportaron y dejaron de usarla.”¹⁵⁵

Recobra real importancia la última línea del párrafo anterior. No se trata de que dejaran las drogas de la noche a la mañana, sino que era tal el avance de la enfermedad, que ya ni la misma droga tenía efectos sobre su cuerpo. Por ende, el grave daño causado por la hepatitis fue tal, que los adictos ya no consideraban la ingesta debido a los padecimientos que los aquejaban y los cambios que en ese momento sucedían en su cuerpo, los cuales aceleraron su condición con desenlaces fatales.

La facilidad con la que los internos consumen droga, misma que provenía de la introducción ilegal desde el exterior, está subordinada por las circunstancias carcelarias y la ausencia de medidas para bloquear su acceso, tal vez por la omisión de las autoridades o su involucramiento en el negocio de las drogas. Sea cual fuere el motivo, solo refleja prácticas constantes en la mayoría de los centros del país: la carencia de medios para garantizar una vigilancia, monitoreo y revisión eficaz.

El resultado generado por estos acontecimientos derivó en la implementación de diversos estudios y la presentación de informes que dieron a conocer las condiciones de la población carcelaria en el estado de Colima frente al tema de las drogas. Al respecto, se detectó que en el módulo “M, 60 % de la población tiene antecedentes de uso de sustancias adictivas y, en el Módulo D, 32 internos se reportan como dependientes a drogas, en particular a la “heroína”.”¹⁵⁶ Estos hallazgos mantienen la incertidumbre de que en determinado momento dichos internos pueden correr la misma suerte de los 13 fallecidos.

Los antecedentes confirmaron el deceso de 13 personas con síntomas similares detallados en el extracto de la recomendación que se enlistan a continuación:

¹⁵⁵ *Ídem.*

¹⁵⁶ *Ídem.*

- V1¹⁵⁷, “el 07 de noviembre de 2015, a las 12:40 horas, por insuficiencia hepática aguda; certificado con folio 150069165.
- V2 el 08 de noviembre de 2015, a las 07:20 horas por Encefalopatía hepática y hepatitis fulminante viral; certificado con folio 150069171.
- V3, el 12 de noviembre de 2015, a las 23:55 horas, por coma hepático, insuficiencia hepática y hepatitis fulminante; certificado de defunción con folio 150069178.
- V4, el 19 de noviembre de 2015, a las 06:00 horas por falla hepática fulminante y hepatitis tóxica; certificado con folio 150069189.
- V5, el 19 de noviembre de 2015, a las 01:20 horas por falla orgánica múltiple, insuficiencia hepática e insuficiencia renal; certificado con número ilegible.
- V6, el 01 de diciembre de 2015, a las 05:15 horas, por hepatitis fulminante; acta de defunción número 1759.
- V7, el 03 de diciembre de 2015, a las 09:03 horas por falla hepática fulminante; certificado de defunción con folio 150069215.
- V8, el 07 de diciembre de 2015, a las 08:50 horas por acidosis metabólica, neuropatía para pigmentos, hiperuricemia, insuficiencia renal crónica agudizada e insuficiencia hepática; certificado con folio 150069223.
- V9, el 08 de diciembre de 2015, a las 17:35 horas por Hemorragia, insuficiencia hepática y cirrosis hepática; certificado con folio 150069226.
- V10, el 16 de diciembre de 2015, a las 17:20 horas por falla hepática fulminante; certificado con folio 150069239.
- V11, el 04 de enero de 2016, a las 13:00 horas por insuficiencia hepática aguda; certificado con folio 150059961.
- V12, el 05 de enero de 2016, a las 04:45 horas por insuficiencia hepática aguda; certificado con folio 150059965.
- V13, el 24 de enero de 2016, falleció en las instalaciones del HRU, a las 23:00 horas, por falla hepática fulminante, hepatitis tóxica; certificado con folio 160060264.”¹⁵⁸

En las víctimas predomina la falla hepática que muestra que padecían de la misma condición a consecuencia de compartir jeringas al administrarse drogas.

¹⁵⁷ V: Víctima

¹⁵⁸ Listado importado de la recomendación 49/2016 en el apartado de evidencias.

Toma relevancia que no pasó mucho tiempo del deceso entre un recluso y otro, que indica que la autoridad no tenía conocimiento, mucho menos un monitoreo constante de la situación que derivó en un avance acelerado. En consecuencia, la no atención temprana y la repetición de la ingesta con los mismos instrumentos, como forma de hacer notar los efectos de las drogas que desaparecían con la presencia de la enfermedad, contribuyeron a que los presos optaran por ya no inyectarse, sin embargo, las consecuencias de ambos elementos hacían irreversible el deterioro de su salud.

Resultado de estos hechos, la CNDH realizó observaciones que consistían, entre otras: en garantizar la seguridad al interior de la cárcel, así como la falta de personal adecuado de seguridad y, uno de los más relevantes, el derecho a la protección de la salud y la vida. Por lo anterior, la CNDH emitió recomendaciones afirmando la carencia en que se encuentra no solo ese centro penitenciario, sino la mayoría de ellos de acuerdo con la necesidad de atender estos rubros incluidos en el Diagnóstico Nacional de la Situación Penitenciaria.

La recomendación trascendental quedó de la siguiente manera:

“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.”¹⁵⁹

En conclusión, para precisar las consecuencias de las drogas en los centros penitenciarios se debe considerar con mayor detenimiento todas las facetas que ocurren en torno a los fenómenos de las adicciones, desde una perspectiva delictiva, como de adicción, obteniendo resultados que expliquen contextos individuales, sociales, familiares, educativos, sentimentales, incluso de patología

¹⁵⁹ Op. Cit. Recomendación 49/2016.

dual para entender el fenómeno desde sus raíces¹⁶⁰. Desafortunadamente, a través de la presentación de estos hechos, es como se percibió una parte de lo complejo de la problemática y sus consecuencias. Para ello, la Ley no sugiere alternativas en el encierro; solo se limita a concebirlas como beneficio al alcance de unos cuantos, bajo la ideología de que la comisión de ciertos delitos no amerita la implementación de tratamientos que detonen el elemento de rehabilitación y reinserción, entendidas como directrices que los bifurca, es decir, como dos elementos disímiles que llevan a caminos diferentes.

Por lo anterior, se requiere de la adaptación normativa que incluya a toda la estructura penal y penitenciaria donde se ejecuten una modificación ambiciosa que integre la participación multidisciplinaria, con el único objetivo de atender vicisitudes con miras a una reinserción que, en la actualidad, parece presentar un escepticismo ante los altos índices de criminalidad. Así, el compaginar de ambos conduce al objetivo de la reinserción, partiendo de la rehabilitación como elemento sustancial de una reinserción social recomendable e idónea.

II.5 El tratamiento especializado en los centros penitenciarios.

La sanción que priva de la libertad en nuestro país tiene como finalidad reinsertar a quienes compurgan condena, cuyos medios para realizarlo en su mayoría son espacios insuficientes: las cárceles. Sobre esto, la Constitución mexicana, determina en su artículo 18 que *“el sistema penitenciario se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir, observando los beneficios que para él prevé la ley.”*¹⁶¹ De esta manera se busca integrar al sujeto a la sociedad a través del encierro en cumplimiento de una condena¹⁶², se incorporan

¹⁶⁰ Vease, Picado Valverde, Eva María, *Estudio comparativo de la drogodependencia en el medio penitenciario: Perfiles psicológicos para orientar el tratamiento*, Ministerio del interior, España, 2016.

¹⁶¹ Op. Cit. “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”.

¹⁶² La prisión se erige bajo un aspecto principal, que es que la persona que trasgrede la ley no evada el castigo a que se hará acreedor, al suplicio o la pena. Dichas sanciones consistían generalmente

también mecanismos que coadyuven a cumplir con dicho objetivo, porque el solo encierro no constituye *per se* un cambio en el individuo trasgresor de la norma.

En este orden de ideas, la irrupción en el sistema penal y penitenciario de alternativas y formas de tratamientos como medios para tratar de resocializar y reinserter a lo sujetos, de acuerdo a las disposiciones constitucionales, requieren de medios como educación, trabajo y la salud concebidos en la constitución. Sin embargo, al hablar de “tratamiento” este “...*tiene unas connotaciones desvalorativas de enorme significación. El delincuente aparece como un elemento negativo y disfuncional para el sistema social y el tratamiento es el crisol que produce el milagro de la readaptación.*”¹⁶³ Lo anterior parece indicar que se trata de un enfermo que precisa de una cura que le será administrada a través de la prisión, es decir, que el preso es la enfermedad y la prisión la clínica.¹⁶⁴

Las aseveraciones anteriores consideran que la posición que guarda el sistema y los centros penitenciarios deberían de estar dirigidas a encontrar, por medio de mecanismos idóneos, elementos que satisfagan un tratamiento adecuado e individualizado. Sugiere además la implementación de “*un concepto amplio y de carácter multidisciplinar en el que intervengan una pluralidad de profesionales con capacidad de ofrecer al interno recursos de diferente naturaleza e idóneos para que al salir de la prisión no reincida y se aleje del camino de la criminalidad.*”¹⁶⁵

En tal sentido, con el objetivo de responder a la necesidad de mecanismos, a nivel legislativo la incorporación de alternativas y su aplicación funcionan desde una perspectiva terapéutica. Al respecto la Ley General de Salud y la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las

en la pena de muerte, galeras, algún tipo de mutilación o azotes. En ningún momento se hablaba de tratamiento, porque lo que se buscaba era castigar por el mal hecho y no reformar para regresarlo a la sociedad, por ello se advertía una constante en la aplicación de la pena de muerte. Ver Foucault, M., *Vigilar y castigar*, Siglo veintiuno de España, Madrid, 1990, pp. 11 a 74.

¹⁶³ Mapelli Caffarena, B., *Lecciones de Derecho Penitenciario*, Ica, Madrid, 1983, p. 141.

¹⁶⁴ “Vocablos como anomalía, curable, incurable dejan ver el nacimiento de la criminología clínica, por definición realizable en las cárceles como centros para la regeneración, es decir la cárcel como clínica”, ver Palacios Pámanes, Gerardo Saúl, *La cárcel desde adentro*, Op. Cit, p.39.

¹⁶⁵ Gallardo Gracia, Rosa M., *Los programas y actividades del tratamiento penitenciario: la necesaria adaptación de la norma*, Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad de La Coruña, España, Vol. 20, pp. 139-160.

adicciones incorporan la misma definición de tratamiento y consideran que “()...debe consistir en un 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;...().”¹⁶⁶ Se trata entonces de una intervención multidisciplinaria que considera en su implementación los multifactores que intervienen en los sujetos a tratar y rehabilitar, ya no desde un enfoque individual, sino un bienestar integral, requiriendo ambientes físicos apropiados, limpios y seguros. “Además de una alimentación balanceada, de buen aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios higiénicos, de acuerdo con el estado de salud del usuario”¹⁶⁷, todos requisitos contenidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 como parte fundamental de un adecuado tratamiento.

Con relación a las generalidades planteadas sobre los tratamientos, las interrogantes aquí consistirían, partiendo de la idea de requerimientos específicos para la elaboración y seguimiento de dichos programas, las siguientes: ¿Normativamente existen instituciones encargadas de ejecutar los tratamientos de adicciones? Y para el caso de los tratamientos de los adictos en prisión ¿existen instituciones con tratamientos especializados en los centros penitenciarios?

Para contestar la primera interrogante, debemos de remitirnos a la Ley General de Salud, la cual regula la creación de los centros determinando que “para el tratamiento de los farmacodependientes, las dependencias y entidades de la administración pública en materia de salubridad general, tanto federales como locales, deberán crear centros especializados en tratamiento, atención, y rehabilitación, con base en sistemas modernos de tratamiento y rehabilitación, fundamentados en el respeto a la integridad y a la libre decisión del farmacodependiente.”¹⁶⁸ Con esta disposición, actualmente se encuentran

¹⁶⁶ Ley General de Salud y NOM-028-SSA2-2009.

¹⁶⁷ Ídem.

¹⁶⁸ Ídem.

reconocidos por parte del Consejo Nacional Contra las Adicciones 331¹⁶⁹ establecimientos aprobados por cumplir con la normatividad para la atención y el tratamiento de las adicciones, todos ellos de carácter residencial¹⁷⁰, es decir, que se someten a un tratamiento en condiciones adecuadas para lograr su rehabilitación, así como la implementación de programas específicos requeridos de acuerdo a las necesidades de la persona adicta.

En este sentido, los modelos de atención pueden variar de acuerdo a las condiciones o requerimiento que cada institución mantiene. Los modelos mayormente empleados son los de ayuda mutua, mixta y atención profesional.

“Modelo de ayuda mutua: es el servicio que se ofrece en las agrupaciones de adictos en recuperación. El grupo de Ayuda Mutua según la NOM 028 es la agrupación que ofrece servicios, integrada por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de sustancias psicoactivas.

Modelo profesional: es el servicio de atención que brindan los profesionales de la salud, a través de consulta externa, consulta de urgencias (servicio de urgencias) y hospitalización, entre otros. Un modelo profesional puede complementar sus actividades con grupos de autoayuda, sin embargo la directriz del tratamiento es profesional. Estas actividades de auto ayuda se deberán de registrar en una bitácora.

Modelo mixto: es el tratamiento ofrecido por ayuda mutua y el modelo profesional.”¹⁷¹

¹⁶⁹ Op. Cit., “Directorio de establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones en modalidad residencial reconocidos por la Comisión Nacional Contra las Adicciones”.

¹⁷⁰ La Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) ha implementado, con la colaboración de las Comisiones Estatales contra las Adicciones (CECA), el proceso de Reconocimiento y Ratificación de Establecimientos Residenciales de atención a las adicciones, cuyo objetivo es evaluar que los centros que brindan servicios de tratamiento den cabal cumplimiento en lo dispuesto en la normatividad vigente y en específico en la NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

¹⁷¹ Comisión Nacional Contra las Adicciones, “Lineamientos para el reconocimiento y ratificación de establecimientos residenciales de tratamientos de adicciones”, Secretaría de Salud, México, 2017, p. 8. Disponible en

En función de lo planteado, la normatividad mediante la cual se ha de llevar a cabo la ejecución de los tratamientos en estos centros especializados se encuentra determinada en la NOM-028-SSA2-2009. Sin embargo, esta no actúa por sí sola, pues se requiere que, para la aplicación correcta de la misma, sea necesario atender lo dispuesto por otras normas subyacentes tendentes a normar rubros es materia de salud, prevención y control por virus de inmunodeficiencia humana, vigilancia epidemiológica, expediente clínico, infraestructura y equipamiento para atención médica hospitalaria.¹⁷²

Con estas consideraciones normativas, centradas en la atención de las adicciones bajo modalidades residenciales en cumplimiento con la normatividad aplicable para el caso concreto en materia de salud y tratamiento de adicciones, donde se detallan las formas y tratamientos sobre las cuales se desarrollarán y sostendrán programas para atender personas que padecen afectaciones por la ingesta de drogas, queda de manifiesto que en torno al rubro de los tratamientos en centros especializados la interrogante de su existencia queda resuelta, pero no es suficiente.

Dentro de este marco, todo el aparato que sostiene los centros especializados confrontados con la segunda pregunta, es aquí donde estas condiciones no son compatibles. Ante esto, se debe considerar, primero, la existencia de algún centro que actúe bajo modalidades de encierro, ya que las características difieren sí las

http://salud.edomex.gob.mx/imca/documentos/servicios_imca/Lineamientos%20para%20reconocimiento%202017.pdf

¹⁷² Complementan la correcta observancia de la NOM-028-SSA2-2009 las siguientes NOM'S: "NOM-001-SSA2-1993 que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud". "NOM-009-SSA2-1993, para el fomento de la salud del escolar". "NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana". "NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica". "NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica". "NOM-039-SSA2-2002 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual." NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico." "NOM-178-SSA1-1998 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios" y la "NOM-197-SSA1-2000 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada".

comparamos con la idea de implementar estos mecanismos al interior de las prisiones. Es por ello que una vez que se deja claro de qué manera se opera normativamente en el exterior, se debe hacer notar que la legislación en ningún apartado propone una modalidad bajo condiciones de encierro.

Resulta claro la necesidad de un modelo que propicie un enfoque que estime las condiciones y origine otras formas de tratamiento, ya sea bajo una infraestructura idónea o la creación de modelos adaptados para la prisión que requerirá de procesos profundos que se erigen sobre el conflicto de las drogas en el interior. En este sentido, introducir una perspectiva multidisciplinaria como la que se emplea en el exterior permitirá comprender el génesis del problema y con ellos la implementación de modelos *ad hoc* que contribuirán a una reinserción desde la rehabilitación, buscando disminuir la incidencia delictiva y una convivencia real propiciada en el interior. Mientras tanto y esperando la construcción de estas aportaciones, es acuciante someter al análisis la existencia de centros destinados exclusivamente para tratamientos dentro de las cárceles.

Derivado de lo anterior, en una búsqueda exhaustiva por encontrar instituciones que brinden atención dentro de los centros penitenciarios de acuerdo con los requerimientos para ejecutar cualquiera de las modalidades de un programa, se encontró solo dos centros, ambos en el estado de Colima, esta situación resulta preocupante, sobre todo si se habla de 378 instituciones penitenciarias. Sin embargo, lo que se logró determinar es que de manera intermitente se dio tratamiento en ciertos centros carcelarios bajo modalidades diversas, pero de forma externa, limitándose a realizar encuestas y dar un seguimiento acorde a las condiciones del lugar. Dichos lugares *“fueron los programas de tratamiento que se llevan a cabo en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente (RPVO) y el Reclusorio Preventivo Varonil Norte (RPVN) que operan bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica (CT) de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009.”*¹⁷³

¹⁷³ Véase, Castellanos López, Gloria Estela, “Detección de drogas y tratamientos de adicciones en dos centros penitenciarios de la Ciudad de México”, *Integración Académica en Psicología*, México, Vol. 3, No. 7, 2015, pp. 96-104.

La mayoría de estos programas fueron orientados hacia ramas como la psicología, psiquiatría, medicina y sociología como parte de la necesidad de implementar tratamientos basados en métodos multidisciplinarios, teniendo como obstáculo la idea del encierro, cuyos resultados también tienden a presentar variables. Sobre esto, a pesar de estas condiciones y la ausencia de una infraestructura acorde para ejecutar un tratamiento adecuado, Luengo, Romero y Gómez consideran que,

“()...la cárcel resulta un lugar particularmente complejo para vivir o sobrevivir. Los internos suelen referir una situación emocional cambiante, con una percepción de frustración mantenida, desánimo, desinterés y una actitud pasiva de espera. Sin embargo, a pesar de las adversidades cotidianas experimentadas, en la prisión también se pueden aprovechar algunas características como aliados terapéuticos: la contención externa del propio centro, el aislamiento de su medio habitual y de su entorno personal, la organización en torno a una rutina diaria y adquisición de normas, aislamiento y alejamiento de su entorno personal y hábitos patológicos, el respeto hacia los límites, la recuperación y estabilización de hábitos sanos, el compromiso con responsabilidades, el apoyo de profesionales e institucional, la asunción progresiva de autonomía.”¹⁷⁴

Al respecto, algunos elementos que comporta el encierro brindan herramientas en la implementación de algún tratamiento. No todos son obstáculos dentro de la prisión, porque el control que se ejerce, la disciplina, los horarios y la idea de que el interno cuenta con el tiempo para seguir un programa de este tipo, hacen que el programa se enfoque de una forma sustancial, informando de los beneficios y consecuencias que conlleva asumir el compromiso de una rehabilitación.

De este modo, considerando que la cárcel se torna en un escenario que carece de las medidas necesarias para la implementación de un programa, puede ser difícil

¹⁷⁴ Luengo, M., Romero, E. y Gómez, J., *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*, Compostela S.A., Chile, 2001.

concebir la idea de una rehabilitación del preso y más si esta es voluntaria, lo anterior atendiendo a que las personas con las mismas prácticas de consumo que lo rodean, pueden fácilmente llevarlo hacia una recaída.

“El 94% de los internos que fueron evaluados dieron un resultado negativo durante el ensayo para determinación cualitativa de drogas de abuso lo cual revela que los programas para el tratamiento de adicciones que se implementan en el R.P.V.O. y en el R.P.V.N. tienen un impacto favorable que le permite a quienes participan en ellos alcanzar la abstinencia ya sea durante el tiempo que se encuentran en internamiento o mientras siguen participando en fase de seguimiento.”¹⁷⁵

Las afirmaciones llevan a considerar la ventaja sobre la ejecución de modelos en las prisiones obligados por la ausencia de centros especializados al interior y la falta de infraestructura penitenciaria. Por lo tanto, lo primero es reconocer la existencia de algunos elementos que participan para dar certidumbre a la implementación de modelos, así como sus resultados positivos, sin embargo, también se presentan efectos negativos, los cuales dan cuenta de una omisión institucional para hacer frente a estos focos rojos pese a la existencia de una normatividad que los regula.

Los hallazgos encontrados en este apartado llevan a reconsiderar la posición de la norma y su ejecución a un ámbito que excluye a las personas presas con problemas de adicciones. La ausencia de centros especializados, la poca atención sobre modelos con características que sugieran un tratamiento en el encierro con sus complejidades y ventajas produce la aplicación de medidas que contribuyen a la generación de nuevas formas de prisión.

Al respecto, se aclara que en esta búsqueda no se sugiere dotar de privilegios a las personas adictas, sino responder a necesidades contextuales y concomitantes entre sí, mismas que la cárcel actual no brinda. Así, la separación de grupos específicos, además de los tradicionales en hombres y mujeres, permitirá ubicar con

¹⁷⁵ Op. Cit. Castellanos López, Gloria Estela, “Detección de drogas y tratamientos de adicciones en dos centros penitenciarios de la Ciudad de México”, p. 101-102.

mayor rapidez: primero, las condiciones en que llegan los presos como si se tratara de un filtro con fines a mejorar la atención a grupos focales cuyas capacidades y actitudes difieren del resto. Y, segundo, dicha separación que en un futuro supondría crear centros especializados que funcionen con las características como en el exterior para un tratamiento, incluso residencial, lógicamente con sus adecuaciones por tratarse de individuos presos.

Finalmente, para identificar a los internos a partir de registros, monitoreo, personal especializado, etapas de tratamiento con una estructura pos penitenciaria, será implementar protocolos observados por los centros penitenciarios, mismos que estarán obligados a cumplir y asegurar con ello el respeto a la dignidad, la seguridad y la disminución de riesgos. Es esta forma de reducir los riesgos la que persigue dicha investigación.

II.6. Precedentes sobre la atención y disminuciones de riesgos en las adicciones en las prisiones y algunas cifras en torno a su evolución

Lo modelos de atención para el tratamiento están estipulados en la Ley Nacional de Ejecución Penal. Su creación y promoción está encargada a la *Conferencia Nacional del Sistema Penitenciario*, la cual tiene como finalidad “*facilitar la cooperación entre los centros penitenciarios, con la colaboración de otras instituciones, públicas y privadas, así como la participación ciudadana, con el propósito de poner en ejecución los programas y proyectos que se generen en el seno de la Asamblea como instancia superior de la Conferencia, que permita la toma de acuerdos para la ejecución de acciones tendentes a lograr una efectiva reinserción social de internos.*”¹⁷⁶ El fin principal de la conferencia es la instrumentación de política pública en materia penitenciaria, la cual incluye la creación de protocolos como lo determina el artículo 33 de la LNEP.

¹⁷⁶ Secretaría de Seguridad Pública, Estatutos de la Conferencia Nacional del Sistema Penitenciario, disponible en, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/173853/ESTATUTOS_DE_LA_CONFERENCIA_NACIONAL_DEL_SISTEMA_PENITENCIARIO.pdf

Al respecto la Comisión Nacional de Derechos Humanos ha emitido un documento sobre los tratamientos a las personas internas, denominado: “*Modelo de atención y tratamiento para personas con farmacodependencia en prisión*”. El documento ha puesto el dedo en la llaga alrededor de esta problemática, sin embargo, no ha profundizado en temas estructurales y solo se ha referido a cuestiones por demás planteadas que como el ingreso de drogas a las prisiones, la ubicación de las personas que son consumidoras y adictas y el dotar de tratamiento a las mismas.

Por su parte, el documento de la CNDH en su capítulo 2 revela la existencia de alternativas ejecutadas en los estados de la república, mismos que contienen programas de atención de adicciones acorde a las necesidades de quien lo solicita; los programas encontrados por la institución fueron:

Tabla 4

Nombre del programa	Entidad Federativa
Crece sin drogas	Aguascalientes
Reconstrucción Personal	Baja California
Rehabilitación de las adicciones para la reinserción social	Campeche
100 días sin adicciones	Chiapas
Narcóticos Anónimos y Compañeros	Chihuahua
Prevención y tratamiento de adicciones	Coahuila
Tú puedes vivir mejor	Colima
Tratamiento, Rehabilitación e Integración	Ciudad de México
Abriendo mentes, cerrando estigmas y Programa interinstitucional contra las adicciones (PINICA),	Durango
Vive sin drogas	Guanajuato
Sentimientos de la Nación	Guerrero

Atención integral de adicciones	Hidalgo
Centro Integral Contra las Adicciones	México
Desintoxicación y tratamiento médico	Michoacán
Ring, Boxeando para la reinserción social, Adicciones y Tratamiento grupal ambulatorio contra adicciones y desarrollo humano	Morelos
Tú puedes vivir sin adicciones	Nuevo León
Limpiándome física y emocionalmente, Elijo seguir vivo, Construye, Una oportunidad más y Dependencias	Oaxaca
Tratamiento y Recuperación para las Adicciones,	Puebla
Farmacodependencia y deshabitualización de sustancias tóxicas	Querétaro
Concientización para la rehabilitación de adicciones. Tratamiento grupal	Quintana Roo
Tú puedes vivir sin adicciones	Sinaloa
Cambio de actitud penitenciaria	Sonora
Clínica de Desintoxicación de Adicciones y Tratamiento Integral de Adicciones para una Nueva Vida	Tabasco
Construye tu vida sin adicciones	Tamaulipas
Prevención de las Adicciones y Satisfactores Cotidianos para Consumidores de Psicoactivos	Tlaxcala
Comunidad Terapéutica y/o Centro de día	Veracruz
Atención primaria de adicciones	Yucatán

Clínica de tratamiento para adictos en recuperación	Islas Marías
---	--------------

Fuente: Elaboración con datos del “*Modelo de atención y tratamiento para personas con farmacodependencia en prisión*”.

El listado resalta uno en particular que incorpora modificaciones en su implementación, desde su infraestructura, hasta la adquisición de equipo adecuado para que los presos puedan llevar a cabo su rehabilitación. Así, el programa *Tú puedes vivir mejor*¹⁷⁷ actualmente denominado *Me late dejar las drogas*, desarrollado en el estado de 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.”¹⁷⁸

Asimismo, se encuentra otro con esta certificación enlistado en el Directorio Nacional de Establecimientos Residenciales Reconocido por CONADIC. *Me late dejar las drogas y programa de tratamiento* son aplicados en los ceresos de Manzanillo y Colima. Exceptuando los dos programas certificados en el estado de Colima, la mayoría se centra en una atención ambulatoria que ha generado aspectos positivos y que son una muestra de acciones orientadas a luchar contra las adicciones y la farmacodependencia al interior de las prisiones.

Sin embargo, de acuerdo a las cifras mostradas por la CNDH en su modelo de atención, no todos los programas cuentan con información sobre los resultados. En

¹⁷⁷ Véase, Centro de Reinserción Social Colima, Programa de desintoxicación, disponible en <http://www.col.gob.mx/transparencia/archivos/Programa-Desintoxicacion-Me-Late-Dejar-Las-Adicciones-2013.pdf>

¹⁷⁸ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Modelo de atención y tratamiento para personas con farmacodependencia en prisión*, CNDH, México, 2018, p. 51.

este sentido, la institución considera que existe una farmacodependencia en hombres mayor al 90% y en mujeres del 6%, aclarando que no todos los estados proporcionan dicha información. No obstante, la estadística resulta alarmante si se toma en consideración los pocos tratamientos, de los cuales, solo 2 aparentan estar enfocados a la prisión.

En lo relativo a los datos de personas sometidas a algún tratamiento enlistado en la tabla anterior, la CNDH sostiene que *“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.”*¹⁷⁹ Los datos no son contundentes, porque no determinan en que porcentaje los hombres y mujeres tuvieron éxito, además de que no muestra en que entidades federativas suele darse la mayor tasa de tratamientos, considerando las condiciones y espacios de los centros penitenciarios, ya que evidentemente de ello dependerá el continuo desarrollo de un programa con miras a ejecutarse al interior de los centros.

En definitiva, el fracaso de los modelos de tratamiento de carácter ambulatorio y los únicos dos con enfoques de la prisión, saltan a la vista. Lo anterior debido al hallazgo que resultó en la muerte de 13 presos precisamente en el estado de Colima, donde supuestamente ya se aplicaban dichos tratamientos. Lo que resultó en la recomendación emitida por la CNDH en 2016 que evidencia la falta de un protocolo que guíe al personal penitenciario a tratar a las personas privadas de la libertad bajo los efectos de las drogas, así como la implementación de registros clínicos, vigilancia y monitoreo que debieron ser implementados por personal terapéutico y, en su caso, la estructuración de un programa acorde a las necesidades individuales, pues el tratamiento que se les siguió una vez detectada la enfermedad se realizó en el exterior, lo que demuestra incluso la inexistencia de tratamientos.

¹⁷⁹ *Ibidem*, p. 60.

CAPÍTULO III

LOS DROGODEPENDIENTES PRIVADOS DE LA LIBERTAD: UN ANÁLISIS DE DERECHO COMPARADO ENTRE ESPAÑA Y MÉXICO

SUMARIO. III.1. Análisis en materia constitucional sobre el enfoque dado al sistema penitenciario, la reinserción y los Derechos Humanos. III.1.1. La Constitución mexicana y española: consideraciones frente a la población adicta. III.2. Leyes secundarias en España y México: el impacto en los drogodependientes que forman parte del sistema penitenciario. III.3. Ley General de Salud en México, la Ley de Salud en España y las adicciones. III.4. Los reglamentos penitenciarios: regulación de programas y tratamientos implementados en México y España. III.5. Modelos de programas especializados contra las adicciones en prisión orientados hacia la rehabilitación de la salud: la postura española y mexicana.

III.1. Análisis en materia constitucional sobre el enfoque dado al sistema penitenciario, la reinserción y los Derechos Humanos.

En la ardua tarea de hacer comparaciones sustanciales en el ámbito normativo y pragmático, entre el sistema penitenciario mexicano y europeo, brotan estigmas que conducen a una no reivindicación del sistema carcelario por demás diverso, cuyo objeto de estudio y tratamiento se ha visto relegado en un segundo grado por lo menos en México. Aquí la idea es resaltar el trato que se ha dado en otras latitudes al problema de las cárceles que, entre otros, para el objeto de la presente investigación, que se reduce al tema de drogas, consumo, adictos y el derecho a la salud. Lo anterior con base en la premisa principal objetivada en la consolidación de la reinserción social y la resocialización dentro de un esquema que los relegó, consecuencia de un comportamiento transgresor y desestabilizador jurídico y social.

La pretensión de comparar sistemas jurídicos en materia penitenciaria lleva a enfocarnos de manera particular en un país: España. La inclinación de compararlo con México está yuxtapuesta por la atención que su sistema penitenciario ha puesto a grupos privados de la libertad, no solo en materia sustantiva, sino bajo la implementación de programas que permiten reconocer e identificar a la población con esta sintomatología. En particular, se resalta la característica de las prisiones españolas en materia de tratamiento de los adictos por su diversificación de métodos y técnicas, en principio cuestionables, si no se profundiza el contexto del porqué se introducen fármacos como forma de tratamiento, o se desconocen los beneficios médicos al aplicarlos como sustancias que contrarrestan los efectos de estupefacientes y psicotrópicos. Así, con políticas resocializadoras hacia el exterior y el trabajo del tratamiento pos penitenciario; este último relevante en lo que concierne a una correcta implementación de tratamientos hasta la fase final de su ejecución, se construye una reinserción social en consonancia con un sistema penitenciario formal y real.

Por lo dicho arriba, la atención a la problemática se concreta en las consecuencias del fenómeno que repercuten con el objetivo de la prisión: la reinserción social y la resocialización. Sobre estos dos puntos se espera que con el

análisis de otras formas de combatir el fenómeno de las adicciones en prisión se reconozca la presencia del problema, la ausencia de políticas, así como de una legislación que se adecue a la realidad mexicana. Todo esto ante las dinámicas de alternativas que representen un cambio sustancial y paradigmático donde prevalezca el respeto a los Derechos Humanos de las personas privadas de la libertad, consolidando el derecho a la salud sobre el problema específico de los adictos en prisión.

A) La constitución española y sus consideraciones hacia las personas privadas de la libertad

La constitución española data de 1978 y surge como fruto de transición política de la dictadura franquista a una democracia parlamentaria. En esa época la adopción de una constitución con esas características fue considerada modelo de éxito. Es importante señalar que, a lo largo de casi ya 40 años de existencia, la constitución española solo ha sido reformada en dos ocasiones: la primera en 1992 y la segunda en 2011.¹⁸⁰ Las reformas en materia penitenciaria proyectan la idea de una constitución progresista, sobre todo si nos avocamos al contenido que nos interesa, en este caso su postura frente al penitenciarismo.¹⁸¹

En este orden de ideas, la constitución española prevé aspectos que México aún no incluye, un ejemplo es la seguridad social. Mención aparte merece la incorporación en el texto constitucional del goce de los derechos fundamentales que resalta la época en que fue publicada en comparación con México. Con el afán de

¹⁸⁰ La primera reforma constitucional consistió en añadir al artículo 13.2 la expresión "y pasivo" referida al ejercicio del derecho de sufragio de los extranjeros en elecciones municipales. La segunda tiene que ver con el artículo 135 sobre garantizar el principio de estabilidad presupuestaria vinculando a todas las Administraciones Públicas, reforzar el compromiso de España con la Unión Europea y garantizar la sostenibilidad económica y social. Fuera de esas dos reformas la constitución se ha mantenido intacta, trasladando su contenido hasta nuestros días.

¹⁸¹ "Durante los primeros años de la transición democrática se produjo un importante incremento de las cifras de delincuencia y de la sensación de inseguridad ciudadana imputándose esta situación a los cambios políticos que se gestaban y la pérdida del orden anterior." Hurtado Martínez, M^a del C. *La Inseguridad Ciudadana de la Transición a una Sociedad Democrática: España. 1977-1989*, Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. Cuenca, 1999. Págs. 168 y ss

no excluir ni ser ufanos en la interpretación, se transcribe su contenido previsto por el artículo 25.2 que contempla que:

“Las penas privativas de la libertad y las medidas de seguridad. ()... estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad.”¹⁸²

En consecuencia, la prisión se convertía en una institución social encargada de reeducar y reinsertar, dejando atrás el carácter de simples centros destinados a apartar al delincuente de la sociedad vigilándolos y manteniéndolos en cautiverio como parte de una pena absoluta. Se asume una pena retributiva diversificada que busca modificar la conducta y las actitudes del delincuente al favorecer su reintegración social. En consecuencia, el castigo ya atendía a otros significados y se inclinaba sobre dos objetivos concomitantes; uno de forma particular y el otro como beneficio colectivo: reeducación y reinserción respectivamente.

Ahora bien, la prisión en España retoma teorías clásicas fundadas en la prisión con conceptos que se refieren a ella como una *clínica (en sentido positivo)*, cuyo paciente debe ser dado de alta satisfactoriamente. Para este fin, cuenta con un tiempo (un fallo), determinado para hacerlo: “*tendrá que combinar los fines de retribución y rehabilitación, a través de la privación de libertad y del tratamiento individualizado para conseguir un cambio del comportamiento antisocial.*”¹⁸³ Lo anterior motivado por un cambio de régimen en el cual se vio inmerso España, donde se requería de una reforma en sus ordenamientos: un transitar totalitario a uno social y democrático. Aquí el derecho penal y penitenciario no sería la

¹⁸² *Ídem.*

¹⁸³ Rodríguez Núñez, A., “Prisión y derecho a la educación”, en *Anuario de la Escuela de Práctica Jurídica*, núm. 1, 2006, p. 1.

excepción y en esta transición, “los presupuestos ideológicos y filosóficos que la fundamentan serán los que informen la función y significado último de las valoraciones penales, y si cada sociedad se hace a medida su ordenamiento penal, el ineludible punto de partida ha de ser la Constitución vigente en cada momento histórico, por encontrarse en ella los elementos necesarios para su elaboración conceptual.”¹⁸⁴

El acogimiento de un derecho penal y penitenciario propio de la época vino a introducir elementos no concertados en ninguna constitución hasta ese entonces. Su redacción confirmó la esencia anunciada en su preámbulo sobre los derechos.

“En el ámbito penitenciario, desde el proyecto de 1873, ninguna Carta Magna incluyó expresamente los fines de la pena. Se hizo en este proyecto y en la de 1812. Tampoco las Constituciones de otros países, salvo Italia, han hecho estas referencias específicas a los fines de la pena. Por lo tanto, la elevación a rango constitucional de la finalidad penológica representa una novedad en nuestra historia constitucional y en el Derecho comparado.”¹⁸⁵

Con lo dicho arriba, la Constitución española sentó las bases para dotar a las personas privadas de la libertad de derechos mínimos garantizados con miras a favorecer la idea de la resocialización. Dejó de lado teorías absolutas de la pena e implementó la retribución al delito cometido, sancionándolo y reinsertándolo. Con esta potencialización de derechos como elementos clave en torno a las personas presas adictas en yuxtaposición con los derechos consagrados; la constitución en España previó, derechos como la salud, el cual, debe ser proporcionado a todos por igual. En consecuencia, cuando se habla de la persona privada de la libertad, esta también goza de los derechos fundamentales establecidos salvo aquellos expresamente limitados por el contenido del fallo.

¹⁸⁴ González Rus, J. J. “El Papel de la Constitución en la Teoría de la Pena”. *Estudios Penales VII*, Universidad de Santiago de Compostela, pp. 223 a 280.

¹⁸⁵ Laso, Antonio Andrés, *Nos hará reconocernos. La Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria: origen, evolución y futuro*, Ministerio del Interior, Secretaría General del Instituciones Penitenciarias, 2015, p. 117.

El deber ser consagra que la prisión no puede trasgredir la dignidad de la persona en ningún caso. En este sentido, la prisión no debe ser un agente que atente contra la salud del individuo ni contribuir con su continuo deterioro. Al menos formalmente se prioriza la reinserción y resocialización efectiva, así como el derecho a la salud como el primer paso para lograr el objetivo de la prisión.

En general, las políticas carcelarias se han enfocado en la reinserción y resocialización a través de medios como el trabajo y la educación. Son pocos los sistemas centrados en los efectos ocasionados en salud de una persona adicta en ambientes carcelarios.

“La prisión es el marco real de la pena, pero no debe añadir desocialización mayor. La tarea no es simple: resocializar es partir del pensamiento de una inserción comunitaria del sujeto previa al ingreso, y ello, en muchas ocasiones, no es cierto. Y, por otro lado, la institución carcelaria no puede optar, ni conformarse, con permanecer impasible ante el deterioro de quien tiene obligación legal de ayudar a integrarse, después, en el mundo libre. Esa es su lealtad constitucional.”¹⁸⁶

Para el caso de los adictos presos sobre la idea de la reeducación y la reinserción, es importante señalar que si bien la prisión era una forma de arrepentirse del daño causado, reflexionar sobre el acto cometido aislándolo de la sociedad y de salvaguardarla del peligro inminente de volver a sufrir otro atentado por el mismo sujeto sometido a prisión; frente a este tipo de castigos la prisión carece de sustancia. De manera puntual se refiere a la adicción, porque cuando se ejecutan acciones constitutivas de delitos aun con los efectos de las drogas no cabía la idea de reflexión, lo único que el adicto necesitaba era consumir más y más droga que, con el objetivo de conseguirla, actuaba de forma inconsciente, máxime si se trataba de un adicto continuo con escasos periodos de lucidez. Así que, si el sistema quiere que la resocialización y reinserción dé frutos, debe de comenzar por la salud.

¹⁸⁶ García Valdés, C., *Del presidio a la prisión Modular*. Ópera Prima editorial. Madrid, 2009, p. 54.

Repensar así la cárcel requiere elementos positivos que tendrán que dilucidarse con el paso del tiempo, esperando que se comulgue con la idea de un tratamiento o prisión humanizada en concordancia con los Derechos Humanos, comprendidos constitucionalmente. Para ello, se requiere de una estructura penitenciaria que se adapte a la necesidad individual, sin dejar de ser considerada como respuesta a las conductas desplegadas al margen de la ley,¹⁸⁷ pues si esta desaparece se inventaría otra con el mismo objetivo. Bajo esta concepción, en *“un intento de humanización de las sanciones y de las condiciones de cumplimiento de las mismas, supuso un giro sustantivo en la pena privativa de libertad en particular, otorgando un contenido social a la misma, superando la concepción retributiva tradicional al exigir su orientación a la reinserción y a la reeducación del sujeto condenado tras la comisión de un delito.”*¹⁸⁸

En este orden de ideas, la resocialización en España va acompañada del equilibrio de las condiciones idóneas de la persona privada de la libertad. No obstante, el problema de la ingesta y la adicción a sustancias psicoactivas supone el primer obstáculo a enfrentar, por parte de la institución penitenciaria con miras a conseguir la reinserción y reeducación e integrarlo con perspectiva distinta a la sociedad, cuya formación -por decirlo de alguna manera- deberá adquirirse en reclusión. Esta tendrá que responder a las vicisitudes sociales a las que se tendrá que enfrentar con una carga extra que, para el caso que se investiga, está instituida en una eventual recaída por parte de la persona adicta.

Al concretar derechos de la población privada de la libertad, bajo el cobijo constitucional, se contribuye a fijar una postura en la que el actuar de la autoridad se limite a sus funciones de resocializar y reinsertar. Se deja claro que la autoridad está tratando con personas que tienen garantizados derechos mínimos en prisión, además de mandar el mensaje de que se trata de una población en vías de recuperación que deberá de ser tratada en las mismas condiciones de sus

¹⁸⁷ En el preámbulo de la Constitución de España se concreta, en uno de sus fines, “el de proteger a todos los españoles y pueblos de España en el ejercicio de los derechos humanos, sus culturas y tradiciones, lenguas e instituciones.”

¹⁸⁸ Op. Cit., *Los programas y actividades del tratamiento penitenciario: la necesaria adaptación de la norma*, 139-160.

homólogos al exterior, esto es, como lo menciona Caffarena, “*aproximar la prisión al medio libre y minimizar los efectos nocivos del internamiento forzado, pasan a constituir objetivos realizables conforme a lo dispuesto en la norma suprema.*”¹⁸⁹

En conclusión, la postura formal en España, sobre la protección constitucional, va adelantada en relación con lo que se busca en materia de salud hacia los presos establecida en México, y ahora veremos porqué. Sin embargo, como retomaremos en un apartado posterior, las consideraciones no han tenido la suficiente cohesión como se esperaría en aspectos de salud, específicamente en adicciones integrado a una idea de reinserción y resocialización con un esquema de humanismo tras las rejas.

B) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y sus consideraciones hacia las personas privadas de la libertad

La irrupción de los Derechos Humanos en la constitución mexicana en el año de 2011, decretó un estado constitucional derecho orientado a la generalidad poblacional sin discriminación alguna. En 2008 ya se había dado la primera gran reforma que en materia penal supondría un cambio paradigmático en la procuración y administración de justicia: el sistema acusatorio. Este binomio permitiría acercar al Estado mexicano a garantizar derechos y libertades de los gobernados con mecanismos judiciales para su cumplimiento¹⁹⁰. Prevalecía un sentido garantista acompañado de un cambio procesal y apartaba sus resultados: la ejecución de la sentencia, su lugar de cumplimiento y las cárceles.

Al incorporarse los Derechos Humanos, algunos ordenamientos constitucionales sufrieron cambios a la par de una sustitución de conceptos. El sistema penitenciario no fue la excepción, pues el impacto en la concepción de garantías individuales a Derechos Humanos abarcó todo el sistema jurídico mexicano:

¹⁸⁹ Mapelli Caffarena, B. *Principios Fundamentales del Sistema Penitenciario Español*, Bosch, Casa Editorial, S.A., Barcelona 1983. pp. 91 a 99.

¹⁹⁰ O'Donnell, G. "The Quality of Democracy: Why the Rule of Law Matters". *Journal of Democracy*, USA, 2004, p.14.

“Artículo 18

El sistema penitenciario se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir, observando los beneficios que para él prevé la ley. Las mujeres compurgarán sus penas en lugares separados de los destinados a los hombres para tal efecto.”¹⁹¹

No obstante el contenido, la realidad expresaba dicotomías contrastantes pues, el deterioro de las prisiones y su constante ebullición e inoperatividad dieron cuenta de la ausencia de un deber ser de la prisión. Sin embargo, los modelos de justicia recientes, terminaron, junto con la prisión preventiva, por detonar negativamente la idea concebida en la Constitución sobre los Derechos Humanos y la reinserción. De igual modo, la acalorada discusión sobre la prevalencia o no de la prisión, basada en la idea de su deficiencia, ha ganado muchos detractores en su continuidad, pues el soporte constitucional no ha logrado un cambio significativo en las nuevas prácticas, mucho menos en la disminución de su población, ya no se diga del delito: se apostó por la prisión preventiva y se olvidó de la prevención delictiva.

En consecuencia, el sistema penitenciario mexicano hoy padece sus deficiencias. Constitucionalmente, los conceptos que no llegan a permear sobre los dogmas preconcebidos que perduran y que políticamente son bien vistos en la población general. Se somete al delincuente como enemigo del Estado, pues no merece consideración. Ejemplo de ello son algunas de las manifestaciones claras de la sociedad que con un juicio paralelo, condenan y culpan socialmente sin ningún sustento y previo a ser juzgado formalmente; de la presunción de inocencia ni hablar.

Por otro lado, el reconocimiento de un problema y su posible combate con una política pública, deja de manifiesto el intrincado camino que se tuvo que seguir para llegar a estas acciones. Lo anterior ha tomado gran relevancia, al grado que, desde el ámbito constitucional, se reconoce la crisis de un sistema olvidado. Finalmente,

¹⁹¹ Op. Cit. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

se puede hacer una comparativa a nivel sistema de las pautas a seguir de un modelo que intenta satisfacer necesidades de una población con conductas arraigadas que subsumen el fin de la prisión.

Dicho lo anterior, *“la operación y administración del sistema penitenciario se debe realizar invariablemente respetando la dignidad humana. Esta, precisamente, es la brújula que debería guiar la reforma del sistema: la dignidad humana. En este sentido, Spinoza revela en la última parte de ética que la esencia de la libertad no es otra cosa que la dignidad humana.”*¹⁹²

Tuvieron que pasar casi 100 años para que una reforma, que también afectaría al sistema penitenciario, reconociera la dignidad humana, la cual permeó al sistema carcelario. De manera puntual, se refiere al inicio del segundo párrafo del artículo 18 constitucional, donde los Derechos Humanos rigen la organización del sistema penitenciario en concomitancia con el reconocimiento de derechos que no se oponen a la sanción impuesta por el delito cometido.

En este sentido, el reconocimiento de la dignidad humana marcó un hito al menos teóricamente sobre el tratamiento a ejecutar sobre los sujetos de la prisión. Sobre esto, de acuerdo con Uprimny y Guzmán, *“los derechos de las personas en reclusión son: i) suspendidos; ii) limitables (afectados), y iii) intangibles (no modificables).”*¹⁹³ Estos últimos, los intangibles, son derechos que en ningún momento se deben de modificar, mucho menos limitar.

Por lo anterior, en la siguiente tabla se hace un comparativo del contenido de ambas constituciones sobre la dignidad y Derechos Humanos.

Cuadro 1. Comparativo en materia de Derechos Humanos

<i>Constitución de España</i>	<i>Constitución de México</i>
<i>Preámbulo.</i>	<i>Artículo 1.</i>

¹⁹² Palma-Rangel, Manuel, “Reformar el sistema penitenciario mexicano: ¿se puede?”, *Revista Nexos*, enero, 2018, en <https://seguridad.nexos.com.mx/?p=335>.

¹⁹³ Pérez, C., “De la Constitución a la Prisión. Derechos Fundamentales y Sistema Penitenciario”. *La Reforma Constitucional en Derechos Humanos: Un nuevo paradigma, México: UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2011, p. 226.*

<p>Proteger a todos los españoles y pueblos de España en el ejercicio de los derechos humanos, sus culturas y tradiciones, lenguas e instituciones.</p>	<p>En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.</p>
<p>Artículo 10.1.</p> <p>La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.</p> <p>2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.</p>	<p>Artículo 1.</p> <p>Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.</p>
<p>Artículo 43.1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.</p>	<p>Artículo 4. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.</p>
<p>Artículo 25.2.</p> <p>Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad.</p>	<p>Artículo 18.</p> <p>El sistema penitenciario se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir, observando los beneficios que para él prevé la ley.</p>

--	--

Nota. Cuadro realizado por el autor con información contenida de ambas constituciones.

Por lo plasmado en el cuadro anterior, el espíritu constitucional de ambos países indica que hay un equilibrio formal, sin embargo, el hecho de que la constitución española introdujo desde finales del siglo pasado un sistema penitenciario de corte humanista y garantista, da cuenta del atraso en que el sistema mexicano se encuentra. Con esta salvedad, ambos parten de la idea de dignidad como base de los Derechos Humanos y asumen pensamientos similares por cuanto al trato que se les debe dotar a los individuos dentro de prisión, solo se debe de determinar, en relación al ámbito real y leyes secundarias, hasta donde su contenido permea la realidad institucional.

Para el caso español, la ardua labor emprendida no es fácil, a pesar de que la persona presa queda bajo la tutela del Estado vinculado a una especie de subordinación, donde este debe cubrir sus necesidades básicas en primer lugar, y, en segundo, debe facilitar mecanismos para conseguir los fines instituidos en su constitución. Así, el Estado se enfrenta a parte de la población que no supo mantenerse dentro de la Ley, no siendo óbice de las circunstancias y condiciones con las que cada uno llega a esta última instancia.

En conclusión, a pesar del panorama, el encierro tiene ventajas que ayudan al Estado a que los fines se cumplan: elementos como el control y vigilancia, yuxtapuestos a las sanciones disciplinarias empleadas, constituyen herramientas indispensables para lograr objetivos claros. Sin embargo, aquí no se trata de una apología al romanticismo penitenciario o el ocultamiento de las realidades y la crisis imperante en los sistemas actuales, cuya inoperancia – en algunos casos- parecen no contribuir a sus fines principales. Se trata de constatar, en la medida de lo posible, que se puede combatir, a través de diversos frentes, todas y cada una de las necesidades carcelarias y, para el caso que se investiga, recurrir al binomio causa-efecto en la implementación de programas hacia este grupo en específico es imprescindible.

III.1.1. La Constitución mexicana y española: consideraciones frente a la población adicta

El deber ser del sistema penitenciario se encuentra sustentado por el reconocimiento de derechos, esto supondría un cambio paradigmático, además de una garantía constitucional de no vulnerar derechos en el proceso de reinserción y resocialización. No obstante del reconocimiento constitucional generalizado del derecho a la salud, entre otros, en su aplicación al caso concreto, se padece la ausencia de procedimientos a través de los cuales se garanticen derechos particulares que, para el ámbito de interés, las adicciones en prisión, resulta soslayable.

En México, en un ejercicio de análisis sistemático en materia constitucional se resaltan aspectos recién incluidos en la última reforma de 2011. Solo en materia penitenciaria, porque bien se podría hablar de reformas anteriores, incluso la de 2008, pero en esos escenarios su esencia fue de carácter procesal. Respecto del área penitenciaria en la búsqueda de la reinserción, atendiendo a la salud como medio, la justificación se respalda en el artículo 4 constitucional. Su contenido no se avoca al problema de las adicciones: solo se aduce mantener un estado de bienestar de las personas en prisión. De ahí a que en el intento por cumplir lo mandado en la constitución, las leyes secundarias busquen un sustento amalgamando toda una serie de elementos que constituyen un verdadero derecho a la salud con todas sus implicaciones, pero con una perspectiva hacia el exterior.

Por su parte en España, hay prevalencia de asuntos comunes por atender. Se reproducen objetivos prioritarios del sistema penitenciario: la reinserción, resocialización, inhibición del delito y derechos humanos. En definitiva, ambas constituciones no consideran un ápice sobre el tema de los adictos en prisión y es notorio, pues de ser así, no sería el único necesario por incluir en la Constitución. Es insoslayable que constitucionalmente solo aduzcan supuestos generales que, en subsecuentes leyes, serán reglamentados. Es ahí donde interesa llegar en este apartado para cuestionar el grado de importancia que se otorga a fenómenos

sociales que se reproducen a diario y que su ausencia en la norma, en consonancia con una crisis sistémica, fomenta su expansión.

Al respecto, Siguiendo a Contreras Nieto, en una afirmación con la que se concuerda: *“el estado puede privar a las personas de su libertad para deambular, pero no está legitimado para privarlas de la vida, de sus derechos a comer, trabajar, estudiar y tener una habitación digna, entre otros”*¹⁹⁴. Por lo tanto, la salud e integridad digna pertenecen a un derecho cuya garantía debe homologarse a la del exterior. Sin embargo, y siguiendo al mismo autor, *“con frecuencia se piensa que un interno es básicamente una persona que ha ocasionado un daño a la sociedad y que por lo mismo debe ser castigado sin miramientos.”*¹⁹⁵ La sociedad así trata a quienes trasgreden la norma. Ya en la formalidad, el Estado que priva a una persona de *“su libertad asume la responsabilidad de cuidar de su salud, no sólo en lo que respecta a las condiciones de detención, sino también al tratamiento individual que pueda ser necesario como consecuencia de dichas condiciones.”*¹⁹⁶

III.2. Leyes secundarias en España y México: el impacto en los drogodependientes que forman parte del sistema penitenciario

La atribución de facultades conferidas al Estado como la de salvaguardar la sociedad dotándolo del poder suficiente y necesario evoca una responsabilidad mayúscula. La finalidad de sacrificar parte de las libertades personales¹⁹⁷ para concebir una institución que marque la pauta del comportamiento social y que al mismo tiempo construya sistemas que sancionan su incumplimiento son actos concomitantes entre sí. Como una alegoría, se trata de entregar al Estado elementos que no asumen un orden preconcebido, esperando con ello mantener el

¹⁹⁴ Contreras Nieto, Miguel Ángel, *Temas de derechos humanos*, México, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2003, p. 18.

¹⁹⁵ *Ídem.*

¹⁹⁶ Coyle, Andrew, *La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos. Manual para el personal penitenciario*, Centro internacional de estudios Penitenciarios, p. 38.

¹⁹⁷ Beccaria, Cesar, *Tratado de los delitos y de las penas* Op. Cit.

orden social y, al mismo tiempo, alinear dichos elementos al común denominador que la sociedad espera en un orden social de convivencia acorde.

Con esta obligación, como una de las muchas del Estado, las instituciones concebidas para dicho fin vinculan su actuar a la Ley para con ellas identificar si el sistema responde y asume, en este caso el tema de salud como eje fundamental para la reinserción social: en particular sobre el problema de las adicciones en la prisión.

A) España: Ley Orgánica General Penitenciaria

España cuenta con una Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP). En un pequeño pasaje histórico se recuerda que fue la segunda medida de carácter orgánico tras la muerte de Franco, donde se legisló sobre los derechos y la situación de los presos. Al igual que la constitución española, la LOGP tiene solo dos reformas: la del año 1995 sobre los hijos de las reclusas y las visitas de estos, y la de 2003 que aborda el límite máximo de *“cumplimiento de la pena privativa de libertad en casos de acumulación de penas por varios delitos y sobre los requisitos para acceder al tercer grado y la libertad condicional.”*¹⁹⁸

Lo que interesa del análisis de la Ley Orgánica General Penitenciaria es el alcance de su normatividad sobre el tema del derecho a la salud como eje fundamental para la reeducación y la reinserción que, al igual que su Constitución, sus pocas reformas indican que, o se cumplen con las expectativas planteadas o se es omiso y complejo atender las realidades, esperando que se imponga lo primero. En un segundo plano identificar si existe regulación sobre un tratamiento a los presos adictos y, cuáles son las pautas a seguir cuando este se implementa, así como los resultados que indiquen la eficacia o el fracaso en la adopción por parte de los operadores del sistema y sus objetos de estudio: los presos adictos.

La Ley Orgánica Penitenciaria contiene en su artículo primero la esencia de su constitución. Se sitúa sobre la base de la reinserción y la resocialización. Así

¹⁹⁸ En torno al tema de los grados en la LOGP. Estos tienen que ver con la ubicación de la persona presa de acuerdo a las consecuencias que genera la comisión del delito, los cuales suelen ser de primer, segundo y tercer grado. De ello dependerá si el encierro es total, semiabierto o cárcel abierta.

también, contempla un derecho garantista, salvo aquellos que la propia resolución limite. Sin embargo, llama la atención en demasía el contenido del artículo tercero sobre que la administración penitenciaria velará por la vida, la integridad y la salud de los internos, lo anterior en aras del comparado que nos ocupa.

“Artículo tercero. La actividad penitenciaria se ejercerá respetando, en todo caso, la personalidad humana de los reclusos y los derechos e intereses jurídicos de los mismos no afectados por la condena, sin establecerse diferencia alguna por razón de raza, opiniones políticas, creencias religiosas, condición social o cualesquiera otras circunstancias de análoga naturaleza.

En consecuencia:

Uno. Los internos podrán ejercitar los derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, sin exclusión del derecho de sufragio, salvo que fuesen incompatibles con el objeto de su detención o el cumplimiento de la condena.

Dos. Se adoptarán las medidas necesarias para que los internos y sus familiares conserven sus derechos a las prestaciones de la Seguridad Social, adquiridos antes del ingreso en prisión.

Tres. En ningún caso se impedirá que los internos continúen los procedimientos que tuvieren pendientes en el momento de su ingreso en prisión y puedan entablar nuevas acciones.

Cuatro. La Administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos.

Cinco. El interno tiene derecho a ser designado por su propio nombre.”¹⁹⁹

En los preliminares de la Ley Orgánica destaca la pretensión de coordinar acciones que mejoren las condiciones de las personas privadas de la libertad. Estos cinco puntos anteriores engloban prioridades como el deber ser de un sistema que busca reducir el problema de la incidencia delictiva, la disminución de riesgos de

¹⁹⁹ Ley Orgánica General Penitenciaria, en <https://www.boe.es/buscar/pdf/1979/BOE-A-1979-23708-consolidado.pdf>

personas presas bajo una correcta reinserción, y porque no, una deseable rehabilitación frente a aspectos que necesitan ser combatidos. Así, el respeto a los derechos por parte de las instituciones, deben orientarse hacia una atención específica que disminuya el problema que cada persona interna trae consigo al momento de ingresar a prisión: el asunto de las adicciones en prisión es uno de ellos.

Al proseguir con el análisis sistemático en materia de salud, la Ley Orgánica en su artículo 4 describe que: “*Dos. Se procurará fomentar la colaboración de los internos en el tratamiento penitenciario con arreglo a las técnicas y métodos que les sean prescritos en función del diagnóstico individualizado.*”²⁰⁰ En concatenación al objeto de estudio de este apartado, encontramos que en dicho artículo se glosa uno de los elementos sustanciales en razón de los tratamientos. Desde un principio aparecen características propias de la práctica en torno a la rehabilitación y reinserción -nótese que se habla desde una posición hipotética y formal de la que más adelante se corroborará el alcance de su contenido-. En este sentido, el acercamiento involucraría conceptos como tratamiento, métodos, técnicas, prescripción y el más interesante: *diagnóstico Individualizado*. Con este se da un enfoque distinto tocante a la pena, rehabilitación y reinserción social, cuyas aseveraciones se materializan de manera positiva en el apartado que rige la ejecución de un tratamiento.

Por su parte, el Título Tercero de la LOGP aborda del artículo 59 al 72 el tratamiento penitenciario como:

“El conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados. Aquí se amplía la visión determinando que el tratamiento pretende hacer del interno una persona con la intención y la capacidad de vivir respetando la Ley penal, así como de subvenir a sus necesidades. A tal fin se procurará, en la medida de lo posible, desarrollar

²⁰⁰ *Ídem.*

en ellos una actitud de respeto a sí mismos y de responsabilidad individual y social con respecto a su familia, al prójimo y a la sociedad en general.”²⁰¹

Continuando con el análisis, el artículo 62 alberga principios que rigen los tratamientos retomando los conceptos antes mencionados. Por la trascendencia de su contenido, para efectos de un análisis frente a la realidad social y el respeto, se hace la transcripción de la misma para hacer evidente las similitudes o diferencias que guardan con la Ley Nacional de Ejecución Penal que rige en México.

Ley Orgánica General Penitenciaria

“Artículo 62

El tratamiento se inspirará en los siguientes principios:

- a) Estará basado en el estudio científico de la constitución, el temperamento, el carácter, las aptitudes y las actitudes del sujeto a tratar, así como de su sistema dinámico-motivacional y del aspecto evolutivo de su personalidad, conducente a un enjuiciamiento global de la misma, que se recogerá en el protocolo del interno.
- b) Guardará relación directa con un diagnóstico de personalidad criminal y con un juicio pronóstico inicial, que serán emitidos tomando como base una consideración ponderada del enjuiciamiento global a que se refiere el apartado anterior, así como el resumen de su actividad delictiva y de todos los datos ambientales, ya sean individuales, familiares o sociales, del sujeto.
- c) Será individualizado, consistiendo en la variable utilización de métodos médico-biológicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos y sociales, en relación a la personalidad del interno.
- d) En general será complejo, exigiendo la integración de varios de los métodos citados en una dirección de conjunto y en el marco del régimen adecuado.
- e) Será programado, fijándose el plan general que deberá seguirse en su ejecución, la intensidad mayor o menor en la aplicación de cada método de tratamiento y la distribución de los quehaceres concretos integrantes del mismo entre los diversos especialistas y educadores.

²⁰¹ *Ídem.*

- f) Será de carácter continuo y dinámico, dependiente de las incidencias en la evolución de la personalidad del interno durante el cumplimiento de la condena.”²⁰²

Por lo afirmado arriba, el sistema carcelario apuesta a nuevas formas de consolidar la reinserción social. La concepción tradicional con la que se impulsa dicho fin no ha respondido a expectativas reales y sociales propias del encierro nutrido de una interseccionalidad, misma que afecta la individualidad de los sujetos en prisión y que hace acuciante otras formas de tratamiento partiendo de un bienestar integral. En definitiva, al menos formalmente, el artículo 62 de la LOGP responde al requerimiento de nuevas formas de consolidar el tema de la reinserción social, al incluir técnicas y métodos aplicados en función de las necesidades que arroja el diagnóstico de cada persona.

La correspondencia de estas generalidades instituidas en la norma requiere de una infraestructura no solo formal, contenida en papel, sino una acción sólida que contrarreste realidades que subsisten en prisión. En ese orden de ideas, la Ley Orgánica en su artículo 16 determina que: *“cualquiera que sea el centro en el que tenga lugar el ingreso, se procederá, de manera inmediata, a una completa separación, teniendo en cuenta el sexo, emotividad, edad, antecedentes, estado físico y mental y, respecto de los penados, las exigencias del tratamiento.”*²⁰³ Cuantitativamente las conductas criminales convergen en estados disolubles en el que intervienen factores relativos al problema de salud, donde las adicciones detonan comportamientos no registrados con normalidad y que aparecen al estimularlos con sustancias externas que, introducidas al cuerpo, propician un aletargamiento del estado físico y mental, cuya recurrencia de tratamiento debe ser acorde al caso concreto.

“Artículo sesenta y seis

²⁰² *Ídem.*

²⁰³ *Ídem.*

Uno. Para grupos determinados de internos, cuyo tratamiento lo requiera, se podrá organizar en los centros correspondientes programas basados en el principio de comunidad terapéutica.

Dos. Se concederá especial atención a la organización en los establecimientos de cumplimiento de cuantas sesiones de asesoramiento psicopedagógico y de psicoterapia de grupo se juzguen convenientes dada la programación del tratamiento y los criterios de selección usados en estos métodos así como a la realización de terapia de comportamiento y de procedimientos tendentes a modificar el sistema de actitudes del interno cuando sean desfavorables o negativos, todo ello con absoluto respeto a la personalidad del mismo.

Tres. En el programa de tratamiento se integrará también la formación y el perfeccionamiento profesional de aquellos sujetos cuya readaptación lo requiera, realizándose con asesoramiento psicológico continuo durante el proceso formativo y previa la orientación personal correspondiente.”²⁰⁴

De acuerdo con lo anterior, hay un reconocimiento expreso del problema de las drogas y el derecho a la salud al interior de los centros de reclusión. Pues al considerar programas terapéuticos que contribuyan a mejorar aspectos fundamentales, se genera un impacto en la reinserción y resocialización. Sobre esto se insiste que las cárceles deben contar con mecanismos acordes para hacer frente al cúmulo de personas a atender con diferenciadores que logren un cambio sustancial en consonancia con el tiempo en prisión y su regreso a la sociedad. En esto último la Ley se vuelve prospectiva, pues pronostica a futuro, qué comportamiento se puede esperar de un interno sometido a tratamiento. Esta cuestión es debatible, pues los resultados obtenidos en prisión pueden variar frente al contacto social no controlado, en el que convergen acciones dentro de una sociedad de rechazo, en algunos casos injusta²⁰⁵.

Todas estas actuaciones requieren de un esfuerzo enorme. De acuerdo se está que ante la insuficiencia de recursos es necesario hacer rendir y efficientar el trabajo

²⁰⁴ *Ídem*.

²⁰⁵ Véase, Gargarella, Roberto, “El derecho y el castigo: de la injusticia penal a la justicia social”, *Derechos y libertades*, Número 25, Época II, Junio 2011, pp. 37-54.

con lo que se tiene. También se es consciente que dicho esfuerzo no solo es tarea del Estado, sino de la sociedad en general. No obstante lo anterior, el endurecimiento de las penas contra quien transgreda la ley y reproduzca estándares diversos al instaurado, ha generado un repunte de cifras relacionadas con la insuficiencia del Estado para albergar el gran número de personas que ingresan a prisión. Este aumento demográfico en los centros penitenciarios, ocasionado por el incumplimiento de necesidades que el Estado debe cubrir, se agudiza ante la desesperada situación precaria y las debilidades que el sistema de justicia penal mantiene. Lo anterior se ve reflejado tanto fuera como dentro de la cárcel. Lo último cobra relevancia al momento de garantizar derechos al interior de la prisión. Solo hay que pensar en las condiciones en que las personas privadas de la libertad cumplen su condena.

B) México: Ley Nacional de Ejecución Penal

La Ley Nacional de Ejecución Penal, de reciente aprobación e 2016, representó un nuevo paradigma en el trato formal a las personas en prisión. Hubo un cambio conceptual pues se les definió como personas privadas de la libertad. Asimismo, se dejó de concebir al interno como disfuncional y que necesitaba ser readaptada. Aunado a ello, se sumó el otorgamiento de Derechos Humanos y el reconocimiento al interior de las cárceles. Sobre esto, los primeros artículos de la LNEP vislumbran aspectos emanados de la Constitución, los cuales se reproducen íntegramente en el contenido de la Ley: el objetivo pretendido es la reinserción social, yuxtapuesta por principios, garantías y derechos que contribuyan positivamente con dicho objetivo.

Los alcances se ven descritos en la definición de sistema penitenciario, el cual se somete a disposiciones para tal efecto creadas. Su definición integra la normatividad a la que el sistema debe sujetarse y cumplir.

Artículo 3. Glosario

“XXIV. Sistema Penitenciario: Al conjunto de normas jurídicas y de instituciones del Estado que tiene por objeto la supervisión de la prisión preventiva y la ejecución de sanciones penales, así como de las medidas de seguridad

derivadas de una sentencia, el cual está organizado sobre la base del respeto de los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción de la persona sentenciada a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir;...”²⁰⁶

Por lo anterior, los elementos inescrutables sustentados en la reinserción y la no vuelta a delinquir, se convierten por demás en aspectos sustanciales a destacar. Sobre esto, lo que interesa es el derecho a la salud: el problema de los adictos en prisión se traduce en el deterioro de su integridad psicomotora que imposibilita cumplir con la reinserción. En este sentido, La Ley y el sistema penitenciario solo incluyen acciones procedimentales de carácter general. Aquí actúan principios que rigen el avance o retroceso de un sistema plagado de inconsistencias reales.

En este tenor, los principios que se erigen sobre el respeto a la dignidad como base de Derechos Humanos son: la igualdad en su garantía y la dignidad cobranda su magnitud, pues en ellos descansa la esencia de derechos encaminados a una reinserción social efectiva. Todos concentran derechos inalienables e insustituibles, cuyo respeto irrestricto depende de una pertinente observación de medios para cumplir fines planteados, porque su ausencia convierten a la prisión en un caldoso donde la pena es el único fin.

“Dignidad. Toda persona sujeta a esta Ley será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.

Igualdad. Las personas sujetas a los procedimientos descritos en esta ley recibirán el mismo trato y oportunidades para acceder a los derechos reconocidos por la Constitución, Tratados Internacionales y la legislación aplicable. No se admitirá discriminación motivada por origen étnico o nacional, género, identidad de género, edad, discapacidad, condición social, condición de salud, religión, opinión, preferencia sexual, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabarlos derechos y las libertades de las personas. Las autoridades velarán porque las

²⁰⁶ Op. Cit, Ley Nacional de Ejecución Penal.

personas en las condiciones o circunstancias señaladas en el párrafo anterior, sean atendidas a fin de garantizar la igualdad sobre la base de la equidad en el ejercicio de sus derechos. En el caso de las personas con discapacidad deberán preverse ajustes razonables al procedimiento cuando se requiera.”²⁰⁷

La reinserción social busca restablecer las libertades. Como medida indispensable para su cumplimiento, mejorar las condiciones de respeto y observancia a la luz de mecanismos es el deber ser para alcanzar fines individuales y colectivos presentes en la constitución. En lo referente a esta restitución de libertades en un contexto íntegro, la persona privada de la libertad una vez cumplida la pena, deberá gozar de derechos plenos para poder pensar en una idea de reinserción. No obstante el deber ser, hay una sinergia que rompe el entorno de derechos básicos como la integridad y la salud contribuyendo al deterioro de la salud; el consumo de drogas al interior de prisiones se nutre de las paupérrimas y enclenques estructuras que agravan dicha sinergia.

En este orden de ideas, la LNEP reconoce prerrogativas en la prisión en el rubro de salud con base en un trato digno sin discriminación, considerando además:

- II. “Recibir asistencia médica preventiva y de tratamiento para el cuidado de la salud, atendiendo a las necesidades propias de su edad y sexo en por lo menos unidades médicas que brinden asistencia médica de primer nivel, en términos de la Ley General de Salud, en el Centro Penitenciario, y en caso de que sea insuficiente la atención brindada dentro de reclusión, o se necesite asistencia médica avanzada, se podrá solicitar el ingreso de atención especializada al Centro Penitenciario o que la persona sea remitida a un Centro de Salud Público en los términos que establezca la ley.”²⁰⁸

Por su parte, la LNEP en su contenido integra la prestación de atención médica con arreglo a la Ley General de Salud: los casos de urgencia y casos extraordinarios

²⁰⁷ *Ídem.*

²⁰⁸ Op. Cit., Ley Nacional de Ejecución Penal.

que requieran traslado al exterior, así como el control con exámenes para detectar enfermedades de inmunodeficiencia humana y adquirida en total confidencialidad. Para ello, se destina un capítulo para el rubro de salud en los artículos 74 al 80 de la LNEP que reconocen acciones desde el derecho a la salud, el examen médico al ingreso, servicios médicos durante su permanencia, las características de este, es decir, su gratuidad y obligatoriedad, medidas terapéuticas necesarias ante riesgos que impliquen la vida o integridad física y convenios con instituciones de salud para atender urgencias médico-quirúrgicas, hasta servicios de salud continuos y permanentes.

No obstante lo anterior, la Ley en ningún momento prevé acciones concretas, mucho menos condiciones de ejecución y un abanico de opciones que integren acciones y atenciones especializadas de acuerdo a la exigencia que la prisión conlleva, es decir, en espacios cerrados y reducidos. En este sentido, justifica su ausencia apelando a la justicia terapéutica concebida en la LNEP, sin embargo, esta no solo no es accesible en contextos de internamiento, sino que fue creada *“como 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.”*²⁰⁹ Con la excepción de ser proporcionada solo en condiciones de exclusión.

En definitiva, la ausencia de normatividad para prestar este tipo de servicios al interior del penal constituye un retroceso en materia de Derechos Humanos y un menoscabo en la dignidad humana, considerando la lacerante precariedad con que se sobrevive al interior de las prisiones. No obstante, se comprende, por un lado, que la estructura penitenciaria no ha sido desafiada para albergar la ejecución y puesta en marcha de programas cuya implementación solo ha sido en el exterior, pero, por otro lado, con una visión reduccionista de la gravedad del asunto, tampoco

²⁰⁹ *Ídem.*

se hace referencia a políticas ni reglas claras para afrontar un fenómeno insostenible.

En razón de lo anterior, las particularidades de cada legislación en materia penitenciaria parecen coincidir en algunos aspectos fundamentales, sin embargo, hay elementos que resaltan en la LOGP española en relación con la mexicana. Algunos buscan la disminución de malos tratos que descansan *prima face* en la dignidad que, en ambas legislaciones, reciben la mayor de las atenciones.

Ahora bien, hay acciones como diagnósticos y tratamientos individualizados incluidos en la LOGP que obligan a pensar que sus proyecciones mantienen ciertas directrices, conceptos adecuados y la oportunidad de emplear todo el aparato a su disposición, intentando y pretendiendo incluir, el tema del deterioro de la salud causado por las adicciones. Todo esto bajo la política incansable, por lo menos legislativa, de reinsertar y resocializar.

En el siguiente cuadro se muestra, en un plano formal, el parangón y las asimetrías entre ambos sistemas penitenciarios, donde, a través de actos diversos, pero con enfoque similar, asumen la presencia de realidades que imposibilitan el cambio y la reinsertación.

Cuadro 2. Comparativo de legislación penitenciaria

Ley Orgánica General Penitenciaria	Ley Nacional de Ejecución Penal
<p>Artículo primero. Las instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducación y la reinsertación social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados. Igualmente tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados</p> <p>Artículo segundo. La actividad penitenciaria se desarrollará con las garantías y dentro de los límites establecidos por la Ley, los reglamentos y las sentencias judiciales.</p>	<p>Artículo 1. La presente Ley tiene por objeto: Regular los medios para lograr la reinsertación social. (entre otros)</p> <p>Artículo 3. Glosario</p> <p>Para los efectos de esta Ley, según corresponda, debe entenderse por:</p> <p>XXIV. Sistema Penitenciario: Al conjunto de normas jurídicas y de instituciones del Estado que tiene por objeto la supervisión de la prisión preventiva y la ejecución de sanciones penales, así como de las medidas de seguridad derivadas de una sentencia, el cual está organizado sobre la base del respeto de los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el</p>

	deporte como medios para lograr la reinserción de la persona sentenciada a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir;
<p>Artículo tercero. La actividad penitenciaria se ejercerá respetando, en todo caso, la personalidad humana de los reclusos y los derechos e intereses jurídicos de los mismos no afectados por la condena, sin establecerse diferencia alguna por razón de raza, opiniones políticas, creencias religiosas, condición social o cualesquiera otras circunstancias de análoga naturaleza.</p> <p>En consecuencia: Uno. Los internos podrán ejercitar los derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, sin exclusión del derecho de sufragio, salvo que fuesen incompatibles con el objeto de su detención o el cumplimiento de la condena. Cuatro. La Administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos.</p>	<p>Artículo 4. Principios rectores del Sistema Penitenciario.</p> <p>El desarrollo de los procedimientos dentro del Sistema Penitenciario debe regirse por los siguientes principios:</p> <p>Dignidad. Toda persona es titular y sujeta de derechos y, por lo tanto, no debe ser objeto de violencia o arbitrariedades por parte del Estado o los particulares.</p> <p>Igualdad. Las personas sujetas a esta Ley deben recibir el mismo trato y oportunidades para acceder a los derechos reconocidos por la Constitución, Tratados Internacionales y la legislación aplicable, en los términos y bajo las condiciones que éstas señalan. No debe admitirse discriminación motivada por origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y con el objeto de anular o menoscabar los derechos y las libertades de las personas</p>
<p>Artículo cuarto</p> <p>Dos. Se procurará fomentar la colaboración de los internos en el tratamiento penitenciario con arreglo a las técnicas y métodos que les sean prescritos en función del diagnóstico individualizado.</p>	<p>Artículo 9. Derechos de las personas privadas de su libertad en un Centro Penitenciario. Recibir un trato digno del personal penitenciario sin diferencias fundadas en prejuicios por razón de género, origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidades, condición social, posición económica, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales o identidad de género, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana;</p> <p>Recibir asistencia médica preventiva y de tratamiento para el cuidado de la salud, atendiendo a las necesidades propias de su edad y sexo en por lo menos unidades médicas que brinden asistencia médica de primer nivel,</p>

	<p>en términos de la Ley General de Salud, en el Centro Penitenciario, y en caso de que sea insuficiente la atención brindada dentro de reclusión, o se necesite asistencia médica avanzada, se podrá solicitar el ingreso de atención especializada al Centro Penitenciario o que la persona sea remitida a un Centro de Salud Público en los términos que establezca la ley;</p> <p>Artículo 34. Atención médica</p> <p>La Autoridad Penitenciaria en coordinación con la Secretaría de Salud Federal o sus homólogas en las entidades federativas y de acuerdo con el régimen interior y las condiciones de seguridad del Centro deberán brindar la atención médica en los términos de la Ley General de Salud.</p> <p>La Autoridad Penitenciaria deberá tomar las medidas necesarias para garantizar la atención médica de urgencia en los casos en que las personas privadas de la libertad o las hijas e hijos que se encuentren bajo la custodia de las madres en reclusión la requieran.</p> <p>Sólo en casos extraordinarios en que por su gravedad así lo requieran, podrán ser trasladados a instituciones públicas del sector salud para su atención médica, observándose las medidas de seguridad que se requieran.</p> <p>Las intervenciones psicológicas, psiquiátricas o médicas contarán con el consentimiento informado de la persona privada de la libertad, con excepción de los casos en los que, por requerimiento de autoridad judicial, se examine la calidad de inimputable o de incapaz de una persona privada de la libertad.</p>
<p>Artículo dieciséis.</p> <p>Cualquiera que sea el centro en el que tenga lugar el ingreso, se procederá, de manera inmediata, a una completa separación, teniendo en cuenta el sexo, emotividad, edad, antecedentes, estado físico y mental y, respecto de los penados, las exigencias del tratamiento.</p>	<p>Artículo 74. Derecho a la salud</p> <p>La salud es un derecho humano reconocido por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y será uno de los servicios fundamentales en el sistema penitenciario y tiene el propósito de garantizar la integridad física y psicológica de las personas privadas de su libertad, como medio para proteger, promover y restaurar su salud.</p>

	<p>Artículo 75. Examen Médico de Ingreso</p> <p>A toda persona privada de su libertad recluida en un Centro se le practicará un examen psicofísico a su ingreso, para determinar el tratamiento de primer nivel que requiera.</p>
<p>Artículo cincuenta y nueve.</p> <p>Uno. El tratamiento penitenciario consiste en el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados.</p> <p>Uno. Los servicios encargados del tratamiento se esforzarán por conocer y tratar todas las peculiaridades de personalidad y ambiente del penado que puedan ser un obstáculo para las finalidades indicadas en el artículo anterior.</p> <p>Dos. Para ello, deberán utilizarse, en tanto sea posible, todos los métodos de tratamiento y los medios que, respetando siempre los derechos constitucionales no afectados por la condena, puedan facilitar la obtención de dichas finalidades.</p> <p>Artículo sesenta y dos. El tratamiento se inspirará en los siguientes principios:</p> <p>a) Estará basado en el estudio científico de la constitución, el temperamento, el carácter, las aptitudes y las actitudes del sujeto a tratar, así como de su sistema dinámico- motivacional y del aspecto evolutivo de su personalidad, conducente a un enjuiciamiento global de la misma, que se recogerá en el protocolo del interno.</p> <p>b) Guardará relación directa con un diagnóstico de personalidad criminal y con un juicio pronostico inicial, que serán emitidos tomando como base una consideración ponderada del enjuiciamiento global a que se refiere el apartado anterior, así como el resumen de su actividad delictiva y de todos los datos ambientales, ya sean individuales, familiares o sociales, del sujeto.</p> <p>c) Será individualizado, consistiendo en la variable utilización de métodos médico-biológicos, psiquiátricos, psicológicos,</p>	<p>Artículo 169. Objeto</p> <p>El objeto de este Capítulo es establecer las bases para regular en coordinación con las Instituciones operadoras, la atención integral sobre la dependencia a sustancias de las personas sentenciadas y su relación con la comisión de delitos, a través de programas de justicia terapéutica, que se desarrollarán conforme a los términos previstos en esta Ley y la normatividad correspondiente.</p> <p>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.</p> <p>Artículo 170. Bases del programa</p> <p>El programa debe contemplar los siguientes aspectos fundamentales:</p> <p>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; Debe impulsar acciones para reducir situaciones de riesgo de la persona sentenciada frente a la justicia sobre la dependencia en el consumo de sustancias; Debe garantizar la protección de los derechos de la persona sentenciada;</p>

pedagógicos y sociales, en relación a la personalidad del interno.

d) En general será complejo, exigiendo la integración de varios de los métodos citados en una dirección de conjunto y en el marco del régimen adecuado.

e) Será programado, fijándose el plan general que deberá seguirse en su ejecución, la intensidad mayor o menor en la aplicación de cada método de tratamiento y la distribución de los quehaceres concretos integrantes del mismo entre los diversos especialistas y educadores.

f) Será de carácter continuo y dinámico, dependiente de las incidencias en la evolución de la personalidad del interno durante el cumplimiento de la condena.

Artículo sesenta y seis.

Uno. Para grupos determinados de internos, cuyo tratamiento lo requiera, se podrá organizar en los centros correspondientes programas basados en el principio de comunidad terapéutica.

Dos. Se concederá especial atención a la organización en los establecimientos de cumplimiento de cuantas sesiones de asesoramiento psicopedagógico y de psicoterapia de grupo se juzguen convenientes dada la programación del tratamiento y los criterios de selección usados en estos métodos así como a la realización de terapia de comportamiento y de procedimientos tendentes a modificar el sistema de actitudes del interno cuando sean desfavorables o negativos, todo ello con absoluto respeto a la personalidad del mismo.

Tres. En el programa de tratamiento se integrará también la formación y el perfeccionamiento profesional de aquellos sujetos cuya readaptación lo requiera, realizándose con asesoramiento psicológico continuo durante el proceso formativo y previa la orientación personal correspondiente.

<p>Artículo sesenta y nueve.</p> <p>Dos. A los fines de obtener la recuperación social de los internos en regímenes ordinario y abierto se podrá solicitar la colaboración y participación de los ciudadanos y de instituciones o asociaciones públicas o privadas ocupadas en la resocialización de los reclusos.</p> <p>Artículo setenta y cinco.</p> <p>Dos. La Comisión de Asistencia Social colaborará de forma permanente con las entidades dedicadas especialmente a la asistencia de los internos y al tratamiento de los excarcelados existentes en el lugar donde radiquen los establecimientos penitenciarios.</p>	<p>Artículo 207. Servicios postpenales</p> <p>Las Autoridades Corresponsables, en coordinación con la Unidad encargada de los servicios postpenales dentro de la Autoridad Penitenciaria, establecerán centros de atención y formará Redes de Apoyo Postpenal 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.</p> <p>A través de los servicios postpenales, 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.</p>
---	---

Fuente: elaboración propia.

En conclusión, el encarcelamiento no debe reducirse a la teoría absoluta de la pena. Para contribuir con la reinserción y la resocialización se debe mantener el Estado de derecho, incluso en los centros penitenciarios; la reinserción no depende de acciones unilaterales, el acompañamiento debe ser tripartita, gobierno, sociedad e individuo a fin de reinsertarse de forma satisfactoria. El tema de las adicciones no es asunto menor. La permisibilidad en prisión de su consumo indica que hay responsabilidades recíprocas y que la Ley, por mucho alcance que tenga, depende de sus operadores y los sujetos a quien va dirigida. Finalmente, no se hace distinción de sentenciados y procesados, porque el tema de las adicciones debe ser tratado en ambos caso si se busca disminuir los riesgos y la erradicación.

III.3. Ley General de Salud en México, Ley de Salud en España y las adicciones

A) Ley General de Salud Pública española

El andamiaje para dotar del derecho a la salud a las personas, como parte de un elemento inalienable que todo ser humano debe poseer para alcanzar objetivos del desarrollo personal -como un ser en sociedad-, se convierte en eje insustituible como mecanismo de garantía. Esta debe alcanzar a todos los miembros de un Estado constitucional de derecho. En esa tesitura, se recurre a la norma que plantea mecanismos que delimitan los presupuestos sobre el tema que se analiza. Para ello, los elementos que dan eficacia, contrastados con los requerimientos necesarios para satisfacer un derecho insustituible con limitaciones que el propio sistema penitenciario encierra, debe ser visto no como un obstáculo, sino como el mejoramiento de un sistema en crisis actual.

Transitar sobre la Ley General de Salud Pública española (LGSP), comparando programas y principios fundamentales que rigen el tema de las enfermedades y adicciones que afectan a la población con miras a restituir un derecho como la salud es obligado. Ya anteriormente se habló de la restricción, limitación e intangibilidad de derechos al entrar a prisión. En este tenor, los derechos intangibles como la salud, la LGSP los considera dentro de su objeto:

“Esta ley tiene por objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva.”²¹⁰

Ahora bien, para alcanzar y mantener el mayor nivel de salud posible, considerado como el objeto de la LGSP hacia toda la población de un Estado, debe de afectar en los mismos términos a los internos. Así, los encargados de dicha encomienda tendrán que ser los poderes públicos, empresas y organizaciones. Los

²¹⁰ Ley General de Salud Pública, en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.p>

primeros forman parte de un sistema institucional de poderes copartícipes del desarrollo de actuaciones obligados a contribuir con dicha causa.

Es evidente que la LGSP, a lo largo de su contenido normativo, desarrolla acciones con base en una estructura institucional a cargo de cumplir con el objetivo. Sin embargo, lo que nos interesa es verificar el alcance normativo en materia de protección a la salud y, que al respecto, considera que *“la protección de la salud es el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios dirigidos a prevenir efectos adversos que los productos, elementos y procesos del entorno, agentes físicos, químicos y biológicos, puedan tener sobre la salud y el bienestar de la población.”*²¹¹

Los procesos en el entorno y los agentes físicos, químicos y biológicos son factores de una estructura penitenciaria fundada en el encierro que producen alteraciones psicosomáticas sobre las personas consumidoras y adictas. En este tenor, la Ley introduce algunos factores de riesgo a considerar en un hipotético caso.

Por lo que se refiere a la visión de riesgos y las probables repercusiones, estas están precedidas por la eficacia de las acciones a tomar por parte de las instituciones. En este sentido, el entorno donde se propone implementar programas resulta muy complejo y la ejecución de acciones todavía más. El encierro condiciona los planes, sin embargo, como parte de alcanzar un mayor nivel de salud, estos, de acuerdo con la LGSP, *“son sometidos al análisis de los riesgos derivados de la exposición de las personas al entorno en el que viven y a los agentes presentes en el medio que puedan afectar a su bienestar físico, mental o social.”*²¹² En consecuencia, en la medida en que se implementen acciones para combatir los rezagos en materia de salud, con la participación de diversas disciplinas para hacer frente a los multifactores que amenazan con deteriorar la salud en todos los rubros, será necesario evaluar la incorporación de otras políticas que muestren mejores resultados. En perspectiva, es una especie de segundas opiniones como en el

²¹¹ *Ídem.*

²¹² Sobre esto, resulta importante el estudio realizado en España por Eva María Picado Valverde sobre la drogodependencia en el medio penitenciario, publicado en el año 2016. En él se centran aspectos relevantes para la búsqueda de tratamientos, entre ellas: variables psicológicas, familiares, sociales, laborales y carreras delictivas.

ámbito médico, pues permitirán la diversidad y amplitud en la participación de multidisciplinar que apoyan los argumentos de una mayor calidad de salud.

En razón de lo anterior, el tema ha sido precario en materia de salud al interior de las cárceles. Se pugna por perpetuar la cárcel como la protección de la sociedad de los anormales²¹³ e inadaptados, o como la panacea en el tema de la disminución de la delincuencia; empero no sugiere una profundización sobre el constreñimiento de algunas personas a transgredir la Ley. Ante esto, se opta por acudir a la pena como la excelencia de un método que se sobreexplota, sin diversificar la prisión al no asumir una flexibilidad en el deber del Estado de reinsertar y resocializar. Con otras visiones que introducen y evalúan el impacto en la salud y que merecen un lugar en el sistema, la adopción de estrategias en estos campos debe ser obligada.

La uniformidad en el tratamiento del sistema penitenciario necesita de alternativas para hacer frente al problema. Ejemplo de su estatismo se refleja en el aumento en la incidencia delictiva y la reincidencia. Entonces, la urgencia de una evaluación del impacto en salud como uno de los ejes debe ser prioridad, pues la presencia de una enfermedad obstaculiza cualquier propósito y esto lo tiene muy presente la LOGP en su artículo 35.

“Artículo 35. La evaluación del impacto en salud.

1. Las Administraciones públicas deberán someter a evaluación del impacto en salud, las normas, planes, programas y proyectos que seleccionen por tener un impacto significativo en la salud, en los términos previstos en esta ley.

2. La evaluación de impacto en salud es la combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser analizada una norma, plan, programa o proyecto, en relación a sus potenciales efectos en la salud de la población y acerca de la distribución de los mismos.

3. La evaluación de impacto en salud deberá prever los efectos directos e indirectos de las políticas sanitarias y no sanitarias sobre la salud de la

²¹³ Cfr., Foucault, Michel, *Los anormales*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2000.

población y las desigualdades sociales en salud con el objetivo de la mejora de las actuaciones.

4. Se integrarán los resultados de dichas evaluaciones en el sistema de información de salud pública y en la Red de Vigilancia de Salud Pública.”²¹⁴

En conclusión, el aislamiento en estructuras inadecuadas alteran y modifican el comportamiento con el que se desenvolvían en el exterior los sujetos internos, sin embargo, por ningún motivo debe haber alteraciones y/o modificaciones en la calidad de la salud, la cual se encuentra bajo responsabilidad del Estado. Ante esto, se debe contar con un sistema de salud con herramientas ocupadas al exterior, implementadas ante la mínima sospecha del deterioro de la salud de quien está a su cargo, para lo cual debe poseer diversidad de opciones que permitan solventar y mantener uno de los elementos sustanciales del individuo: su salud e integridad.

B) Ley General de Salud en México

Centrados en los servicios de salud, cuya finalidad es ejecutar acciones *“en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.”*²¹⁵ La razón de remitir la LNEP a la LGS estriba en el hecho de que esta contiene particularidades que, respecto de mecanismos que procuren la protección de la salud, principalmente en acciones básicas como la atención médica, se encuentran fundadas en objetivos de prevención, curación y rehabilitación constituyendo garantías al alcance de la población en general para obtener una mejor calidad de vida en materia de salud.

En este orden de ideas, la LGS diseña esquemas tendentes a generar mejores condiciones de salud. Se espera que dichos esquemas impacten en el estatus individual y colectivo de la población con necesidades de urgencia, atendidas en hospitales en el exterior. Por lo tanto, acudir a una norma secundaria en materia de salud resulta importante, pues en ella se enfatiza la atención de situaciones

²¹⁴ *Ídem.*

²¹⁵ *Ídem.*

urgentes o de necesidad: implica referirnos a entornos diferentes al momento de brindar una atención médica.

En ese tenor, las adicciones en prisión representan un entorno diferente de atención. Sobre esto, hay una preocupación ya que la LGS, si bien incluye programas en diferentes rubros, entre ellos la farmacodependencia, la dinámica en su ejecución se da en el exterior. Con todo, en la mayoría de los casos, el ascético contenido hace pensar que la consolidación de este corresponderá a instancias institucionales con un enfoque diferenciado que, no abraza programas desde el exterior para su ejecución en el interior, mucho menos construye estrategias para hacerles frente.

“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.”²¹⁶

Por lo tanto, no bastan los pocos avances que en materia de salud los Estados han buscado empujar; las nimias ejecuciones de planes y políticas públicas dejan de manifiesto que la realidad requiere de un compromiso mayor. Al respecto, en tratándose de sistemas complejos como el penitenciario, la crisis que impera conjuntamente con la permisibilidad de sus operadores, imposibilita acciones

²¹⁶ *Ídem.*

voluntarias y es necesaria su regulación cuya omisión se sancione. En este tenor, la idea perpetuada de los individuos presos no merecen concesiones dentro de prisión, ha logrado dividir opiniones que se reproducen en contextos sociales fuera de los centros penitenciarios.

En consecuencia, el sistema no va más allá de lo formalmente concedido, pues no empuja su sistema de salubridad para absorber carencias sobre este grupo social. Por el contrario, son iniciativas de Organizaciones No Gubernamentales o de investigaciones de instituciones educativas, tanto públicas como privadas, las interesadas en el comportamiento de los presos bajo los influjos de drogas, antes durante y después del encierro. Por lo demás, incursionar en estos temas que necesitan puntual atención corresponderá, en concomitancia con el Estado, a la sociedad en general con la idea de que esta tiene también, responsabilidad de las conductas desplegadas que trascienden el aparato social y alteran el orden concebido en principio.

A manera de conclusión, las comparaciones vertidas sobre el tema salud y prisión guardan ciertas similitudes en un inicio. También generan dicotomías interesantes en torno a la visión de participación interinstitucional. En este sentido, la cárcel ya no es suficiente para lograr una reinserción y resocialización completa. Hace falta instituir mecanismos coercitivos hacia las instituciones que inclinen la balanza en relación al poder que se ejerce sobre las personas en prisión, con la exigencia de hacer cumplir derechos constitucionales a través de mecanismos para mantener, en la medida de lo posible, una similitud al trato con el exterior.

III.4. Los reglamentos penitenciarios: regulación de programas y tratamientos implementados en México y España

- A) Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.

El reglamento penitenciario español, aglutina la forma de operación de las penitenciarías con la finalidad de aproximar a los reclusos a una vida en sociedad. Lo anterior, a través de una instauración eficaz en la ejecución de un tratamiento

bajo el principio de individualización científica. En este sentido, al derivar el reglamento de la LOGP se mantienen intactos sus principios y objetivos. Lo que interesa, como corolario de lo ya desarrollado en páginas anteriores, es verificar los alcances en materia de salud y la existencia de elementos distintivos impulsados sobre el tema de las adicciones en prisión. Por ello se hará un extracto de las disposiciones contenidas que signifiquen avances en torno al tema que se estudia.

Parte de la dinámica y la apertura que se busca dar al tema de las prisiones sobre aspectos puntuales está concebida por la idea de asumir al sujeto privado de la libertad como parte de la sociedad. La finalidad de introducir esta perspectiva se instituye de acuerdo al orden social con el que tarde o temprano tendrá que interactuar la persona presa. Lo anterior, al modificar, en la medida de lo posible, entornos que actualmente tergiversan la idea de una reinserción y resocialización.

Al respecto, reglamento parte de la idea de que:

“El principio inspirador del cumplimiento de las penas y medidas de seguridad privativas de libertad será la consideración de que el interno es sujeto de derecho y no se halla excluido de la sociedad, sino que continúa formando parte de la misma. En consecuencia, la vida en prisión debe tomar como referencia la vida en libertad, reduciendo al máximo los efectos nocivos del internamiento, favoreciendo los vínculos sociales, la colaboración y participación de las entidades públicas y privadas y el acceso a las prestaciones públicas.”²¹⁷

De acuerdo con lo anterior, la actividad penitenciaria deber respetar el acceso a las prestaciones públicas, entre ellas la salud, en este sentido, el tema de los adictos en prisión toma mayor relevancia: el entorno real de la prisión, además de las condiciones materiales privatiza su acceso. Pese a su presencia, las vicisitudes no deben de ser un obstáculo para el planteamiento de fines; el reglamento refuerza esto con el tema de los derechos de los internos entre los cuales se destacan: *“derecho a que la Administración penitenciaria vele por sus vidas, su integridad y su salud, sin que puedan, en ningún caso, ser sometidos a torturas, a malos tratos de*

²¹⁷ Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario, en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-3307>

*palabra o de obra, ni ser objeto de un rigor innecesario en la aplicación de las normas*²¹⁸, respaldado por el derecho de los penados a una asistencia sanitaria y tratamiento penitenciario con el fin de asegurar el éxito del mismo.

La asistencia sanitaria, como parte de una atención integral y de tratamiento, se instaure sobre la idea de prevención, curación y rehabilitación, aspectos que se retoman en el reglamento con base en modelo de atención primaria²¹⁹ que se reconocen en instrumentos como mínimos que todo establecimiento penitenciario debe contar. En este sentido, la asistencia especializada²²⁰ se aplica ante la necesidad de la demanda de consulta y los casos de urgencia justificada, donde la hospitalización se realiza en instituciones cercanas al recinto carcelario.

Por otro lado, el apartado de tratamientos penitenciarios desglosa el diseño de modelos formativos utilizando *“programas y técnicas de carácter psicosocial orientadas a mejorar las capacidades de los internos, abordando aquellas problemáticas específicas que puedan influir en el comportamiento delictivo anterior,”*²²¹ así como el contacto con el exterior como una oportunidad de fomentar las tareas de resocialización. Su empleo se profesionaliza al incorporar en *“las tareas de observación, clasificación y tratamiento penitenciarios a las Juntas de Tratamiento, cuyas decisiones serán ejecutadas por los Equipos Técnicos”*.²²² Con estas herramientas surgen los grupos de comunidad terapéutica:

“Grupos en comunidad terapéutica.

²¹⁸ *Ídem.*

²¹⁹ “La atención primaria se dispensará con medios propios de la administración penitenciaria o ajenos concertados por la misma. Los Establecimientos penitenciarios contarán con un equipo sanitario de atención primaria que estará integrado, al menos, por un médico general, un diplomado en enfermería y un auxiliar de enfermería. Se contará igualmente de forma periódica con un psiquiatra y un médico estomatólogo u odontólogo.” Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.

²²⁰ “La asistencia especializada se asegurará, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud. Se procurará que aquellas consultas cuya demanda sea más elevada se presten en el interior de los Establecimientos, con el fin de evitar la excarcelación de los internos.” Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.

²²¹ Op. Cit., Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.

²²² *Ídem.*

1. Para grupos determinados de internos, cuyo tratamiento lo requiera, se podrán organizar en los Centros correspondientes programas basados en el principio de comunidad terapéutica.
2. Siempre que el Centro Directivo autorice la constitución de uno de estos grupos, la Junta de Tratamiento que esté al frente del mismo asumirá las funciones que tienen atribuidas el Consejo de Dirección y la Comisión Disciplinaria del Centro penitenciario, con exclusión de las que se refieran a los aspectos económico-administrativos.”²²³

Por lo dicho arriba, es menester analizar sus alcances pues, de todo el andamiaje constitucional y leyes secundarias, es el reglamento el que reconoce, en la regulación de acciones, el fenómeno de las adicciones en prisión y hace imperante la necesidad de implementar los programas especializados en un tema en específico: la dependencia de sustancias psicoactivas. Sobre esto, se desglosan cuatro puntos de actuación y atención especializada cuyos elementos clave deben ser adoptados en legislaciones (como la mexicana) con las mismas carencias.

“Artículo 116. Programas de actuación especializada.

1. Todo interno con dependencia de sustancias psicoactivas que lo desee, debe tener a su alcance la posibilidad de seguir programas de tratamiento y deshabitación, con independencia de su situación procesal y de sus vicisitudes penales y penitenciarias.”²²⁴

El primer punto arriba citado, no escinde al afirmar que cualquier interno asiduo al consumo de drogas debe, con un alcance vinculatorio, contar con la posibilidad de seguir programas. De ahí que se obligue al sistema penitenciario a contar con alternativas, programas o acciones que se ajusten a las necesidades de un tratamiento con miras a restituir un derecho a la salud.

²²³ Op. Cit. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.

²²⁴ *Idem.*

Ahora bien, el simple hecho de distinguir y reconocer en las reglas la existencia de grupos específicos bajo estas circunstancias, salvaguarda un derecho fundamental instituido constitucionalmente como eje fundamental en el ámbito de la reinserción y la resocialización. Esto significa un gran avance esgrimido en la identificación de componentes complejos que, de no ser así conducidos, perdurarán y soslayarán derechos fundamentales, reproduciendo un estado de cosas inconstitucionales propiciadas por un no respeto a derechos básicos.

2. “Dentro del marco establecido en el Plan Nacional sobre Drogas, la Administración Penitenciaria, en coordinación con otras Administraciones Públicas o con otros organismos e instituciones debidamente acreditadas, realizará en los Centros penitenciarios los programas de atención especializada en drogodependencias que precisen los internos que voluntariamente lo soliciten.”²²⁵

Este segundo punto trata de una forma diferente de ver la pena. Lo paradigmático de esta postura, sobre todo en tratándose de condiciones adversas a las que comúnmente se desarrollaría un tratamiento en el exterior, es que el propio reglamento estima la viabilidad de ejecutarlo, lógicamente con la asesoría de grupos que ven de forma positiva una adecuación de programas en el interior.

3. “Para la realización de programas permanentes relativos a drogodependencias, el Centro Directivo podrá disponer de departamentos específicos ubicados en diferentes áreas geográficas para evitar, en lo posible, el desarraigo social de los internos que sigan un programa en ellos.”²²⁶

En relación con lo anterior, el reglamento prevé la existencia de realizar dichos programas en lugares alternos; se prioriza el contacto continuo con la sociedad a la

²²⁵ *Ídem.*

²²⁶ *Ídem.*

que en su momento se deber integrar. Al respecto, es de considerar que la estructura penitenciaria actual no está diseñada para albergar otras formas de tratar el delincuente (al menos en México y gran parte de Latinoamérica); siempre el encierro absoluto se prefiere frente a otras alternativas de reinserir. Sin embargo, esto no es óbice para su ejecución, con algunos matices de lo que es el sistema carcelario, su implementación se respalda ciertamente con el uso de técnicas y métodos propios de un tratamiento especializado.

4. “La Administración Penitenciaria podrá realizar programas específicos de tratamiento para internos condenados por delitos contra la libertad sexual a tenor de su diagnóstico previo y todos aquellos otros que se considere oportuno establecer. El seguimiento de estos programas será siempre voluntario y no podrá suponer la marginación de los internos afectados en los Centros penitenciarios.”²²⁷

El cuarto punto diversifica y muestra opciones de tratamientos hacia las personas por delitos contra la libertad sexual. Su incorporación resulta necesaria ante el riesgo que representa el aumento de este delito en particular, y porque no, considerar también la comisión de dicho delito bajo los influjos de alguna droga; circunstancia que requerirá, además de un programa sobre farmacodependencia, uno dirigido hacia la reducción de las conductas de índole sexual.

Contextualizando, cumplir con los 4 puntos del reglamento requiere de una Junta de tratamiento y equipos técnicos. Desde luego, se trata de producir programas o modelos de tratamientos destinados a las personas en prisión. Esta debe integrarse por personal adecuado y capacitado en diversas áreas involucrando a aquel personal que tenga contacto directo con las personas privadas de la libertad y, que además, conoce las circunstancias y acciones, mismas que se pueden utilizar como datos en la construcción de un modelo de tratamiento exitoso reforzado con métodos y técnicas idóneas. Para tal caso, la estructura de la junta de tratamiento reúne un cuerpo colegiado general que tendrá, dentro de sus funciones, adoptar modelos e implementarlos en la totalidad de los centros penitenciarios de acuerdo a

²²⁷ *Ídem.*

las especificidades que cada uno presente. Esta contará con siete miembros y será presidida por el director del centro penitenciario y quedará de la siguiente forma:

“Composición de la Junta de tratamiento y equipos técnicos

1. La Junta de Tratamiento u órgano colegiado equivalente estará presidida por el Director del Centro penitenciario y compuesta por los siguientes miembros:

- a) El Subdirector de Tratamiento o Subdirector Jefe de Equipo de Tratamiento en los Centros de Inserción Social independientes.
- b) El Subdirector Médico o Jefe de los Servicios médicos.
- c) El Subdirector del Centro de Inserción Social, en los Centros de Inserción Social dependientes.
- d) Los Técnicos de Instituciones Penitenciarias que hayan intervenido, en su caso, en las propuestas sobre las que se delibere.
- e) Un trabajador social, que haya intervenido sobre las propuestas sobre las que se delibere.
- f) Un educador o coordinador del Centro de Inserción Social que haya intervenido en las propuestas
- g) Un Jefe de Servicios, preferentemente el que haya intervenido en las propuestas.”²²⁸

La relevancia de los equipos técnicos en la ejecución de programas resulta trascendental, estos estarán constituidos, entre otros, por un jurista, un psicólogo, pedagogo, sociólogo, médico, un ayudante técnico sanitario, un educador y trabajador social. La multidisciplinariedad con la que se constituye dicho equipo técnico busca actuar desde diversas aristas y hacer eficaz la implementación de programas.

La amplitud que guarda el reglamento en materia de programas y modelos de tratamientos es de considerar. El sistema penitenciario debe funcionar con nuevas formas de tratamiento y la incorporación de otras disciplinas auxiliares que coadyuven a mejorar las condiciones que, para el caso que nos ocupa investigar sobre el tema de la salud y las adicciones, se evidencia el compromiso serio con la finalidad que se pretende conseguir.

²²⁸ *Ídem.*

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, al hablar de la implementación de programas de desintoxicación, de los cuales se abordarán en el siguiente apartado, se debe tener en cuenta la opinión de los especialistas en el tema para saber hasta que punto un tratamiento es viable por mucho tiempo, considerando que se trata de adopción de medidas adecuadas para ejecutar un tratamiento en prisión que, dependiendo de la gravedad del delito, pueden durar más de 15 años -en México hasta 70 años- y esto se tendría que evaluar económicamente, aunado al desgaste social y psicológico de un paciente tocante a tratamientos de larga duración.

El efecto de la duración de las penas, sobre todo en Europa, es un tópico que se viene discutiendo. A partir de la creación del Consejo Europeo en 1979, *“la consecuente construcción de un modelo de Derecho Penal garantista y humanista originó que las penas a perpetuidad fueran rechazadas, y las penas de larga duración tuvieran mecanismos de acortación temporal.”*²²⁹ Con la adopción de los derechos humanos, su reconocimiento permea hasta la esfera penitenciaria al dejar de considerar sanciones permanentes e iniciar otras formas de disminución donde se acepta que el simple transcurso del tiempo no genera una rehabilitación, mucho menos si se sobrevive en regímenes tan precarios.

“Y es precisamente la adopción de este modelo de derecho Penal el que exige que las medidas de cumplimiento íntegro y la prisión permanente revisable no solo se ajusten formalmente a los parámetros garantistas, sino que materialmente su configuración sea compatible con el modelo punitivo constitucional, con el debido respeto a los derechos humanos de los que también son titulares las personas condenadas a estas penas y a los modelos de ejecución penitenciarias que priorizan la búsqueda de la resocialización del interno.”²³⁰

Con el reconocimiento a un tratamiento digno y pugando por una visión garantista y de derechos humanos; aún la prisión es un lugar sin ley dominado por

²²⁹ De León Villalva, Francisco Javier, *Las penas de prisión de larga duración*, Tirant lo Blanch, Valencia, España, 2017, p 33.

²³⁰ *Ibidem*, pp. 33-34.

cotos de poder compartidos entre autoridades penitenciarias e internos. Y no es que en otras épocas no sucediera, lo que realza esta condición actual es que a medida que se ha avanzado en la progresividad de los derechos humanos, también se van vislumbrado la carencia de mecanismos efectivos que combatan la crisis y la inoperancia, padecida por las personas en prisión.

B) Reglamento penitenciario en México

México no cuenta con una reglamentación de la LNEP, todo el contenido normativo y reglamentario esta subsumido por la ley. Sin embargo, a nivel local, en México cada estado cuenta con un reglamento instituido para los centros penitenciarios de cada demarcación. Por ende, la ausencia de un reglamento de la LNEP ofrece lagunas en actuaciones que se traducen en arbitrariedades, pues la brutalidad y el recrudescimiento de la realidad que se vive en la prisión cuestionan su operatividad, la falta de sensibilidad hacia un grupo poblacional que ha sobrevivido ante una sociedad omisa y un sistema estatal penitenciario precario.

Las condiciones dan cuenta que los Derechos Humanos son letra muerta. La repetición de acciones que subyugan la prisión y trasgreden la dignidad humana son muestra de la carencia de eficacia, cuya última finalidad ausente se refleja en el reingreso, reincidencia y la no rehabilitación y reinserción.

En la actualidad se ha optado por mecanismos distintos que logren menguar los incidentes, controlando y vigilando a costa de, incluso, la salud de los presos, como si la prisión fuese una clínica mental que, ante la ineficacia del control humano o tradicional, se recurra a procedimientos medicinales como tranquilizantes y ansiolíticos²³¹, fármacos y drogas.

Por lo tanto, limitarse únicamente a la existencia de un comité técnico presidido por el director de la prisión, no permite afianzar otros comités paralelos que funcionen en áreas especializadas, ya que de estos no se desprenden juntas de

²³¹ Resulta interesante como ejemplo de estas descripciones la película de Milos Forman, *Alguien voló sobre el nido del cuco*, 1975.

tratamientos y equipos técnicos como los instituidos en en reglamentos español. Lo más cercano a la idea de elaboración de programas y modelos de tratamiento son los planes de actividades.

III.5. Modelos de programas especializados contra las adicciones en prisión orientados hacia la rehabilitación de la salud: la postura española y mexicana

En este apartado se analiza la existencia de programas y modelos prescritos en la ley con relación a los tratamientos; posteriormente, en un segundo apartado, se describirá la puesta en marcha de programas implementados en los últimos años, con la finalidad de comparar avances y retrocesos presentados en el sistema mexicano en comparación con el español.

A) La experiencia española en tratamientos de adicciones en prisión

Antes de entrar a la regulación de los tratamietos, es menester recurrir a la finalidad de dicha LOGP que en sus primeros artículos determina que el fin primordial es la reeducación y la reinserción social de los sentenciados, respetando la personalidad humana de los reclusos y los derechos e intereses jurídicos de los mismos no afectados por la condena.

En este tenor y tomando en cuenta las necesidades del fenómeno; España ha incursionado en la sistematización de programas que vienen a revolucionar el accionar ante la realidad pragmática, cuya implementación repercute en la esfera de las personas adictas en un entorno enclaustrado. Las acciones van desde la disposición y control de jeringuillas, hasta el programa de incorporación social.

A menudo, el tema de las adicciones en los centros penitenciarios y en general en el exterior, ha sido considerado ilegal y criminalizado, incluso al interior de las cárceles resulta inadmisibile la idea de que existan drogas, mucho menos la propagación de las adicciones como consecuencia de lo primero. Sin embargo, la realidad indica que la presencia de dichos síntomas, -al menos el México- no se han auscultado con los instrumentos adecuados, lo que ha originado la aplicación de

medidas equivocadas ante una sintomatología que requiere soluciones eficaces, partiendo del conocimiento de estadísticas para identificar la magnitud del problema.

De acuerdo con lo anterior, en España, el primer programa de distribución de jeringuillas para los adictos que se administran droga inyectada, nace por la necesidad de identificar la estadística en el consumo de drogas bajo esta modalidad. Al respecto, mencionar que lejos de considerarse dicho programa con miras a inhibir el consumo y a adicción hacia los estupefacientes y psicotrópicos, parece que el sistema penitenciario español lo propaga, sin embargo, con esta medida en marcha se identifica a las personas que mantienen esta práctica.

El objetivo de este programa fue facilitar a los consumidores de drogas por inyección un instrumento estéril. Sobre esto, en los años 2000 al 2010 se repartieron más de 160.000 jeringuillas²³². Por su parte, el año 2005 fue muy significativo, ya que se disparó a más de 23.000 unidades repartidas que, contrastado con el último año donde el registro del reparto fue 7.931²³³; los demás años continuaron con el mismo patrón.

La disminución anual sugiere el contacto del adicto con otras drogas, sin embargo, además de estos hallazgos, se tiene en principio un monitoreo sintomático dirigido a identificar e individualizar las condiciones actuales y subsecuentes que dan cuenta, en primer lugar, de un consumidor, y, en segundo, de un adicto en potencia; razón por la cual este primer acercamiento resulta provechoso en un intento por iniciar programas en España.

²³² Para el año 2005, si se toma como parámetro la distribución total de jeringuillas, en México para ese año la capacidad instalada era de casi 160,000 personas, sin embargo, había una sobrepoblación de 28.9% que ascendía a más de 205,000, lo que se traduce que con la capacidad instalada alcanzaría para dotar de jeringuillas a todas las personas, considerándolas, en esos términos, consumidores o adictos. Por otro lado, al tener en cuenta la sobrepoblación se hablaría de un 70%. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *La sobrepoblación en los centros penitenciarios de la república mexicana. Análisis y pronunciamiento*, México, 2015, p 11, en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Informes/Especiales/Pronunciamiento_20151014.pdf

²³³ García España, Elisa, Becerra Muñoz, Jose, et. Al., *Realidad y políticas penitenciarias*, Tirant lo Blanch, España, 2012, p. 192.

Asimismo, los centros penitenciarios en España cuentan con el programa de tratamiento con metadona, cuya finalidad, al igual que la jeringuilla, es la administración del fármaco, con la salvedad de que este programa tiene el objetivo de reducir los daños por el consumo de opiáceos. El programa ha impactado con un gran ascenso en el número de presos adheridos a dicho sistema de prevención de daños. El fin último estriba en el hecho de que se inhiba su consumo y adicción, así como los riesgos de muerte y la transmisión de VIH.

“Los estudios han demostrado consistentemente que el tratamiento con metadona conlleva una importante reducción del consumo de heroína, de la mortalidad prematura y del crimen relacionado con la droga. Estudios prospectivos a gran escala más recientes, también han demostrado que el mantenimiento con metadona reduce las conductas de riesgo relacionadas con la jeringa asociadas con la infección por VIH.”²³⁴

No obstante, lo anterior, hay efectos negativos al plantear combatir el consumo de opiáceos a través de la ingesta de una droga que puede resultar a largo plazo contraproducente al considerar que la dosis que se administra es continua. Un ejemplo claro es la heroína que llegó para contrarrestar los efectos de la morfina y, que, a largo plazo, pasó a ser una droga adictiva, sin embargo, los efectos del componente activo de la metadona parecen no provocar adicción.

“La ruta de administración oral evita el riesgo asociado a las inyecciones, su larga vida media permite una única administración diaria y su acumulación en tejido corporal significa que tras administraciones repetidas se consiguen concentraciones plasmáticas estabilizadas. Además, la metadona no tiene efectos adversos graves a largo plazo asociados con la administración a largo plazo y, cuando se administra oralmente durante la terapia de mantenimiento,

²³⁴ Caplehorn JRM, Ross M, “Methadone maintenance and the likelihood of risk needle sharing”, *Int J Addict*, N. 30, 1985, pp. 685-98, Moss AR, Vranizan K, Gorter R, et al, “HIV seroconversion in intravenous drug users in San Francisco 1985-1990”, *AIDS*, N. 8, 1994, pp. 223-31, en Ward, Jeff, Bell, James, Et. Al., “Terapia de mantenimiento con metadona para la dependencia de opiáceos”, *Revista de toxicomanías*, No. 16, 1998, p. 10.

no produce los marcados efectos 'narcóticos' observados en opiáceos de acción corta como la heroína.”²³⁵

Estas consideraciones resultan de vital importancia, sobre todo cuando se habla de la implementación de un programa cuyo espacio reducido implica complicaciones en su ejecución, sin embargo, parece que los beneficios del tratamiento evolucionan positivamente, tanto para individuos afectados. Como para la sociedad, entre los cuales se encuentran:

- “Eliminación o reducción del consumo de drogas inyectables;
- Reducción del riesgo de sufrir sobredosis o de adquirir o transmitir enfermedades tales como VIH, hepatitis B o C, infecciones bacterianas, endocarditis, infecciones de los tejidos blandos tromboflebitis, tuberculosis y ETS;
- Reducción de la mortalidad. La tasa media de mortalidad de los individuos dependientes de los opiáceos que siguen un TMM es el 30% de la de aquellos que no lo siguen;
- posible reducción de las conductas sexuales de riesgo, aunque las evidencias a este respecto no son conclusivas;
- menor participación en actividades delictivas;
- mayor estabilidad familiar y posibilidad de obtener y conservar un empleo; y
- Mejores expectativas en cuanto al embarazo.”²³⁶

Al contemplar los beneficios como objetivos primarios en tratamientos de personas adictas en prisión, el programa parece responder eficazmente al problema de las adicciones, por lo tanto, el sistema penitenciario español encontraría en ellos una forma hacer frente a parte del problema con las drogas, en este caso opiáceos. En consecuencia, el sistema ha optado por dar continuidad al programa y no es el

²³⁵ Kreek MJ, “Using methadone effectively: achieving goals by application of laboratory, clinical and evaluation research and by development of innovative programs”, en, Pickens, R. W., Leukefeld CG, “Schuster Monograph 106, Rockville (MD): National Institute on Drug Abuse, 1991” pp. 245-66, en Ward, Jeff, Bell, James, Et. Al., “Terapia de mantenimiento con metadona para la dependencia de opiáceos”, *Revista de toxicomanías*, No. 16, 1998, p. 11.

²³⁶ Academia para el Desarrollo Educativo, Tratamiento de mantenimiento con metadona, junio 2003, p. 2, en <https://www.cdc.gov/spanish/udi/substanceabuse/methadone.pdf>

único que se implementa, lo anterior debido a que no todos responden de la misma manera.

Por otro lado, la existencia de un programa de deshabituación a la droga, se describe, de acuerdo a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias SGIP, como aquella que tiene que ver con dos procesos: la desintoxicación y la deshabituación. La institución resalta la importancia dada a la segunda etapa que busca la eliminación a la dependencia psicológica hacia la droga. En contraste, la primera solo aleja al adicto de la droga de forma física, pero la segunda hace que no piense en el consumo o que lo haga de forma inconsciente por considerarla parte de su realidad.

“La segunda fase consiste en la eliminación de la dependencia psicológica. Es mucho más compleja y prolongada. Se facilita la adquisición de elementos, estrategias y pautas de conducta que permitan la normalización e integración social, para poder enfrentarse con posibilidades de éxito a los factores adversos, internos y externos, que en otras condiciones tenderían a precipitar el consumo de drogas. Puede realizarse de forma ambulatoria, en centro de día o en módulo terapéutico, o entender los anteriores como fases de un mismo proceso.”²³⁷

Se puede considerar este tipo de programas como uno de los más complejos en su implementación. Lo anterior porque se trata de lugares para el cumplimiento de sanciones y no casas o instituciones que cuentan con todos los aditamentos para desempeñar actividades de esta envergadura. A pesar de ello, el funcionamiento tiene números positivos respaldado por las adecuaciones que el sistema penitenciario español ha tenido que realizar a lo largo de estos años para lograr resultados, armonizando los fines constitucionales en una redefinición del objetivo de la pena privativa de la libertad.

²³⁷ Programas de intervención con drogodependientes, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en, <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/drogodependencia.html>

Características de programas de adicciones en prisión

Hasta el día de hoy en algunos centros de reclusión españoles, específicamente en la prisión de Valencia denominada Picassent, se cuenta con una comunidad terapéutica dentro de la unidad de cumplimiento. Estas derivan de lo regulado por el reglamento sobre las comunidades terapéuticas y las juntas de tratamiento: es un recurso que se constituyó en el año 2002, siguiendo las directrices del *“Real Decreto 1911/1999 por el que se aprueba la estrategia nacional de drogas para el periodo 2000-2008 como parte fundamental de llevar la estrategia a los centros penitenciarios”*.

En ese entonces se proyectaba para el año 2003 *haber creado “módulos terapéuticos para los drogodependientes en el 100% de los centros polivalentes y al menos 5 programas de rehabilitación en régimen de comunidad terapéutica intrapenitenciaria, cuyo objetivo era extender los módulos terapéuticos a los centros penitenciarios polivalentes y potenciar experiencias como las comunidades terapéuticas penitenciarias.”*²³⁸

La complejidad de llevar a cabo este tipo de programas estriba en el hecho de que en esos sistemas hay cabida a la participación de fundaciones, organizaciones no gubernamentales, entre otros, quienes debe de trabajar conjuntamente con todo el aparato institucional de la prisión con discordancias que debe ser consensuadas al momento de tomar decisiones en la aplicación de mecanismos que sugieran un beneficio a la colectividad que accede a dichos programas.

En este sentido, el propio RD, al establecer como áreas de intervención a los centros penitenciarios, toma en cuenta una serie de instituciones que, por sus características, conforman comunidades convivenciales con diferentes grupos de población, por lo que requieren de intervenciones específicas preventivas. En este sentido, este programa ya cuenta con años en su implementación, cuya eficacia y rentabilidad descansa sobre el diseño y análisis de criterios científicos.

Las circunstancias que prevalecen en estas comunidades terapéuticas difieren mucho de lo que se conoce sobre el sistema penitenciario. Se trata de

²³⁸ Real Decreto 1911/1999, de 17 diciembre, por el que se aprueba la estrategia nacional sobre drogas para el período 2000-2008.

establecimientos acondicionados dentro de la prisión donde uno de los aspectos más destacados es el clima que se vive. Literalmente es una comunidad en el exterior. La convivencia es totalmente armónica y en principio aparentemente no se refleja el ambiente de una prisión.

En este orden de ideas, cuenta con todos los servicios propios de una comunidad en el exterior. Sus integrantes no portan un color, incluso se confunden con el personal operativo de la prisión, pues están vestidos de forma casual, relajada y pueden desenvolverse libremente por el establecimiento. Se tiene un nivel bajo de agresividad, pues no obstante a sus condiciones, no se debe dejar de lado que se trata de un centro penitenciario en el que se instituye una comunidad terapéutica y se ejecutan programas para tratar el tema de las adicciones.

Las comunidades terapéuticas están integradas por no más de 50 personas. Lo anterior debido a la exigencia del programa y las condiciones del establecimiento. *“En cuatro años de programa se han realizado numerosas derivaciones hacia programas en el exterior, habiéndose producido un 16% de regresión por recaídas, con un 0% de reincidencia en el delito.”*²³⁹

Con estos antecedentes, las autoridades encargadas de la comunidad terapéutica afirman es *“un recurso consolidado y una apuesta firme en la lucha contra la drogodependencia: la atención integral ha sido siempre el punto nuclear de intervención ante el difícil fenómeno de los trastornos adictivos, demandando la cooperación de todas las instituciones públicas buscando que este espacio terapéutico se consolide”*.²⁴⁰

Ahora bien, en la búsqueda de adaptar este tipo de tratamientos a otras instituciones en otros países, es necesario conocer el programa y destacar los puntos más representativos que lleven a consolidar estas alternativas y enfrentar al fenómeno de las drogas en prisión bajo parámetros científicos que reproduzcan estándares mínimos en el tratamiento en prisión.

²³⁹ Ministerio del Interior, “Comunidad terapéutica intrapenitenciaria. Establecimiento penitenciario de valencia”, *Dirección General de Instituciones penitenciarias*, España, 2006, p. 6.

²⁴⁰ *Ídem*.

El programa de comunidad terapéutica intrapenitenciaria

Se trata de un programa de intervención integral que aborda, en el marco de la institución penitenciaria, la ejecución de programas de disminución de riesgos y consumo en el centro penitenciario, retomando características mencionadas en el apartado anterior que buscan, entre otros, los siguientes objetivos:

- “-Facilitar un ambiente idóneo para propiciar la deshabitación y el cambio de estilo de vida;
- Favorecer que el interno recupere su identidad;
- Romper con las estrategias vitales del interno que le han llevado al delito y a la drogadicción;
- Educar y dotar al interno de una formación educativa y formativa para acceder a una reinserción social en condiciones de mayor igualdad.”²⁴¹

Con estos objetivos, el programa se desarrolla en dos fases: de motivación y de Comunidad terapéutica. Para su desarrollo se cuenta con equipos técnicos compuestos por personal propio de la prisión y de la organización que ejecuta el programa denominado Proyecto Hombre y que adopta la forma de un cuerpo colegiado. Al respecto, se vislumbra que el proyecto es un programa serio en busca de su consolidación conjuntamente con la institución penitenciaria.

El equipo técnico lo forman un grupo de profesionales y técnicos, y en total se cuenta con 7 personas profesionales en distintas ramas, además de los coordinadores. Los primeros cuatro profesionales pertenecen a la institución penitenciaria y los últimos tres forman parte de Proyecto Hombre. Con esta agrupación se palpa la idea de un equilibrio en la toma de decisiones adecuadas.

Las funciones del equipo técnico son las que prevee el reglamento penitenciario, el cual se desglosó en el apartado sobre los reglamentos penitenciarios.

“El Equipo Técnico ejercerá las funciones siguientes:

²⁴¹ *Ibidem*, p. 9.

- a) Ejecutar los programas de tratamiento o los modelos individualizados de intervención penitenciarios que se establezcan para cada interno por la Junta de Tratamiento.
- b) El conocimiento directo de los problemas y de las demandas que formulen los internos.
- c) Proponer a la Junta de Tratamiento la adopción de las medidas necesarias para superar las carencias que presenten los internos.
- d) Atender las peticiones y quejas que le formulen los internos respecto su clasificación, tratamiento o programa de intervención.
- e) Evaluar los objetivos alcanzados en la ejecución de los programas de tratamiento o de los modelos de intervención penitenciarios e informar de los resultados de la evaluación a la Junta de Tratamiento.
- f) Ejecutar cuantas acciones concretas les encomiende la Junta de Tratamiento o el Director del Centro.
- g) Cuando existan en el centro penitenciario talleres o escuelas de formación profesional, realizar las tareas de orientación y selección profesional, el asesoramiento pedagógico o psicológico de la formación profesional, así como procurar, mediante las técnicas adecuadas, la integración personal y colectiva de los internos en el trabajo y en la orientación laboral.
- h) Ejercer las demás competencias que le atribuye este Reglamento y sus normas de desarrollo.”²⁴²

Por su parte, la fase de motivación tiene como finalidad preparar al interno en hábitos como la abstinencia para su ingreso a la comunidad terapéutica. La forma de ingreso es por solicitud del mismo interno, el cual será entrevistado por personal de proyecto hombre para determinar el grado de motivación para el programa y tener en cuenta las características para su evaluación.

²⁴² Op. Cit. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.

La fase de motivación tiene como objetivos la retención y adhesión del tratamiento. De manera específica busca recibir y acoger, escuchar las demandas de usuarios, *“conseguir abstinencia o reducir el consumo, favorecer que la persona deje de tener contacto con el entorno de consumo de drogas, estabilizar y reducir las pautas de medicación, toma de decisión hacia el cambio, desarrollo de hábitos saludables, responsabilidades y participación en actividades formativas y ocupacionales disponibles en sus módulos”*.²⁴³

La motivación es una de las más importantes. Representa el compromiso de un cambio en el estilo de vida alejado de hábitos de consumo y progresividad delictiva con el fin de uniformar criterios sobre personas que buscan un objetivo común: rehabilitarse y reinsertarse. Por su parte, la fase de comunidad terapéutica se desarrolla una vez que el interno ha conseguido los objetivos de la fase de motivación. Su ubicación se encuentra en el módulo 1 del centro de cumplimiento y el programa está compuesto por 50 internos.

Para ingresar al programa el programa se requiere que que la sanción a purgar le queden más de 1 año y menos de cinco, sin problemas psicopatológicos. No se permiten conductas de violencia o el consumo e introducción de drogas al tratamiento; ante la presencia de estos actos, el usuario será expulsado de la comunidad.

El programa cuenta con tres niveles. El primer nivel se desarrolla desde mantener la abstinencia, pasando por la adhesión del tratamiento y el proceso terapéutico, hasta mantener al tanto a su círculo familiar de las circunstancias del interno y su evolución por esta fase inicial; el segundo nivel es la deshabitación que va desde mantener la abstinencia del consumo de drogas, la adquisición de actividades, actitudes y valores prosociales, hasta hacer consciencia del valor las familias en el proceso de rehabilitación; el tercer nivel, que es la fase final, busca evolucionar en el cambio, consolidar avances en los niveles anteriores hasta la planificación de un proyecto personal.

²⁴³ Op. Cit., Ministerio del Interior, “Comunidad terapéutica intrapenitenciaria. Establecimiento penitenciario de valencia”, pp.17 -18.

En el desarrollo del plan de actividades, se incorporan aspectos del entorno con el objetivo de contribuir con acciones en el exterior. Actividades de limpieza, cocina, ocio, cultura y lavandería constituyen elementos propios de una vida en el exterior, además de mantener ocupado al interno como parte del tratamiento. Este último introduce actividades centradas en pruebas psicológicas, evolución sicosocial, talleres terapéuticos y terapia individual.

La metodología que se utiliza está proyectada para dar alternativas de solución a conflictos y de estructuración cognitiva y reforzamiento. Aquí la familia es muy importante. Se fija en dos niveles, el primero de ellos se da en la prisión y se trabaja de forma individual y grupal; el segundo se realiza fuera del centro; la interacción se da solo con la familia de la persona inscrita al programa realizando entrevistas y reuniones con ellos.

Al final, y una vez cumplidos con los objetivos de los sujetos en prisión se puede, valorando, acceder a tercer grado de acuerdo a los requisitos del reglamento, con lo cual se debe asumir la obligación de seguir con la rehabilitación en contextos abiertos.

Por todo lo anterior, la trascendencia del programa en contra de las adicciones, dirigido hacia las personas en prisión en España, se encuentra en el reconocimiento de la presencia de este problema desde su constitución, hasta una inclusión en el plan nacional de desarrollo, su sistema penal y penitenciario y su reglamentación específica, así como la estrategia nacional sobre las drogas en donde estas incluían los módulos de centros penitenciarios, pues al introducirlo de manera formal como uno de los problemas a resolver se plantean las estrategias requeridas para atender a una población con necesidades específicas. De este modo España ha reconocido la existencia de un problema buscando hacer frente a través de mecanismos idóneos. Al respecto, ya en la implementación del programa de comunidad terapéutica intrapenitenciaria, sobre el número de internos que acoge, este está justificado, de acuerdo con el documento de la dirección de instituciones penitenciarias, donde describe el desarrollo de dicho programa en la comunidad de Valencia, *que con el objeto de poder desarrollar el Programa en su integridad y de no comprometer los objetivos del mismo se ha establecido un máximo de 50*

*internos entre mujeres y hombres.*²⁴⁴ Esta es una cuestión que asumen los profesionales que ejecutan el programa de acuerdo con las estrategias en la implementación y que son de carácter técnico.

En conclusión, es realmente importante contar con programas de esta envergadura. Lo anterior refleja el compromiso por parte de las autoridades penitenciarias de procurar el acceso a otras formas de reinserción y resocialización partiendo de la base del derecho fundamental como la salud. Desde luego, parece una muestra pequeña el tema del límite de 50 personas adheridas al tratamiento, sobre todo frente al aumento demográfico de los delitos cometidos por y bajo el influjo de las drogas, sin embargo, es una alternativa que restaura aspectos no dimensionado en las propias leyes y que impactan positivamente.

B) La experiencia mexicana en tratamientos de adicciones en prisión

Contrario con lo que sucede en España, en México hay en solo un estado con programas instauradas dentro de prisión. Salvo estos, todos van encaminados en modalidad residencial y con características diversas. Si bien, la estructura penitenciaria no alcanza para implementar programas permanentes, pues de los dos existentes y atendiendo a la recomendación de la CNDH en 2016, su fracaso se hace presente e incluso se duda de su existencia. Además, no se encuentra vinculado en alguna ley, reglamento o plan nacional, cuyos destinos se enfoquen en la prisión; infortunadamente, el sistema penitenciario ha optado por enfocar sus esfuerzos en uno de los problemas de la crisis del sistema: el hacinamiento y la sobrepoblación, los cuales llevan ineludiblemente a la violación de los derechos humanos en todas sus directrices.

En consecuencia, el papel de las instituciones penitenciarias es trascendental, sin embargo, el cambio normativo de garantías a derechos humanos de que gozan los internos no ha permeado en los operadores de sistema. Se ha continuado con el mismo trato y el mismo sistema al interior de las prisiones, aumentando el tema

²⁴⁴ *Ibidem*, p. 19.

de la no reinserción y la poca resocialización producto de un enfoque sesgado en la búsqueda de inhibir la incidencia delictiva.

Por otro lado, es necesario mencionar la existencia de programas de alcohólicos anónimos dentro de las prisiones.

La Comunidad de Alcohólicos Anónimos tenía ya siete años de existencia cuando un alcalde de la Prisión de San Quintín pidió a los A.A. de los alrededores que llevaran el Mensaje a los alcohólicos en la propia institución. Era el año de 1942 y el alcaide, Clinton Duffy, dijo: "Aunque el programa de A.A. solo ayudara a una persona, lo iniciaría igualmente ". Hoy en día, detrás de los muros de instituciones en nuestro país hay cientos de Grupos de A.A. y hay decenas de Comités de Instituciones Correccionales que les sirven.²⁴⁵

En México se siguió el ejemplo de invitar a los miembros de Alcohólicos Anónimos a trabajar con los alcohólicos que se encuentran en un penal desde el año 1979. Como consecuencia de esta iniciativa, desde el año 2002 se celebra la Semana Nacional de la Persona Alcohólica Privada de su Libertad (SNPAPL). En este sentido, la aplicación de programas de alcoholocos anónimos ha resultado positiva. Sin embargo se debe tener en cuenta que quien ejecuta dichos programas es una institución de carácter internacional, la cual ha intervenido con su programa en muchos países en el extranjero. En este sentido, *en Alcohólicos Anónimos el único requisito para ser miembro de AA es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de AA no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones.*²⁴⁶ En consecuencia, en la firma de convenios relacionados con la ejecución de programas de la comunidad detrás de muros, esta asume el costo y el estado no emite erogación alguna, es por ello que este tipo de programas prosperan.

Contrario a lo que sucede con el problema de las adicciones en prisión, el estado debe de asumir estos gastos, por lo tanto y de acuerdo al costo que pudiese generar

²⁴⁵ Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A.C., disponible en https://aamexico.org.mx/comite_cic.php fecha de consulta 12 de marzo de 2021.

²⁴⁶ *Ídem.*

ejecutar este tipo de programas y reforzado por una preocupación del senado de la república señalando que urgen programas de prevención y tratamiento de adicciones en los centros penitenciarios del país, se reafirma la idea de que no existen programas de atención que abarquen todas las prisiones del país; los intentos de programas en una o dos prisiones no han dado los resultados esperados, además de que alguno de ellos son llevados a cabo por instituciones privadas o públicas con la única finalidad de retratar el fenómeno o dar seguimiento como parte de investigaciones a corto plazo.

En conclusión, las diferencias con el sistema penitenciario Español y su legislación son evidentes, sobre todo en esta última parte acerca de la carencia de elementos que puedan proyectar un cambio significativo en la creación de política pública alrededor del problema de los adictos en prisión. El modelo debe ser reproducido con sus matices y los medios con que se cuenta, originando con ello una moldura exacta necesaria para poder cubrir objetivos clave, manteniendo intacto el derecho más representativo de los seres humanos: la salud. En consecuencia, el derecho de las personas internas debe estar garantizada en las mismas condiciones que las personas que se encuentran en el exterior, pues se debe considerar de forma igualitaria la atención de un derecho fundamental que involucra la vida y la salud, pues atender a los adictos ingresados representa un doble impacto, tanto en el plano preventivo como en el plano remedial. En el segundo, del cual la presente investigación se ocupa, se asume la postura de que si bien la persona se encuentra en prisión por cometer delitos relacionado con el consumo problemático, su atención repercute positivamente, de una forma preventiva, una vez que se es puesto en libertad ya que se busca que la persona no vuelva a delinquir, cumpliendo así con el objetivo de la reinserción social, pero además se garantiza el goce pleno del derecho a la salud.

CAPÍTULO IV

EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN PRISIÓN: PROTOCOLO VINCULANTE PARA BUSCAR LA REINSERCIÓN CON UNA VISIÓN DE SALUD PÚBLICA

Sumario. IV.1. Análisis del sistema penitenciario, el consumo y adicciones a las drogas. IV.1.2. Personas privadas de la libertad. IV.1.2.1. Población con problemas de consumo y adicción a las drogas en prisión. IV.1.2.2. Los efectos en la salud de las personas adictas privadas de la libertad. IV.1.3. Los recursos humanos y económicos del Sistema Penitenciario y su impacto en el derecho a la salud de los internos drogodependientes. IV.2. Las personas privadas de la libertad: reinserción, reincidencia, reingreso y adicción. IV.3. Instrumentos internacionales enfocados al derecho a la salud con perspectiva de tratamiento a los adictos en prisión. IV.3.1. Instrumentos internacionales. Conclusiones. Propuesta.

IV.1. Análisis del sistema penitenciario, el consumo y adicciones a las drogas

El fenómeno del uso y adicción a las sustancias psicoactivas afecta a una población penitenciaria de más del 50%, requiere de medidas que exigen del desarrollo de políticas cuya instauración, de forma gradual, demandará saber, además de cuántos son, qué necesidades tienen; para llegar a estas acotaciones finales, el saber con cuanto se cuenta en infraestructura es fundamental. Partir de estas consideraciones obliga a analizar los resultados de las estrategias tradicionales de reinserción con la finalidad de saber si son eficaces y significativas,

así como construir nuevas alternativas y modelos que guíen la operatividad de los tratamientos en prisión.

IV .1.2 Personas privadas de la libertad

El sistema penitenciario, de acuerdo a su estructura y en atención al tipo de delito que se comete, cuenta con dos ámbitos de gobierno: uno de carácter federal y otro de carácter local. En el ámbito local se centra el mayor porcentaje de internos en prisión, contrario a lo que sucede en las prisiones federales, cuya situación demográfica es menor.

En este sentido, las prisiones locales, al cierre de enero 2020, contaban con un total de 173, 192²⁴⁷ personas privadas de la libertad; de éstas un 94.77% son hombres y 5.23% son mujeres. En una comparativa con el año 2016, se registró una disminución del 6.3%, manteniéndose el mismo porcentaje de hombres y mujeres en prisión. Es importante mencionar que la mayoría de los 265 centros estatales y los 13 que alberga la Ciudad de México superan su capacidad instalada con un hacinamiento severo, con estas cifras se hace evidente que en la mayoría de los centros penitenciarios se dificulta la identificación del problema de las adicciones en prisión.

Por otro lado, el ámbito federal cuenta con 19 centros penitenciarios. Con datos del Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional, al cierre de enero 2020, estos albergan 29, 145 personas privadas de la libertad que representan el 14.40% de la población penitenciaria total. Sobre estos, en 2018,²⁴⁸ reportó la existencia de centros con una capacidad por debajo de la instalada y, en algunos casos, predomina una cifra del 50%, cuestión que no sucede en los centros

²⁴⁷ “Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional, Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana”. Disponible en línea, http://pyrs.gob.mx/sipot/cgprs_doc/2020/Estadistica/CE_01_2020.pdf, (fecha de consulta 25 de abril de 2020).

²⁴⁸ Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2019, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2019, pp. 481-513.

estatales, lo que hace más viable a nivel federal impulsar nuevas políticas operativas en torno al combate de las drogas y sus efectos.

En este sentido, el argumento que marca la pauta y que indica que la omisión de la rehabilitación de los drogadictos internos y la posibilidad de que vuelvan a reingresar a prisión una vez cumplida la sentencia, está basada en la idea de que al reinsertarse en la sociedad estos se encuentran bajo las mismas circunstancias con las que entraron a prisión o, en algunos casos, hay un reforzamiento negativo por el entorno que la prisión conlleva. Bajo esta perspectiva, y en el entendido de que no existe rehabilitación para las personas presas adictas, existe un nexo causal que sugiere que la consecuencia directa de la ausencia de atención a este grupo, es que en ella persiste el vínculo droga- violencia, lo anterior de acuerdo al modelo de Golstein, analizado en el capítulo anterior de la presente investigación, en el apartado de drogas y actos delictivos: su relación con el sistema penitenciario.

En particular el nexo causal tiene que ver, de acuerdo con el modelo de Goldstein, con la violencia que el sujeto asiduo a las drogas ejecuta, pues este al no estar rehabilitado durante el periodo de encierro continuará consumiendo drogas; cuya probable acción consistirá en actos constitutivos de delito para obtener la droga como parte de una violencia económica compulsiva, la cual está relacionada con la consecución de drogas a bajo cualquier circunstancia y en su caso, seguido de una violencia psicofarmacológica, cuyo detonante serán los efectos de las drogas que hacen que actúe de forma racional y violenta. Esta actuación conlleva a la comisión de delitos consecuencia del consumo de drogas, pues al no estar rehabilitado, existe la gran probabilidad de que continúe con un comportamiento que lo llevó por primera vez a cometer conductas constitutivas de delitos, mismas que la prisión no atendió y no abonó en lo más mínimo en la erradicar los hábitos de consumo.

En suma, ambas prisiones -que en total son 297²⁴⁹ - al cierre del mes de enero de 2020 mantenían una población que oscilaba en 202, 337²⁵⁰ personas privadas

²⁴⁹ Op. Cit. "Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional, Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana".

²⁵⁰ De acuerdo con datos de World Prison Brief, para abril de 2019 la población privada de la libertad era de 198, 384. <https://www.prisonstudies.org/country/mexico>

de la libertad. Las estadísticas muestran la sobrepoblación del sistema penitenciario; donde se puede encontrar la presencia del fenómeno del consumo de drogas y adicción en más del 50%²⁵¹ de las personas privadas de la libertad. La realidad sacude la idea del deber ser, pues todavía hay carencias y omisiones que transgreden derechos, entre ellos la salud. La urgencia de mecanismos de atención y acceso al derecho a la salud en los centros como respuesta a la atención de grupos específicos es imperante: entre otros, el papel operativo del personal con que se cuenta es de suma importancia para el necesario cumplimiento de fines, satisfacer necesidades y resolver la problemática de sectores complejos como los adictos en prisión.

IV.1.2.1 Población con problemas de consumo y adicción a las drogas en prisión

La problemática de las adicciones en prisión, un tema no menor, demanda atención prioritaria al afectar uno de los derechos más significativos en el desarrollo integral de una persona: la salud. La disminución de este derecho no permite el cumplimiento de objetivos planteados en la reinserción, así como en un proyecto de vida post penitenciario. Lo anterior se recrudece si esta afectación continúa o se inicia en contextos de encierro, es decir, la prisión.

El contexto de la prisión genera cuadros que aceleran el consumo; cuando se vuelve adicción ya su efecto recae en la salud psicomotora. Sobre esto, al afectarse la salud por el consumo de drogas y la adicción,²⁵² las personas en prisión priorizan su consumo impulsados por los efectos de las drogas en lugar de centrarse en la búsqueda de la reinserción, dejando de vincularse en actividades como trabajo, deporte y educación.²⁵³ La droga disminuye su capacidad de enfoque y afecta de

²⁵¹ Op. Cit. *Un modelo de atención y tratamiento para las personas con farmacodependencia en prisión*, p. 41.

²⁵² Véase, NIDA. "Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción." *National Institute on Drug Abuse*, 2 Jul. 2018, <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion>. Accedido 23 Apr. 2020.

²⁵³ La salud, el trabajo, la educación y el deporte son medios para lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir observados en el artículo 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Sin embargo, se debe de considerar que la

forma irreversible su salud -volviéndose un problema crónico- si no se actúa a tiempo.

En este sentido, las consecuencias perjudiciales del consumo y la adicción a las drogas afectan a personas de todas las edades, *“los adultos que consumen drogas pueden tener problemas para pensar con claridad, recordar cosas o prestar atención. Tal vez adopten malas conductas sociales debido al consumo de drogas y es posible que sus relaciones personales y su desempeño laboral se resientan.”*²⁵⁴

En ese tenor, las personas consumidoras y adictas a las drogas son propensas a problemas que afectan rubros como relaciones sociales, considerando la posibilidad de adoptar malas conductas que impiden el desarrollo de actividades productivas, educativas y deportivas, estas últimas consideradas como medios de la reinserción. En este contexto, la Comisión Nacional de Derechos Humanos ha identificado que, *“en datos proporcionados por las entidades federativas, el consumo de drogas en la población en internamiento penitenciario supera el 50%, donde la población con farmacodependencia es mucho mayor si se compara a nivel población general interna,”*²⁵⁵ es decir, de acuerdo con cifras actuales de la población penitenciaria total, se debe considerar la existencia de alrededor de 101 mil personas privadas de la libertad con problemas de adicciones.

Con un porcentaje superior al 50% de la población privada de la libertad obliga a la reflexión sobre su atención. En este tenor, una de las deficiencias a las que el sistema penitenciario se ha enfrentado, a lo largo de los últimos 5 años, es la ausencia e insuficiencia, en la mayoría de los centros, de programas para la prevención de adicciones y desintoxicación voluntaria. En el último diagnóstico, en 2019,²⁵⁶ esta tendencia persiste.

salud debe priorizar por sobre los otros tres, tomándola como un fin adaptado a los internos en prisión y ponderar este al mismo grado que la reinserción.

²⁵⁴ Op. Cit. "Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción."

²⁵⁵ Op. Cit. *Un modelo de atención y tratamiento para las personas con farmacodependencia en prisión*, p. 41.

²⁵⁶ Cfr. "Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2019", https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/sistemas/DNSP/DNSP_2019.pdf

En consecuencia y ante la omisión señalada, se resaltan tres puntos que agravan la reproducción de actividades de consumo y adicción en prisión. En primer lugar, se encuentra el periodo de consumo que conlleva a la adicción: ya sea antes de ingresar, durante su ingreso, después de su egreso y su posible reincidencia; esto es importante, debido a que existe una constante en el consumo de drogas, que agrava las condiciones de salud de las personas privadas de la libertad impulsadas por el encierro y las características de la prisión, así como su actual operatividad que no permite alternativas viables que solucione el fenómeno.

El segundo elemento importante, versa sobre la pena impuesta, la cual puede variar de acuerdo al delito y la sanción (número de años). La incursión en las adicciones dependerá en gran medida del tiempo que pase en prisión. Este punto destaca, la insuficiencia de la simple imposición de la pena, reducida a un número determinado de años, pues la sola permanencia en prisión no trae consigo la automática reinserción, por el contrario, durante la estadía en prisión se fomentan hábitos de consumo de drogas que no permiten la reinserción social efectiva. Además, que el acceso a este tipo de programas enfocados a la rehabilitación del consumo problemático de drogas, tienen como requisito fundamental el tipo de delito y penas menores de cinco años.

El último elemento a resaltar, tiene que ver con la pena que le resta por cumplir, debido a que las adicciones se agravan en ambientes hostiles como lo es la prisión, pues existe una constante de incrementar el consumo de una forma diversa, es decir, experimentar un policonsumo con mayores riesgos y consecuencias, esto por el fácil y recurrente acceso a las drogas que tienen las personas privadas de la libertad en los diferentes centros penitenciarios.

IV.1.2.2 Los efectos en la salud de las personas adictas privadas de la libertad

En la prisión coexiste una relación crítica de consumo de drogas y enfermedades contraídas mediante la forma de consumo vía intravenosa. Aquí los instrumentos (jeringas) juegan un papel crucial, pues el intercambio entre consumidores, adictos, consumidores o adictos con enfermedades como Hepatitis, VIH, Papiloma, ETS,

Tuberculosis, entre otras, generan una cadena de contagio que se potencializa en prisión. Lo más grave del caso, es que al no contar con registros precisos que den seguimiento y monitoreo dentro de los centros penitenciarios en todo el país para controlar e identificar el comportamiento de la población afectada por el fenómeno de las drogas, las cifras podrían ser superiores según afirmaciones de la propia CNDH quien ha insistido en la gravedad del fenómeno.

En este orden de ideas, la transmisión de enfermedades causada por instrumentos en la administración de fármacos ha resultado mortal. Sobre esto, la recomendación número 49/2016²⁵⁷ emitida por la CNDH es una prueba irrefutable, pues en los acontecimientos que se presentaron en el CERESO de Colima en el año 2015, la recomendación dio cuenta de la muerte de 13 personas por contraer hepatitis, resultado del intercambio de jeringas en el consumo de drogas intravenosas: las similitudes que guardaban las personas privadas de la libertad consistían en que todos eran consumidores y adictos a la droga quienes, en un lapso de 6 meses de manera progresiva presentaron síntomas que se complicaron causando fallos renales y posteriormente su deceso. Esto evidencia, que el problema de las adicciones en prisión va más allá de un consumo problemático particular, pues la presencia de otros factores de riesgo que no se identifican desde el ingreso a la prisión, alteran sustancialmente no solo a quien padece la enfermedad y el consumo crónico de drogas; sino más bien sus efectos alcanzan a una colectividad, convirtiéndose en un problema de salud pública. Además, la recomendación de la CNDH prepondera la urgencia de hacer frente al fenómeno de las adicciones, para disminuir los riesgos de salud que, de no atenderse, otros centros penitenciarios vivirían este tipo de problemáticas.

La crisis del sistema penitenciario no es la única responsable del consumo de drogas y adicciones; *existen “otros factores de riesgo vinculados al consumo de sustancias psicoactivas en prisión (...), la situación de desempleo, la ausencia de*

²⁵⁷ Recomendación 49/2016, Sobre la deficiencia en la seguridad y en la atención a las adicciones en el centro de reinserción social en Colima, que derivó en la pérdida de la vida de 13 personas, Comisión, nacional de los Derechos Humanos, México, 2016, en https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/2016/Rec_2016_049.pdf

*pareja estable, sufrir violencia física durante la infancia y, finalmente, tener antecedentes de consumo previos al cumplimiento de la condena.*²⁵⁸ Sin embargo, estos se han robustecido con factores evitables reproducidos en instituciones penitenciarias: la introducción de las drogas en el interior de la prisión y el ingreso con hábitos de consumo y de adicción.

La introducción de drogas es el detonante para que el fenómeno del consumo y adicción subsistan. En el deber ser se asume que en las prisiones no se permite el ingreso de sustancias ilegales -drogas-, mucho menos comercializar ni producirlas, pues se trata de una institución que busca la reinserción de las personas que transgredieron la ley, las cuales cumplen con una pena impuesta. Sin embargo, desde la pragmática la realidad es muy diferente, pues con la existencia de drogas al interior de los centros penitenciarios, implica la presencia de consumidores y adictos, donde además coexisten personas introduciendo, comprando, vendiendo y consumiendo sustancias psicoactivas, las cuales pueden formar o no parte de la infraestructura penitenciaria, verbigracia, custodios, proveedores, familiares de los internos, por mencionar algunos.

Por otro lado, el segundo factor concierne en las personas que al ingresar ya cuentan con una adicción, en algunos casos este factor incide en la comisión de delitos y consecuentemente la prisión. Desafortunadamente bajo estas circunstancias las personas no deberían ingresar a prisión, se debe buscar otras alternativas para que se privilegie el tema de la salud. No obstante, sobre el tema de la justicia terapéutica enfocada a tratamientos fuera de prisión, su acceso es restringido por las características que la personas debe cumplir, entre ellas el tipo

²⁵⁸ Greco D., Dawgert S. *Poverty and sexual violence: building prevention and intervention responses. Pennsylvania Coalition Against Rape*; 2007, Maua F.H., Baltieri D.A. "Criminal career-related factors among female robbers in the state of Sao Paulo, Brazil, and a presumed 'revolving-door' situation", *Rev Bras Psiquiatr.* 2012; 34:176-84, Brooke D., Taylor C., Gunn J., et al. "Substance misuse as a marker of vulnerability among male prisoners on remand", *Br J Psychiatry.* N. 51, 2000, pp. 177-241, Henkel, D., "Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010)", *Curr Drug Abuse Rev.* N. 4, 2011, pp.4-27, Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, et al. *National Survey of Children's Exposure to Violence. Juvenile Justice Bulletin. Washington D.C.: U.S. Department of Justice*; 2009, en Francisco Caravaca-Sánchez, María Falcón Romero y Aurelio Luna, "Prevalencia y predictores del consumo de sustancias psicoactivas entre varones en prisión", *Gaceta Sanitaria*, Vol. 27, No. 5, Barcelona, Sept.-oct., 2015, en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000500008

de delito cometido y la sanción a imponer²⁵⁹ lo que hace difícil optar por esta alternativa, no teniendo más remedio que cumplir la sanción en prisión. En consecuencia, el consumidor o adicto al encontrar drogas en prisión descubre un caldo de cultivo no solo particular, pues genera una influencia hacia sus compañeros para iniciarse o intensificar el consumo, compartiendo, incluso, materiales que aumentan los riesgos de enfermedades y que potencian en mayor medida el inicio en el consumo de drogas aún más graves y dañinas.

El problema persiste, no obstante la evidencia contundente que indica que el fenómeno permea en todos los centros de reinserción social del país, a pesar de la gravedad existe un desinterés institucional al no hacer vinculante la implementación de tratamientos enfocados a la problemática de las adicciones en prisión; muchos menos se puede hablar de sanciones por la falta de aplicabilidad o instrumentación de algún tipo de atención que disminuya los riesgos de las adicciones en prisión, atentando directamente con el derecho fundamental de la salud. Mientras esto pasa, la población aumenta por la ausencia de atención seria que redefina alternativas a la prisión, así como la capacidad de respuesta por parte de los operadores del sistema. Por lo tanto, determinar el personal con que opera y si este es suficiente para hacer frente, dimensionar los rubros a los que se les da mayor atención e incluso si se privilegia uno sobre otro, resultaran indispensables para entender la gravedad del fenómeno.

IV.1.3 Los recursos humanos y económicos del Sistema Penitenciario y su impacto en el derecho a la salud de los internos drogodependientes

Los recursos humanos con los que cuenta el sistema penitenciario se utilizan mayormente en la operatividad de las instituciones que tienen a su cargo la responsabilidad de materializar los objetivos planteados en la Constitución Federal. En este sentido, de acuerdo con el documento del INEGI, titulado *En Números, documento de análisis y estadística 2017*:

²⁵⁹ Cfr. Apartado de Justicia Terapéutica de la Ley Nacional de Ejecución Penal.

“Durante 2016, se reportó que 36 mil 483 personas se encargaron de cuidar, asistir técnicamente y administrar los requerimientos de 188 mil 262 personas privadas de la libertad en los establecimientos penitenciarios estatales. El personal penitenciario es predominantemente masculino, 66%, en contraste con 34% de mujeres que laboran en las cárceles estatales. Además, 62% del total del personal se dedicaba a preservar el orden y disciplina de las cárceles (custodios), 16% fungía como personal de apoyo; 14% desempeñaba labores técnicas (medicina, trabajo social, psicología, criminología, jurídico, pedagogía) y 8% tenía asignadas funciones directivas, administrativas u operativas. La realidad de 2016 es consistente para los años anteriores. Desde 2010, el personal de vigilancia es el tipo de personal con mayor proporción: 65% en promedio.”²⁶⁰

De acuerdo con lo anterior, el mayor porcentaje del recurso humano utilizado en las prisiones está destinado para los rubros de control y vigilancia. Mantener el control de la prisión evita motines, salvaguarda el orden y la disciplina al interior. A pesar de mantener estos rubros atendidos con buena parte del personal, la CNDH²⁶¹ considera carencias en las competencias y perfil del personal de control y vigilancia, así como su insuficiencia. Esto solo en aspectos de capacidades y competencias, ya en la parte cuantitativa, la vigilancia y el control se debe distribuir de manera que cada custodio vigilará a un interno o hasta tres. En consecuencia, si se contrastan cifras, la población penitenciaria sobrepasa al personal operativo solo en el rubro de control y vigilancia, toda vez que durante ese periodo existía una población total interna de más de 188 mil 262 en las prisiones estatales frente a los 22 mil 320 custodios encargados de mantener el orden en las prisiones.

²⁶⁰ Op. Cit., *En números, documentos de análisis y estadísticas*, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), p. 39.

²⁶¹ Véase, Villanueva Castilleja, Ruth (Coord.), *Perfil del personal penitenciario en la república mexicana. Pronunciamiento*, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2016 p. 9-15, disponible en <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas-Perfil-penitenciario.pdf>

Por lo que refiere al recurso humano de carácter técnico, en el que se encuentra el personal encargado de atender aspectos relacionados con la salud, estos son por demás reducidos. Conviene subrayar que son de igual importancia o aun mayor, ya que con estos se pretende garantizar el derecho humano a la salud. Con dicha reducción se afecta la atención médica y de otros padecimientos que se agravan por la insuficiencia de personal en las prisiones, para atender necesidades concretas de las personas privadas de la libertad, como lo son los internos con alguna adicción.

La responsabilidad y la exigencia que recae en el personal de carácter técnico son apremiantes, pues su presencia y actuar depende que el sistema funcione con atenciones mínimas básicas o por lo menos de carácter preventivas. Al respecto, Elio Gómez Grillo refiere que *“el personal penitenciario cumple una de las funciones más exigentes y delicadas que puede realizar un ser humano. Porque trabaja con hombres y mujeres que padecen la peor de las privaciones que pueden sufrirse en la vida, como es la privación de la libertad. Están encarcelados. En la cárcel están ellos y por eso la cárcel es el campo de trabajo del personal penitenciario.”*²⁶² En consecuencia, cualquier otro número que no sea el suficiente para atender a la población penitenciaria contribuye a una mala operatividad del sistema.

En este orden de ideas, de acuerdo con Elías Carranza, *“todo sistema penitenciario requiere para funcionar adecuadamente de: I) Espacio físico (terreno e instalaciones edilicias adecuadas); y II) Personal penitenciario (adecuadamente seleccionado, capacitado y con estabilidad en su función).”*²⁶³ Sobre esto, el sistema carcelario mexicano cuenta con espacio físico, pero la estructura y arquitectura penitenciaria no están pensadas para afrontar un aumento tan impresionante de

²⁶² Gómez Grillo, Elio. “La formación del penitenciarista”, ponencia presentada en el Foro Consultivo de Expertos y Seminario Internacional sobre “Reforma Penitenciaria en Latinoamérica y el Caribe”, Santo Domingo. 15 al 17 de junio de 2006, en Villanueva Castilleja, Ruth (Coord.), “Perfil del personal penitenciario en la república mexicana. Pronunciamento”, *Comisión Nacional de los Derechos Humanos*, México, 2016 p. 17, disponible en <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas-Perfil-penitenciario.pdf>

²⁶³ Carranza, Elías, *Situación Penitenciaria en América Latina y el Caribe. ¿Qué hacer?*, Anuario de Derechos Humanos, 2012 pág. 32, <http://www.inej.edu.ni/wp-content/uploads/2012/09/Situación-penitenciaria-en-América-Latina-y-el-Caribe.pdf>

personas privadas de la libertad que superan por completo su capacidad instalada, por consecuencia hay espacio físico, pero no adecuado.

En cuanto al personal, el sistema ha padecido una insuficiencia que garantice no solo control y seguridad, sino otros aspectos esenciales como personal médico encargado de recabar datos en un registro clínico de las personas que ingresan a prisión, entre otros. Para ilustrar mejor, en la tabla 5 se muestran las cifras con que opera el sistema penitenciario y el número destinado a cada rubro. En concreto, de acuerdo con el Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales 2019,²⁶⁴ el personal destinado a la operatividad del sistema penitenciario en cárceles estatales asciende a 35, 593 adscritas a los centros de la república mexicana y sus funciones se desglosan de la siguiente forma:

Tabla 5

PERSONAL PENITENCIARIO	Hombres	Mujeres	Total
Directivo, administrativo y operacional	2018	1688	3706
Técnico de operación			5089
Médico	637	532	1169
Trabajo social	109	919	1028
Sicología	229	568	797
Criminología	136	222	358
Jurídico	530	738	1268
Pedagogía	220	247	467
Interpretación y traducción	2	0	2
Custodios y/o vigilantes			21896
Primer nivel jerárquico	472	87	559

²⁶⁴ Publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), México, 2019. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/cngspse/2019/default.html#Tabulados>

Nivel intermedio	1651	436	2087
Nivel operacional	14507	4743	19250
Personal de apoyo	2334	2568	4902
Total	22845	12748	35593

Nota. Elaboración propia con datos del Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales 2019.

De la tabla anterior, porcentualmente hablando, se desprende que en las áreas de personal directivo, administrativo y operacional existe un 10.4%; mientras que el área técnica de operación representa un 14.3%; la de custodios y vigilancia alcanza el porcentaje mayor con un 61.5%; y finalmente el personal de apoyo oscila en un 13.8%. En el área técnica de operación, se encuentra el rubro de salud, objeto de estudio de la presente investigación, que de manera general alcanza el 14.3% del personal desempeñando labores técnicas, dentro de la cuales se encuentra el personal médico que al igual que el de vigilancia resulta insuficiente.

En este sentido, el personal médico representa únicamente el 3.3% y se trata en su mayoría de médicos generales que atienden aspectos básicos de salud, ya que, en términos normativos, de acuerdo a las condiciones de encierro y ante situaciones de alto riesgo, los pacientes presos deben ser trasladados a hospitales en el exterior. En ese orden de ideas, sobre el tema de atención a grupos específicos como los adictos en prisión, los aspectos básicos brindados no son suficientes, se requiere de un equipo multidisciplinario, lo que significa un aumento en la integración del personal especializado para atender una problemática específica: terapeutas, enfermeras, psiquiatras, educadores, trabajadores sociales, entre otros.

En este orden de ideas, sobre el personal médico, hay una insuficiencia desde un enfoque de atención básica por la existencia de un porcentaje de menos de 4% que debe de atender a los centros penitenciarios. La razón de la insuficiencia está sustentada por el desbordamiento de personas que se encuentran en prisión que casi asciende a 200, 000 personas privadas de la libertad. Así, con la existencia de un hacinamiento y sobrepoblación la insuficiencia de personal médico para atender a este número de personas resulta grave frente a el aumento de fenómenos, en este

caso de adicción o transmisión de enfermedades producto de compartir instrumentos para drogarse, lo que hace urgente la necesidad de ampliar este rubro, de igual manera en tratándose de personal especializado para el tratamiento de un grupo poblacional con necesidades específica.

Aunado a ello, si falta salud, el sistema penitenciario se convertirá en un hospital con pacientes en estado de gracia ante la ausencia de atención médica, y peor aún, si no hay personal profesional suficiente para tratar problemas de adicciones, habrá no solo más adictos, sino riesgos de contagios de enfermedades como hepatitis, Virus del Papiloma, VIH, entre otros, consecuencia de la ausencia de monitoreo en áreas de salud imprescindibles.

El personal penitenciario en su conjunto, si se contrasta con las más de 200, 000 personas privadas de la libertad estimadas en abril de 2020, solo representa el 20.5% frente a la población interna, es decir, solo es una quinta parte, insuficiente desde luego, la que tiene que manejar la estructura total penitenciaria. En definitiva, la insuficiencia de personal penitenciario en todos sus rubros representa un obstáculo para lograr, de manera eficaz, el tema de la reinserción, que además se agrava por la crisis del sistema penitenciario. Por lo tanto, se deben tomar medidas, una de ellas es que, para el rubro de vigilancia y control, se estima que el número del personal debe estar por encima de los 57 mil custodios, esto resulta de asignar 3 personas privadas de la libertad a cada elemento de acuerdo a recomendaciones de la CNDH. Por consiguiente, *“en efecto, si falta espacio, hay sobrepoblación y hacinamiento; y si falta personal, hay anarquía y vacío de autoridad, que es llenado por los liderazgos emergentes y el surgimiento de grupos de autodefensa.”*²⁶⁵

La insuficiencia del personal depende principalmente por el recurso asignado al sistema penitenciario y su distribución al interior. Al respecto, de acuerdo con el Presupuesto de Egresos de la Federación 2019, en un análisis funcional programático económico, el recurso forma parte del ramo 04 de gobernación, dentro del rubro de reclusión y readaptación social para el cual se han destinado un total

²⁶⁵ Op, cit, Carranza, Elías, *Situación Penitenciaria en América Latina y el Caribe. ¿Qué hacer?*, Anuario de Derechos Humanos, 2012 pág. 32.

de 17,354,109,685 pesos²⁶⁶. Su distribución en mayor porcentaje está destinada al sub-rubro de *sistema penitenciario que garantice la ejecución de las resoluciones jurídicas y contribuya a la readaptación social* la cual asciende a 16, 891, 685, 385 y que constituye el 97% del presupuesto total. Este sub-rubro la mayoría del gasto corriente lo destina a gastos de operación del sistema con un recurso de 12, 575, 869, 414 pesos. Muy poco de su presupuesto lo canaliza a servicios de apoyo administrativo, donde se encuentran rubros importantes como la prevención y reinserción social para el que solo se destinan 464, 424, 300 pesos y únicamente 12, 089, 512 pesos va a gastos de operatividad de este rubro; el resto es para pagar servicios personales.

En este sentido, teniendo en cuenta que la mayoría del presupuesto se va en gastos de operación y solo una tercera parte es considerada para el rubro de servicios personales destinado a remuneraciones de los trabajadores de carácter permanente, transitorio y especial cuyo presupuesto asciende a 4, 497, 559, 175 pesos; en definitiva desde el punto de vista presupuestal urge un aumento en la materia, tomando como base la totalidad de personas privadas a las que hay que vigilar y reinsertar. Con esto, la contratación de personal suficiente para cubrir todas las áreas resulta necesario si se quiere alcanzar con los objetivos planteados en la Constitución.

En conclusión, aunado a la sobrepoblación y el hacinamiento, el tema del derecho a la salud resulta otro más que se suma a las condiciones lamentables que se viven al interior de la prisión. En un tema tan básico como el servicio médico que por derecho les corresponde, la carencia o desabasto de mobiliario, equipo, instrumental, insumos y plantilla insuficiente constituyen la realidad del servicio médico dentro de los reclusorios. Sobre el tema de la vulnerabilidad de los grupos poblacionales se hace patente ante las cifras, tanto de la carencia de personal en el rubro de salud, como en el de atención especializada de grupos vulnerables con

²⁶⁶ Secretaría de Hacienda, Presupuesto de Egresos de la Federación 2019, en un análisis funcional programático económico, México, 2019, disponible en https://www.pef.hacienda.gob.mx/work/models/PEF2019/docs/04/r04_afpe.pdf

afecciones específicas. Aquí la población consumidora y adicta a alguna droga se encuentra ante la cruda realidad de no contar con derechos sustanciales como el de la salud: el sistema penitenciario no cubre estas necesidades a pesar de estar reconocido constitucionalmente y considerar que su organización se debe basar en los derechos humanos y que, para lograr la reinserción se necesitan medios, entre ellos la salud, que constituye uno de los derechos fundamentales. *“Los centros penitenciarios son espacios donde se concentran poblaciones particularmente expuestas a factores de riesgo y de vulnerabilidad en términos de salud, debido en parte a las condiciones de vida previas al encarcelamiento.”*²⁶⁷

De manera que, además de ser las cárceles espacios que albergan todo tipo de carencias, abusos e inseguridades, se han convertido en caldo de cultivo donde convergen diversidad de personas y riesgos con características similares, cuyas distinciones son las causas y acciones delictivas que los llevaron hasta estas circunstancias. Así, el deterioro de la salud, el consumo y adicción a las drogas, la transmisión de enfermedades y la ausencia de personal destinado para estos rubros refuerzan la realidad de una doble pena, el sufrir los efectos de las drogas deteriorando la salud y padecer las realidades de la prisión agudizando aún más dichos efectos.

IV.2 Las personas privadas de la libertad: reinserción, reincidencia, reingreso y adicción

La reinserción de los internos en la sociedad, una vez concluida su condena, supone que su presencia en el exterior está vinculada a la Ley, ya que el sistema penitenciario ha hecho *su trabajo* sobre la persona transgresora, pues se ejerció en él una reflexión y se sometió a un plan de trabajo dentro de la institución carcelaria del Estado. Por lo tanto, la persona cuenta con herramientas idóneas para poder convivir en sociedad de manera pacífica. Lo anterior es el deber ser, sin embargo, la hipótesis no se comprueba, pues existe una reincidencia recurrente que se

²⁶⁷ Novoa Aranda, Juana Patricia, Ruíz del Ángel, Jorge, “Derecho a la salud en centros de reclusión”, *Revista de derechos humanos*, Número 8, año XI, agosto de 2013, México, p 13-14.

presenta como otro problema del sistema penitenciario producto de la crisis real de la prisión.

La reincidencia parece consecuencia de la ineficacia de programas de reinserción en la prisión, ausencia de alternativas a la prisión, un acrecentamiento de las penas y un uso excesivo de la prisión preventiva. Estas dos últimas no siempre resulta la mejor opción. Pues así como egresan muchas personas, ingresan otras que ocupan esos lugares en prisión, estando lejos de reducir la población penitenciaria. Lo que indica que a pesar que las penas aumentan, para los que egresan de prisión esto no es óbice para retomar su actividad delictiva, que es impulsada además, por circunstancias en el exterior, por la ausencia de políticas públicas, que abonen a una integración en la sociedad una vez cumplida su sentencia.

En este orden de ideas, la reincidencia de actos constitutivos de delito va de la mano con el reingreso a la prisión. Al respecto, en México las cifras que se tienen sobre los ingresos y egresos al sistema penitenciario, advierten que en el año 2018 egresaron 101, 746 personas, frente a 99, 445 ingresos.²⁶⁸ Lo cual significa que en un año, en el sistema penitenciario en términos numéricos absolutos, solo egresaron 2300 personas, lo que equivale aproximadamente a 1.3% de la población total estimada para el año 2018.

Ahora bien, se debe considerar que no son las mismas personas, ni en el mismo momento las que egresan e ingresan. Sin embargo, la reincidencia es una de las opciones recurrentes ante la ineficacia del sistema penitenciario para cumplir con la reinserción, por falta de implementación de tratamientos individualizados, que traten las condiciones particulares de cada interno.

Por ello, en este apartado se analiza lo que sucede con las personas con problemas de adicción cuando salen de prisión, frente a los egresos de la población penitenciaria en general. En ese sentido, conviene subrayar que no todos los casos

²⁶⁸ INEGI, Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales 2019, Tabulados, tabulados interactivos, tabulados predefinidos, disponible en, <https://www.inegi.org.mx/programas/cngspspe/2019/#Tabulados>, fecha de consulta 12 de marzo de 2021.

siguen el mismo patrón. Hay ejemplos donde el fin de la reinserción se cumple y la persona puesta en libertad no experimenta reingreso. Esto depende de muchos factores y uno de ellos es, desde luego, que se acogen a las directrices de un plan de trabajo en prisión -dicho plan lo contempla la Ley Nacional de Ejecución Penal- anteponiendo el deseo de reinsertarse a pesar de las circunstancias de la prisión, apoyado por un respaldo económico y familiar que, en casos como el de los adictos internos, las condiciones de dependencia a las drogas dificulta la ejecución de un plan de trabajo adecuado que logre verdaderamente una reinserción social efectiva.

En este orden de ideas, la persona privada de la libertad enfrenta un camino de reinserción una vez que se integra a la sociedad, esta *“transición de la prisión a la comunidad es aún más crítica para quienes presentan múltiples episodios de encarcelamiento, problemas de abuso de sustancias, diagnósticos de salud mental graves sin tratamiento o problemas de vivienda previos al ingreso a prisión, cuestiones que, combinadas, pueden resultar en experiencias de situación de calle.”*²⁶⁹ Lo anterior se nutre de personas que desde antes del ingreso a prisión ya consumen drogas y cuentan con una práctica violenta previa, reproduciendo a su ingreso actos de violencia aún más intensos, mismos que se relacionan con los efectos de una diversificación en el consumo de drogas que los hace policonsumidores, potenciando los severos problemas de salud dentro de la población penitenciaria y que prevalecen incluso hasta adquirir su libertad. Los efectos de estas actitudes revelan condiciones sociales que volverán a ser asumidas fuera de prisión, es decir, *la sociedad al exterior se concibe como una subcultura basada en violencia, marginación, desigualdad y pobreza, mismas que traslada a la prisión*²⁷⁰ y viceversa. Es menester aclarar que no toda la comunidad

²⁶⁹ Ciapessoni, Fiorella. “La prisión y después. Violencia, reingreso y situación de calle”. *Revista de Ciencias Sociales*, DS-FCS, Vol. 32, No. 45, julio-diciembre 2019, p. 16. En línea <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rsc/v32n45/1688-4981-rsc-32-45-15.pdf>

²⁷⁰ A este se le conoce como *modelo de importación*. Sostiene que los sucesos de violencia en la cárcel son el resultado de una subcultura externa relacionada con actitudes violentas y trayectorias personales disfuncionales que los internos trasladan a los establecimientos penitenciarios, véase, Irwin, J. y R. D. Cressey. “Thieves, Convicts and the Inmate Culture”. *Social Problems*, 1962, pp. 142-15. Bierie, D. M. “Is tougher better? The impact of physical prison conditions on inmate violence”. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, N. 56, 2012, pp. 338-355.

penitenciaria se rige bajo estas condiciones; algunos llegaron ahí por acciones que no se relacionaban con dichos procesos, sin embargo, la mayoría de la población penitenciaria padece de una subcultura arraigada que no satisface necesidades mínimas y que orillan a estos grupos poblacionales a transgredir la Ley.

Bajo ese contexto, en las prisiones “... los factores institucionales como las malas condiciones de reclusión y el hacinamiento, el control administrativo y la severidad en la aplicación de las reglas, la composición del personal penitenciario y la población carcelaria, las relaciones entre estos, la escasa disponibilidad de programas de rehabilitación, entre otros, para explicar la prevalencia de la violencia en las cárceles”²⁷¹, son elementos que impiden la reinserción y favorecen la reincidencia y el reingreso.

En cuanto a casos de reincidencia, cabe mencionar que, de los centros penitenciarios estatales, en el 2016, de 100% de los presos, el fenómeno de reincidencia muestra un 13%. Mientras que para los reingresos es de 12% para el mismo periodo.²⁷² Esto es que para ese año²⁷³ una octava parte de la población penitenciaria ya había estado en prisión: aproximadamente 23 mil personas reincidieron y reingresaron. Lo anterior sin tomar en cuenta la cifra negra de delitos que no se denuncian.

Al asumir que los fenómenos de reincidencia y reingreso son consecuencia del entorno social al que la persona se ve sometida una vez que emigra del encierro a la libertad, significa un avance en aspectos como el seguimiento post penitenciario. Poco se habla de esa figura, sin embargo, es un espacio de oportunidad sobre el cual se debe de trabajar para materializar el tema de la reinserción en un plano integral y a largo plazo.

En definitiva, los centros de reclusión no son más que un subsistema de la sociedad, en donde tarde o temprano su población se integrará a ésta. Ya afuera

²⁷¹ *Ibidem*, p. 18.

²⁷² Gómez Macfarland, Carla Angélica, “Sistema Postpenitenciario en México y el rol de los organismos protectores de Derechos Humanos” *Cuaderno de investigación* No. 60, Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República, México, 2019, p. 13.

²⁷³ Véase, INEGI. Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales 2017. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/programas/cngspspe/2017/default.html#Tabulados>

gozará de una mayor libertad, sin el sometimiento estricto para respetar la norma, por lo tanto, al no lograr cumplir el sistema penitenciario con el objetivo principal, consistente en la reinserción integral, difícilmente podrá combatir problemáticas específicas como los adictos en prisión, pues la coexistencia de ambos fortalecen la afirmación de una reincidencia y reingreso constantes, por eso es fundamental aplicar una metodología con un análisis deductivo para visibilizar los diferentes obstáculos que nutren la crisis del sistema penitenciario.

En consecuencia, el consumo y adicción de drogas contribuyen a la reincidencia y el reingreso. *“Entre las personas que ingresan a prisión, la drogodependencia es uno de los problemas más importantes, por su magnitud y por la gravedad de las complicaciones biopsicosociales asociadas, en los aspectos de salud, desestructuración de la personalidad, convivencia familiar, actividad formativa y laboral, deterioro social, marginalidad y problemas jurídico penales.”*²⁷⁴ Lo anterior significa, que el fenómeno de las adicciones en prisión no solo se compone de los efectos de las drogas en sí mismo, estos se asocian a problemáticas severas que orillan a su consumo y que implican riesgos que afectan de forma integral los contextos sociales de los adictos a sustancias psicoactivas, es decir, se habla de un fenómeno transversal y multifactorial.

Así pues, la radiografía sobre el consumo de drogas y adicción al ingreso a prisión vislumbra que en 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)”*²⁷⁵; lo que significa la presencia reclusos que padecen el consumo problemático de drogas, potencializando conductas constitutivas de delito.

Así también, *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*

²⁷⁴ Dirección General de Instituciones Penitenciarias, *Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios*, Memoria 2002, España, 2002, pp.9 y ss. y 11.

²⁷⁵ CIDE. Resultados de la Primera Encuesta realizada a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social. México, 2012, p. 32.

sustancias ilegales como cocaína o crack (15.3%) marihuana (13.3%) y metanfetaminas (6.3%).²⁷⁶ Lo anterior quiere decir que existe presencia de drogas ilegales dentro de prisión y que estas continúan ganando terreno frente a las drogas legales, también prohibidas en prisión. Lo más grave de esta afirmación es que las drogas ilegales enunciadas anteriormente representan un mayor riesgo de adicción con efectos severos como lo veremos en la siguiente tabla.

En particular se deben de observar dos situaciones: la primera es el tema del ingreso de personas con hábitos de consumo y adicción; la segunda, sobre las personas que llegan a prisión o ya están en ella y no son consumidoras o adictas a las drogas, pero que adquieren dichos hábitos que hacen que el porcentaje se acreciente. Así, los riesgos que corren las personas en prisión consumidoras y adictas es el desencadenamiento de un policonsumo. De acuerdo con la CNDH, entre las drogas que más se consumen se encuentran: Marihuana, Cocaína, Solventes, Metanfetaminas, Cristal/piedra y Heroína²⁷⁷

Además de los efectos de algunas de drogas como la marihuana, cocaína, metanfetaminas y heroína, las cuales las podemos encontrar en la tabla 1 del primer capítulo, en el apartado I.3 ¿Qué son las adicciones?, de la presente investigación. Resulta trascendente describir las consecuencias en salud que estas drogas generan y observar cómo pueden agudizarse en contextos de encierro. El consumo de dichas sustancias, a su vez, también genera cuadros de desórdenes mentales y de comportamiento. Estos son de especial interés debido a que son con los que el personal de los centros penitenciarios se enfrenta al reconocer la existencia en prisión de personas con problemas de consumo y adicción.

Tabla 6

TIPO DE DESORDEN	EFFECTOS
INTOXICACIÓN AGUDA	Alteraciones del nivel de conciencia, cognición, percepción, emocionales o de comportamiento, u otras funciones psicofisiológicas y respuestas.

²⁷⁶ *Ídem.*

²⁷⁷ Op. Cit. *Un modelo de atención y tratamiento para las personas con farmacodependencia en prisión*, p. 41.

USO PERJUDICIAL Y/O NOCIVO	Patrón de consumo de sustancias psicoactivas que causa daños a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis debido al auto administración de drogas inyectadas), o mental (por ejemplo, los episodios de trastorno depresivo secundario al consumo excesivo de alcohol).
SÍNDROME DE DEPENDENCIA	Grupo de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos, donde el uso de una sustancia o una clase de sustancias adquiere una prioridad mucho mayor para un determinado individuo que otras conductas que alguna vez tuvieron un mayor valor. Una característica principal que describe al síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte, a veces abrumador) de consumir drogas psicoactivas (que pueden o no haber sido prescritas medicamente), alcohol o tabaco.
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	Grupo de síntomas de gravedad variable que se presentan tras abandonar de forma absoluta o relativa el consumo de una sustancia, después de dosis altas repetidas y prolongadas. El inicio y el curso del estado de abstinencia son de tiempo limitado y están relacionados con el tipo de sustancia y la dosis que se utilizó inmediatamente antes de presentar el síndrome. <i>El estado de abstinencia puede complicarse con convulsiones.</i>
ESTADO DE ABSTINENCIA CON DELIRIO	Condición donde el estado de abstinencia se complica por el delirio. El <i>delirium tremens</i> es un estado de corta duración que se caracteriza por ser un periodo tóxico, de confusión, acompañado de trastornos somáticos que ocasionalmente ponen en peligro la vida. Por lo general, es una consecuencia de un retiro absoluto o

	<p>relativo del alcohol en los usuarios severamente dependientes, con una larga historia de uso. Inicia generalmente después de abandonar el consumo de alcohol. En algunos casos, el trastorno aparece durante un episodio de ingesta excesiva de alcohol. Los síntomas prodrómicos típicamente incluyen insomnio, temblor y miedo. También el delirium tremens puede ser precedido por convulsiones. La tríada clásica de síntomas incluye obnubilación de la conciencia y confusión, alucinaciones vívidas e ilusiones que afectan a cualquier modalidad sensorial, así como temblores fuertes. Los síntomas que pueden llegar a presentarse son: delirios, agitación, insomnio o la reversión del ciclo del sueño, la hiperactividad autonómica, entre otros.</p>
<p>TRASTORNO PSICÓTICO</p>	<p>Grupo de fenómenos psicóticos que ocurren durante o inmediatamente después del uso de sustancias psicoactivas. Se caracteriza por alucinaciones vividas (generalmente auditivas, pero a menudo percibidas por más de una modalidad sensorial), identificaciones erróneas, ideas delirantes y/o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o persecutorias), alteraciones psicomotrices y un estado afectivo anormal, que pueden ir desde el miedo intenso hasta el éxtasis.</p> <p>El sistema sensorial se encuentra generalmente alerta, a excepción de cierto grado de obnubilación de la conciencia, sin embargo, la confusión que llega a presentarse no es severa. El trastorno generalmente se resuelve, al menos parcialmente, dentro de 1 mes y completamente en un periodo de los 6 meses.</p>

SÍNDROME AMNÉSICO	Síndrome asociado a un deterioro crónico significativo de la memoria a corto plazo; la memoria de largo plazo a veces se ve afectada, mientras que la memoria inmediata se conserva. Las alteraciones del sentido del tiempo y el orden de eventos y las dificultades para aprender nuevo material suelen ser evidentes. La confabulación (atribución de verdad a una idea falsa) puede ser notoria, pero no siempre llega a presentarse. Otras funciones cognitivas suelen mantenerse relativamente bien conservadas, además los defectos amnésicos son desproporcionados con relación a otros trastornos.
TRASTORNO PSICÓTICO RESIDUAL DE COMIENZO TARDÍO	Trastorno en el cual el alcohol o las sustancias psicoactivas inducen cambios en la cognición, las emociones, la personalidad o el comportamiento, más allá del periodo durante el cual pueda asumirse razonablemente que es un efecto directo relacionado con las sustancias psicoactivas.

Fuente: Elaboración propia con datos de Armenta Bautista, Armando, FRECUENCIA DEL DELITO ASOCIADO AL CONSUMO DE DROGAS EN UNA MUESTRA DE MUJERES DEL HOSPITAL GENERAL TORRE MEDICA TEPEPAN, DESÓRDENES MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO PRODUCIDOS POR EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.²⁷⁸

La tendencia al acrecentamiento de la población con algún problema de consumo o adicción a alguna de las drogas indica que cierto porcentaje egresa en las mismas condiciones en las que permanecía en prisión, mismo que se agrava en un entorno donde una cosa puede ser segura: para obtener la droga -antes, durante o después de sus efectos- la persona se verá impulsada a cometer un delito, reincidiendo,

²⁷⁸ Armenta Bautista, Armando, FRECUENCIA DEL DELITO ASOCIADO AL CONSUMO DE DROGAS EN UNA MUESTRA DE MUJERES DEL HOSPITAL GENERAL TORRE MEDICA TEPEPAN, Reporte de Investigación Para obtener el Diploma y Cédula de Especialista para el Tratamiento de las Adicciones, México, 2016, pp. 27-29.

según sea el caso y reingresando ya no con problemas de consumo, sino de adicción. Lo mismo pasará con aquellas personas que se inicien con drogas en la prisión.

“En ocasiones se describe a la prisión como un entorno útil para recuperarse de los problemas relacionados con drogas, pero en realidad es todo lo contrario. Los altos niveles de consumo de drogas continúan en las cárceles (lo cual no sorprende, dado que las personas con dependencia a las drogas están encarceladas junto a narcomenudistas y traficantes), en un entorno que crea una serie de riesgos adicionales, incluida la iniciación en comportamientos de alto riesgo y el uso de drogas. Además, los problemas de salud resultantes, como las altas tasas de transmisión de VIH y hepatitis, crean cargas adicionales para la justicia penal y los sistemas de salud.”²⁷⁹

Ciertamente la crisis de la prisión imposibilita cumplir objetivos de reinserción, sin embargo, esto no es óbice para cambiar su realidad: con la imposición de medidas severas tanto en materia de operatividad relacionada con su personal, así como con un control estricto de vigilancia que permita a la prisión hacer valer la normatividad. Su estrategia debe ser focal; se debe erradicar el narcomenudeo en la prisión, desvincular el interés económico del negocio de la droga involucrada también la propia institución sometida o no al control de narcotraficantes. La prisión no deber considerarse territorio hostil, deber asimilarse como terreno útil que se ajuste a sus objetivos primarios.

Ahora bien, el tema de las personas adictas en prisión debe verse con un enfoque integral. Se trata de aspectos tendentes a identificar circunstancias prepenitenciarias, intrapenitenciarias y postpenitenciarias. Las condiciones que orillaron a las personas a ejecutar actos constitutivos de delitos no se forjaron en la prisión, su origen se encuentra en la sociedad misma. En este sentido, no solo se requiere un enfoque diferente en el trato a las personas privadas de la libertad con

²⁷⁹ México Unido Contra la Delincuencia, *Excarcelación: terminando con el encarcelamiento masivo por delitos de drogas*, México, p 2, disponible en https://www.mucd.org.mx/wpcontent/uploads/2018/08/Excarcelacion_terminando_el_encarcelamiento_masivo_por_delitos_de_drogas_2018.pdf

problemas de drogas, se requiere además cohesionar el tejido social que se encuentra estancado por el problema de la violencia y la inseguridad. Desde este enfoque la prisión es solo el reflejo de ese deterioro.

A manera de conclusión, se afirma entonces que la lógica fundamental que impera actualmente está ligada, en primera instancia, a la inoperancia del sistema, y, en segundo lugar, a la permisibilidad de conductas que hacen que el sistema penitenciario no concuerde con sus objetivos principales. Ante esto, en el tema de la reincidencia y el reingreso, algunos aspectos sociales y conductuales se reproducen por la ausencia de políticas que refuercen acciones en temas ligados a las drogas no solo en prisión, sino en el exterior. Por tanto, la prisión solo significa el sótano donde permanecen las personas que suponen un riesgo para la sociedad y de las que hay que apartarse, sin considerar siquiera que aquellas en algún momento regresarán a la sociedad en las mismas condiciones.

Ahora bien, no todos los sistemas penitenciarios y penales están en crisis. Si bien tanto en México como en la mayoría de países latinoamericanos persisten estas problemáticas, en Europa hay sistemas que han optado por un trato diferenciador para hacer frente al fenómeno de las drogas, el consumo y la adicción. Esta alternativa de política ha provocado reticencia y críticas por parte de la comunidad internacional, pero la convicción de los objetivos es más fuerte que cualquier presión.

El país que trasciende en este tema es Holanda. Su sistema penitenciario ha presentado un decremento en la población penitenciaria a tal grado, que se ha visto en la necesidad de cerrar algunas de sus cárceles. Este hecho lo ha posicionado dentro de los 20 países más seguros del mundo de acuerdo a UNHCR ACNUR de 2018²⁸⁰. La disminución ha tenido su transición a partir de 2004, pues de acuerdo con datos de World Prison Brief la población penitenciaria para ese año se encontraba en 20 075. Para el año 2016 la noticia de que Holanda comenzó a cerrar

²⁸⁰ Agencia de la ONU para los refugiados, ¿Cuáles son los países más seguros del mundo?, disponible en: <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/eventos/cuales-son-los-paises-mas-seguros-del-mundo>, fecha de consulta septiembre 2020.

cárceles impactó al mundo con una tendencia a la baja de poco más del 50% de su población ubicándose con 10 115²⁸¹ presos, con años previos con tasas a la baja.

Las tasas tan bajas no dependieron de un solo factor, en gran medida derivó de reformas, leyes y política de drogas²⁸² centradas en modelos alternativos a la prisión. Según The Independent, se debe a una combinación de factores: “*las leyes permisivas sobre las drogas, la defensa de la rehabilitación en lugar del castigo, y la introducción de ‘electronic tagging’ (en español, etiquetado electrónico) para los criminales, un sistema de vigilancia que les permite ir a trabajar y vivir libres de prisiones.*”²⁸³ Las leyes permisivas sobre las drogas emprendidas por el sistema holandés, se derivan de la política de drogas instaurada en la reforma de la Ley del Opio de 1976 bajo tres ejes fundamentales:

- a) “Observación estricta de la Ley del Opio y del Código Penal en lo concerniente a la manufactura y tráfico de droga duras, y los delitos relacionados con drogas ilícitas.
- b) Legalización de facto del consumo y comercio minorista de drogas blandas.
- c) Ampliación de una extensa red de ayuda para los drogadictos (programas de metadona en centros ambulatorios o “autobuses” que va a los consumidores problemáticos, etc.).”²⁸⁴

En ese tenor, Holanda ha identificado aspectos que repercuten en la sociedad y que intensifican el aumento de la criminalidad. Para hacer frente a su problema de seguridad, el sistema holandés a nivel legislativo ha impulsado y aprobado leyes sobre un tema tan trascendental como las drogas. Las ha legalizando al público.

²⁸¹ World Prison Brief data, Netherlands, disponible en: <https://www.prisonstudies.org/country/netherlands>, fecha de consulta, septiembre 2020.

²⁸² Véase, Van Kalmthout, A. M., “Aspectos de la política holandesa en materia de drogas”, *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, No. 2, San Sebastian, España, 1988, pp. 87-106.

²⁸³ Independent, Dutch prisons are closing because the country is so safe, mayo 2017, disponible en: <http://www.independent.co.uk/news/world/europe/dutch-prisons-are-closing-because-country-so-safe-a7765521.html>, fecha de consulta, septiembre 2020.

²⁸⁴ Van Swaaningen, René, Zaitch, Damián, “La política de tolerancia como control social”, *Revista ius et veritas*, No. 18, Perú, 1999, p. 43.

Por otro lado, ejecuta modelos alternativos a la prisión utilizando un etiquetado electrónico como forma de control y vigilancia que permite desarrollar actividades como trabajar y vivir en un lugar que no sea la prisión. Al ejecutar dichas acciones, concede una visión integral del castigo en la sociedad misma, no lo aísla, sino que lo coloca en el lugar donde trasgredió la Ley, proyectando en él una idea de inclusión y no de rechazo, ayudando con ello a despresurizar la prisión.

Finalmente asumió, sobre el tema de las drogas, la sustitución del castigo por un enfoque de salud pública, pues priorizó la rehabilitación privilegiando el tema de la salud, impulsando y aplicando este enfoque dentro de las prisiones que continúan operando. Ejemplo de este enfoque, en que los operadores institucionales de las prisiones se acogen a las disposiciones normativas al momento de interactuar con personas privadas de la libertad, se da en la aplicación de estrategias que han conducido a la disminución de este fenómeno sin precedentes. Al respecto, en una entrevista de BBC-Mundo con Jan Roelof van der Spoel, vicegobernador de esta prisión de alta seguridad en el noreste de los Países Bajos llamada Norgerhaven, asevera que en *el servicio holandés se fijan en el individuo*, agregando:

“Si alguien tiene un problema de drogas, tratamos su adicción; si son agresivos proporcionamos terapia para controlar la ira; si tienen problemas de dinero, les damos asesoramiento para manejar la deuda.

Tratamos de eliminar lo que los llevó a delinquir. El recluso o la reclusa debe estar dispuesto a cambiar, pero nuestro método ha sido muy eficaz. En los últimos 10 años, nuestro trabajo ha mejorado más y más.

Algunos delincuentes reincidentes son eventualmente condenados a penas de dos años y programas de rehabilitación a medida. Después de eso, menos del 10% vuelven a la prisión.”²⁸⁵

La estrategia que Holanda ha tomado frente a la problemática de la criminalidad, el consumo y adicciones a las drogas plantea objetivos reales y racionales. Se

²⁸⁵ Ash, Lucy, La insólita crisis de Holanda: la escasez de delincuentes, BBC-Mundo, 2016, disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-37950889>, fecha de consulta, septiembre 2020.

enfoca en la prevención y la reducción de daños, entendiendo que el consumo recreativo de drogas no va a desaparecer. Se acoge también al principio de conveniencia -en México se denomina el principio de oportunidad-, dotando de amplio espacio de decisión a la fiscalía²⁸⁶ para priorizar la persecución de delitos de alto impacto social, con la idea de poner en funcionamiento toda la maquinaria del sistema de justicia sobre estos actos constitutivos de delito como el narcotráfico a grandes escalas.

“El principio de conveniencia es el elemento esencial en una política de enjuiciamiento pragmática. Si el proceso judicial puede producir un efecto perjudicial, las autoridades deben abstenerse del uso del derecho penal. Por ejemplo, no se persigue a los consumidores de drogas duras a no ser que cometan otros delitos. Para este tipo de usuarios, lo principal es la asistencia con el fin de la reinserción.”²⁸⁷

Por su parte, los objetivos introducidos por el sistema holandés para hacer frente al problema de las drogas parten de la base de que dicho fenómeno es considerado por el gobierno como un asunto de salud pública, limitando la acción del derecho penal a determinados actos concretos. Incluso durante la aprobación de la Ley *Opiumwet* en 1976 (Ley del Opio) “*hubo una voz casi unánime en considerar que a los drogodependientes había que proporcionarles tratamientos y no usar contra ellos el derecho penal.*”²⁸⁸ En este sentido, la postura permisiva del gobierno holandés en cuanto al consumo de drogas fue eficiente, pues la legalización, el consumo y posesión en determinadas dosis provocaron un descenso no solo en el número de personas privadas de la libertad, también impactó profundamente el enfoque de salud tanto individual como colectiva.

²⁸⁶ Cabe mencionar que en el proceso penal holandés la fiscalía y no los particulares, es la única que tiene la facultad de accionar convirtiéndola en la figura central con mucho poder.

²⁸⁷ Alonso Pujiula, *La política de drogas en España y Países Bajos: un análisis comparado desde la perspectiva neoinstitucionalista* (Tesis Doctoral), Universidad Complutense de Madrid, Madrid España, 2019, p. 170.

²⁸⁸ *Ibidem*, p. 165.

Lo anterior cobró real trascendencia que *“las autoridades holandesas asumieron que el consumo lúdico de drogas ilegales no era un problema moral, sino que era una característica inevitable en las sociedades occidentales plurales. Por lo tanto, el objetivo de la política de drogas debía ser la reducción de los riesgos y daños derivados del consumo de drogas, tanto para el individuo como para su entorno cercano y para la sociedad en general.”*²⁸⁹ Con estas afirmaciones, la política de drogas en Holanda enfatizó tres enfoques: el primero de carácter preventivo buscando la disminución del consumo de drogas; el segundo de carácter correctivo con la idea de reducir riesgos y daños tanto individuales como colectivos y; un tercer enfoque de tratamiento con la idea de rehabilitar la salud y no recaer en el consumo de drogas, previniendo con ello un consumo problemático, es decir, la comisión de delitos bajo los efectos de las drogas.

En este orden de ideas, para materializar la política actual de drogas en Holanda, la seriedad con que se tomó el fenómeno social de drogas ilegales fue fundamental. Se formaron comisiones de expertos con la finalidad de identificar factores que se asocian al consumo de sustancias, emitiendo propuestas de solución: se tomaron en cuenta los resultados de dichas comisiones y las trasladaron a la legislación para reformar la Ley del Opio en 1976 que estuvo marcada, debido a los informes de las comisiones, por un carácter técnico y científico, cuyos objetivos se traducían en la prevención, limitación o reducción de los riesgos y perjuicios asociados al consumo de drogas tanto individual como colectivamente.

Por otro lado, se priorizó la persecución del tráfico de drogas a gran escala para con ello reducir la demanda; además de acciones preventivas e informativas para desalentar el consumo. En materia de salud, se dotaba de asistencia con la finalidad de reducir riesgos, mejorar las condiciones de vida de los drogodependientes y procurar tratamientos en el mismo sentido para restablecer el más alto nivel de vida.

Definitivamente, Holanda representa una muestra clara de que la atención seria a un problema serio genera soluciones eficaces y sólidas que sirven de ejemplo a replicar. Se puede debatir sobre las condiciones geopolíticas, culturales,

²⁸⁹ *Ibidem*, p. 166.

económicas y demográficas, lo que no se puede hacer es eternizar prácticas que afectan derechos sustanciales como la seguridad, la salud y la vida.

IV.3. Instrumentos internacionales enfocados al derecho a la salud con perspectiva de tratamiento a los adictos en prisión

Previo a desarrollar la propuesta de investigación y una vez analizada la problemática desde perspectivas particulares; la existencia del fenómeno de las adicciones en prisión y sus consecuencias afectan a un sistema penitenciario en constante crisis. La recurrencia a instrumentos internacionales se asume con el objetivo de enfatizar que algunos plantean que las personas privadas de la libertad deben de contar con derechos humanos dentro de prisión, la salud entre ellos.

Los Derechos Humanos se reconocen también sobre personas privadas de la libertad. El derecho a la salud forma parte de aquellos no limitados. Al respecto, se obliga a las autoridades penitenciarias a mantener la salud de los presos durante su estancia en prisión; no deteriorarla a través de medidas como la tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes, omisiones institucionales, entre otros. A pesar de ello, hay transgresiones al derecho a la salud que se consuman a través de acciones u omisiones ejecutadas hacia las personas privadas de la libertad que sufren algún síntoma o enfermedad, producto del consumo o adicción dentro de prisión. Lo anterior, obliga a que el Estado asuma la responsabilidad de cumplir con el deber ser del sistema penitenciario; concebir políticas que mejoren el tratamiento en materia de salud e incorporar contenidos que de manera general los instrumentos internacionales consagran.

En ese tenor, la necesidad de un análisis sobre los instrumentos internacionales que contengan normas, reglas y principios vinculados al tema de la salud y tratamiento de las adicciones en prisión, permitirá instituir mecanismos de contención y reducción de riesgos hacia los internos presos que padecen los efectos de las drogas en su etapa de adicción. En este apartado, se describen aspectos de derecho interno sobre el reconocimiento constitucional del derecho a la salud con la finalidad de describir los alcances que guarda la norma interna en relación con los

instrumentos internacionales, esto, en la búsqueda de vincular, en el plano de las leyes secundarias, el reconocimiento e implementación de la normativa frente a fenómenos en prisión como las adicciones.

IV.3.1 Instrumentos internacionales

a) Declaración Universal de los Derechos Humanos

Como una forma de entender el alcance y reconocimiento de los derechos de cualquier persona por el hecho de ser humano; la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) plantea en su preámbulo que:

“La libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana; que el desconocimiento y el menoscabo de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad; que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión.”²⁹⁰

La DUDH considera que los humanos nacemos libres en dignidad y derechos. La vida es consagrada como eje fundamental y considera que nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Las personas privadas de la libertad, aun bajo estas condiciones, pertenecen a la familia humana a pesar de contravenir las normas jurídicas de índole penal: reciben una sanción, pero esta solo limita derechos de libertad, civiles y políticos, es decir, los demás derechos no se trastocan ni se limitan manteniendo su respeto irrestricto. No obstante, hay una ausencia de facto en el reconocimiento, pues en condiciones de encierro, se transgreden derechos y se siguen reproduciendo sistemáticamente conductas violentas y de discriminación aún en el México moderno.

²⁹⁰ Organización de las Naciones Unidas, Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Por lo tanto, la presencia de condiciones no idóneas en prisión como la sobrepoblación, el hacinamiento, autogobierno, drogas, entre otros, coexisten con los tratos inhumanos, crueles y degradantes que agravan sustancialmente el fenómeno de la adicción, representando un riesgo para la salud y la vida de las personas en prisión. Frente a esto, el “*Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* aduce en su artículo 12 que los *Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*”²⁹¹ El reconocimiento formal no actúa por sí mismo, es imperiosa la adopción de medidas a fin de asegurar su efectividad, entre ellas:

“c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

*d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”*²⁹²

Por lo tanto, en materia de derecho a la salud y vida, la Declaración Universal de Derechos Humanos, sus subsecuentes declaraciones y principios están concatenados a otros instrumentos que a continuación se analizan y describen, buscan elevar y mantener el más alto nivel de salud física y mental posible. Disposiciones de carácter internacional como esta son el deber ser en materia de salud, a esta se suman otras con importantes avances sobre el problema de adicciones en prisión:

1. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela)

²⁹¹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, disponible en https://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo_social/docs/marco/Pacto_IDESC.pdf

²⁹² *Idem.*

Las Reglas Nelson Mandela plantean disposiciones que regulan el desarrollo de acciones encaminadas al tratamiento de adictos en prisión. Estas se erigen como principales ejes a considerar sobre la estructura normativa y organizativa de un modelo que va dirigido a la prisión, beneficiando a los sujetos con dichos problemas. En cumplimiento, se parte de un requerimiento económico que trasciende en un primer momento como medida general por parte de la Asamblea General, misma que impele a los Estados asignar recursos humanos y financieros suficientes para ayudar al mejoramiento de las condiciones penitenciarias y la aplicación de las Reglas Nelson Mandela. Este llamamiento resulta imprescindible si se busca mejorar las condiciones en prisión. El tema económico hace funcionar todo el aparato penitenciario. La Asamblea afirma que la ausencia de recursos es un problema recurrente en gran parte de las cárceles del mundo.

Ahora bien, con respecto a las reglas y su consideración en temas de salud y tratamiento de adicciones, estas se han clasificado y categorizado con el objetivo de identificar el deber ser del actuar penitenciario. Además, su clasificación y categorización se enmarcan con un objetivo: se traducen en elementos a considerar para concebir un protocolo, donde se integre también, la estructura de los tratamientos, exportadas del análisis y la descripción de las reglas que configuran la hipótesis de cada categoría estructurada y analizada de la siguiente forma.

- *Condiciones dignas.* “Consolidar el tema del respeto a la dignidad y valor intrínseco como seres humanos (regla 1) para que, una vez que entren a prisión, se reconozcan necesidades individuales de los reclusos (regla 2.2), categorizando los grupos vulnerables en el contexto penitenciario. Lo anterior con la finalidad de no agravar los sufrimientos inherentes a tal situación. Regla 3.”²⁹³

Estas condiciones representan el principio de todo sistema penitenciario, pues se trata de seres humanos en prisión, por ello, sus individualidades deben estar

²⁹³ Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela), disponible en https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Brochure_on_the_The_UN_Standard_Minimum_the_Nelson_Mandela_Rules-S.pdf

salvaguardadas en todo momento desde su ingreso a prisión y una vez compurgada su condena según sea el caso.

- *Objetivos sociales.* Lo que se busca con la prisión es proteger a la sociedad contra el delito y reducir la reincidencia. Se debe aprovechar el tiempo en prisión con miras a la reinserción. Esto solo se consigue con asistencia apropiadas y disponibles basadas en salud. No debe haber uniformidad en el trato, este debe ser acorde a necesidades de tratamiento individuales de los reclusos. Reglas 4.1 y 4.2.²⁹⁴

Al perseguir objetivos que benefician a la población en general, no se debe perder de vista que también esos objetivos deben fundamentarse en una individualidad, pues así como se individualiza la pena, la forma de tratamiento también debe de seguir esa lógica, pues la uniformidad y homologación de tratamientos pueden resultar contraproducentes. Al igual que en el derecho penal se prohíbe la analogía, en el contexto del tratamiento de las adicciones se debe actuar bajo esta premisa.

- *Historial clínico.* Mantener registros e historiales médicos correctos, actualizados y confidenciales de todos los reclusos. Se deberá permitir al recluso que lo solicite el acceso a su propio historial. Todo recluso podrá facultar a un tercero para acceder a su historial médico.

Esta categoría se funda en la necesidad de dar certidumbre con datos que indiquen la situación de las personas que padecen la problemática de la adicción. Se trata de un monitoreo constante por parte de personal dispuesto para tal efecto. Lo anterior permitirá tener control y vigilancia de los movimientos, alteraciones y anomalías en el comportamiento de las personas privadas que padece la enfermedad de la adicción.

²⁹⁴ *Ídem.*

- *Salud.* “Facilitar al recluso acceso rápido de atención médica en casos urgentes. Regla 27.1. La asistencia médica será otorgada por el estado y contará con los mismos estándares que en el exterior sin discriminación. Los servicios médicos deben estar en estrecha relación con los servicios de salud pública para que en el exterior se continúe con el tratamiento y la atención, incluso en lo que respecta al VIH, la tuberculosis, otras enfermedades infecciosas y la drogodependencia. Regla 24.1 y 24.2.”²⁹⁵

La atención rápida debe ser prioridad en condiciones de encierro. Una sobredosis, un abuso de sustancias psicoactivas, la presencia de patología dual, representan un riesgo que se agrava por la omisión de la autoridad que no reacciona de forma inmediata una vez que se le presentan acontecimientos de esta envergadura. El tiempo aquí es crucial, pues trasladar al interno con problemas puede representar un deterioro crítico en su salud, cuestión que se reduciría si se contara con una estructura penitenciaria idónea para atender esta problemática en el interior.

- *Tratamiento.* “Cuando la duración de la pena lo aconseje, tan pronto como sea posible, tras el ingreso del recluso en prisión y después de un estudio de su personalidad, se establecerá un programa de tratamiento individual que basado en la información obtenida sobre sus necesidades, capacidad e inclinaciones particulares. Regla 94.”²⁹⁶

Lo anterior solo es posible si se cumple con el punto del historial clínico. Atendido aquel, contar con un equipo que apoye la estructuración de un plan orientado a la rehabilitación y reinserción social efectiva, se convierte en el siguiente paso para el tratamiento. Por lo tanto, es necesario de “*un equipo interdisciplinario con suficiente*

²⁹⁵ *Ídem.*

²⁹⁶ *Ídem.*

personal calificado, con plena independencia clínica y suficientes conocimientos especializados en psicología y psiquiatría. 25.1 y 25.2.”²⁹⁷

Lo dicho arriba se fortalece con la regla 30, cuando en la implementación de tratamiento, la regla determina que se procurará en especial:

- “a. Reconocer las necesidades de atención de la salud y adoptar todas las medidas necesarias para el tratamiento;*
- c. Detectar todo indicio de estrés psicológico o de otra índole causado por la reclusión, incluidos el riesgo de suicidio o autolesión y el síndrome de abstinencia resultante del uso de drogas, medicamentos o alcohol, y aplicar todas las medidas o tratamientos individualizados que corresponda;*
- d. Facilitar a los reclusos de quienes se sospeche que sufren enfermedades contagiosas aislamiento médico y un tratamiento apropiado durante el período de infección;*
- e. Determinar la capacidad física de cada recluso para trabajar, hacer ejercicio y participar en otras actividades, según corresponda (énfasis añadido).”²⁹⁸*

El establecer lineamientos a cumplir desde el ingreso a prisión permite reconocer conductas y necesidades, cuya proyección, además del tratamiento, proporcionarán síntomas que detecten la presencia de enfermedades contagiosas, crónicas, entre otras, con un alto porcentaje de dispersión entre la población privada de la libertad.

- *Personal penitenciario y de tratamiento.* “El personal que labora en el sistema penitenciario deberá ser seleccionado cuidadosamente en 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. Para estos fines se procura que estos sean profesionales contratados a tiempo completo con la condición de funcionarios públicos y, por tanto, con la seguridad de que la estabilidad en su empleo

²⁹⁷ *Ídem.*

²⁹⁸ *Ídem.*

dependerá únicamente de su buena conducta, de la eficacia de su trabajo y de su aptitud física. Regla 74.”²⁹⁹

La educación del personal debe ser especializada y suficiente, pues se dispondrá de su capacidad y herramientas necesarias para desempeñar sus funciones de una manera profesional. Deberá ser capacitado adecuadamente antes de entrar en funciones. Dicha capacidad deberá reflejar las mejores prácticas contemporáneas de base empírica en el ámbito de las ciencias penales. Mantener una constante capacitación en el desempeño de sus actividades. Regla 75. La formación tendrá como ejes: la legislación, los reglamentos y las políticas nacionales pertinentes, así como los instrumentos internacionales y regionales aplicables, cuyas disposiciones deberán regir la labor del personal penitenciario y su interacción con los reclusos. Regla 76. Con la finalidad de cumplir las necesidades en materia de tratamiento en adicciones del sistema penitenciario, la plantilla del establecimiento tendrá un número suficiente de especialistas, como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, maestros e instructores técnicos. Regla 78.³⁰⁰

La diversificación del personal, además de su especialización para tratar personas con conductas adictivas debe ser constante. Un número adecuado de acuerdo a las necesidades de cada prisión será el que integre las filas para operar el interior. El personal con actividades del control y vigilancia debe ser independiente al de los encargados del tratamiento; ejemplo de una figura de control y vigilancia podrá ser el custodio-terapeuta.³⁰¹

En este orden de ideas, la educación debe ser asumida por el sistema penitenciario como parte de un estado que debe poner a disposición de la población, en este caso a la población con problemas de adicción, pues el personal que aquel emplee y que destine para la atención, además de una capacitación especializada, necesitará de sensibilidad y concientización, lo anterior para atender y entender el

²⁹⁹ *Ídem.*

³⁰⁰ *Ídem.*

³⁰¹ Es una figura que fusiona las capacidades de control y vigilancia, así como de la especialización para tratar emergencias que se presentan en la prisión motivo de los efectos de las drogas que padecen los internos.

contexto del fenómeno al que se enfrentan y al que tienen que atender. Esto bajo la idea de que son personas sujetos de derecho hacia quienes se ejecutan las mejores prácticas en la implementación de modelos de tratamientos

- *Inspecciones.* “Ante la necesidad de dar cumplimiento al respeto de los derechos humanos en las prisiones y el buen manejo en la administración; el objetivo de las inspecciones será velar por que los establecimientos penitenciarios se gestionen conforme a las leyes, reglamentos, políticas y procedimientos vigentes, con la finalidad de que se cumplan los objetivos de los servicios penitenciarios y correccionales, y por que se protejan los derechos de los reclusos. Regla 83.”³⁰²

A la inspección deberá dotárcele de autonomía como órgano externo, la cual deberá estar integrada, además de personal penitenciario, de organizaciones no gubernamentales e instituciones de salud, lo anterior se proyecta con la finalidad de que la actividad no sea monopolizada por la autoridad penitenciaria, y tener certeza de los avances en materia de prisiones y tratamiento, pues el rubro de la inspección involucra ambos aspectos.

- *Tratamiento previo a egresar de prisión.* “Se adopten las medidas necesarias para asegurarle un retorno progresivo a la vida en sociedad. Regla 87. En el tratamiento de los reclusos no se hará hincapié en el hecho de su exclusión de la sociedad, sino, por el contrario, en el hecho de que continúan formando parte de ella. Cada establecimiento penitenciario contará con la colaboración de trabajadores sociales encargados de mantener y mejorar las relaciones del recluso con su familia y con los organismos sociales que puedan serle útiles. Regla 88.”³⁰³

³⁰² Op. Cit., Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela).

³⁰³ *Ídem.*

La idea de reinserción no solo corresponde al estado, pues los beneficios y el primer apoyo social con que cuenta el preso es la familia, quien forma parte de una sociedad a la que en su momento el preso regresará, en ese tenor, *“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. Regla 90.”*³⁰⁴

En definitiva, adoptar medidas propias de la reinserción de personas privadas de la libertad a la vida al exterior es crucial. Se trata de una etapa de tratamiento de preliberación y post penitenciario. Desafortunadamente, una vez fuera, la autoridad se deslinda al no estar sometido ya a su control. Lo anterior sugiere que si no hubo tratamiento de ninguna índole, el reingreso se presenta como una alternativa muy recurrente a considerar, solo que en condiciones distintas: reingreso y reincidencia por delitos de mayor gravedad, consumo de drogas agravado, así como una mayor penalidad a la previamente cumplida.

2. Principios básicos para el tratamiento de los reclusos

Los siguientes instrumentos internacionales observan una notoria semejanza de las Reglas Nelson Mandela: el trato con respeto, el valor y la dignidad son constantes dentro de dichas reglas e instrumentos internacionales.

Los principios reproducen el discurso sobre la dignidad, el no menoscabo de los Derechos Humanos. Para el caso del derecho a la salud se destacan los siguientes puntos:

- “Trato humano y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.
- No se restringen ni menoscaba ninguno de los derechos humanos de las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión reconocidos o vigentes en un Estado en virtud de leyes, convenciones, reglamentos o

³⁰⁴ *Ídem.*

costumbres so pretexto de que el presente Conjunto de Principios no reconoce esos derechos o los reconoce en menor grado.

- *Se 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.*
- *Quedará debida constancia en registros del hecho de que una persona detenida o presa ha sido sometida a un examen médico, del nombre del médico y de los resultados de dicho examen. Se garantizará el acceso a esos registros. Las modalidades a tal efecto serán conforme a las normas pertinentes del derecho interno.”³⁰⁵*

3. Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de la libertad en las Américas.

Recoge y resalta, al igual que los principios y las reglas anteriores, elementos como el valor de la dignidad humana, los derechos fundamentales reconocidos en el sistema interamericano y por los demás sistemas de protección internacional de los Derechos Humanos:

Destaca aspectos como:

- *El registro.* “A través de este se mantiene un control de las condiciones de la persona privada de la libertad cuyos elementos mínimos a saber son: nombre, edad, sexo, nacionalidad, dirección y nombre de los padres, familiares, representantes legales o defensores, en su caso, u otro dato relevante de la persona privada de libertad.”³⁰⁶

³⁰⁵ Véase, Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión, disponible en <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/detentionorimprisonment.aspx>

³⁰⁶ *Ídem.*

El más importante, de acuerdo con la investigación, consistirá en la información que se obtenga de dicho registro referente al estado psicofísico de los internos.

- *Examen médico.* La práctica de un examen médico, psicológico, inmediatamente después de su ingreso a prisión. La finalidad será detectar síntomas previos o avanzados de problemas de drogas, mismos que serán registrados.
- *Derecho a la salud.* “Entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada, para ello es necesario contar con la disponibilidad permanente de personal médico idóneo e imparcial; el acceso a tratamiento y medicamentos apropiados y gratuitos; la implementación de programas de educación y promoción en salud, inmunización, prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, endémicas y de otra índole; y las medidas especiales para satisfacer las necesidades particulares de salud de las personas privadas de libertad pertenecientes a grupos vulnerables o de alto riesgo, tales como: las personas adultas mayores, las mujeres, los niños y las niñas, las personas con discapacidad, las personas portadoras del VIH-SIDA, tuberculosis, y las personas con enfermedades en fase terminal. El tratamiento deberá basarse en principios científicos y aplicar las mejores prácticas.”³⁰⁷

4. Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes³⁰⁸, Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas 1988³⁰⁹ y Convenio sobre Sustancias Sicotropicas de 1971

³⁰⁷ Véase, Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, disponible en <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/PrincipiosPPL.asp>

³⁰⁸ Convención única de 1961 sobre estupefacientes https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf

³⁰⁹ Convención de las naciones unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas 1988 https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf

Las tres convenciones coinciden en la necesaria implementación de medidas contra el uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Al determinar que ante la presencia de estas actividades se asume que el riesgo de una ausencia de políticas que incorporen dichas acciones provocan un impacto mayúsculo, prueba de ello son las millones de personas en el mundo con problemas de consumo y adicción a las drogas. Para que esto disminuya, las convenciones introducen directrices, cuyo enfoque está marcado por el objetivo de rehabilitar a la persona con adicciones, poniendo a disposición de dicho objetivo el recurso necesario.

5. Declaración de Kampala sobre las condiciones penitenciarias en África

La declaración de Kampala destaca algunos aspectos esenciales no incluidos en los anteriores instrumentos internacionales:

- El sistema de carrera penitenciaria.
- El manejo del sistema penitenciario a través de ministerios distintos y no solos por uno.

Instituir la carrera penitenciaria y el control alternativo supone el mantenimiento del sistema bajo principios de autonomía, transparencia y profesionalismo. Se evitaría el hermetismo de continuar bajo un solo ministerio o poder del Estado, incluso, abre la puerta a los organismos no gubernamentales a participar y prestar especial atención a los reclusos con problemas diversos.

6. Declaración de Arusha sobre buenas prácticas penitenciarias

La conformación de prácticas encontradas en la Declaración de Arusha refuerzan los objetivos de los instrumentos dados anteriormente. Se trata de acciones pensadas para hacer frente a la problemática, cuyo objetivo es que aquellas se afiancen dentro de prisión.

7. 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, encargados 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 tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas.

Principio 2. Constituye una violación patente de la ética médica, así como un delito con arreglo a los instrumentos internacionales aplicables, la participación activa o pasiva del personal de salud, en particular de los médicos, en actos que constituyan participación o complicidad en torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, incitación a ello o intento de cometerlos.”³¹⁰

En conclusión, al extraer de instrumentos internacionales contenidos normativos relacionados con la atención a problema de salud, drogas, consumo y adicción, se busca dar solidez en la conformación y construcción de herramientas jurídicas y operativas (protocolo) que den certidumbre de cómo hacer frente al fenómeno de los internos afectados por las adicciones. Dichos contenidos deben de ser incluidos en la normatividad nacional con miras a satisfacer objetivos constitucionales con el apoyo de las instituciones de salud.

³¹⁰ Véase, 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 <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>

Conclusiones

1. La crisis del sistema penitenciario agudiza las condiciones precarias que presentan escollos para la población reclusa. Esta ha configurado nuevos riesgos que coexisten y alimentan realidades en prisión. En este contexto, la práctica recurrente del ingreso de drogas, el consumo y la adicción en prisión se ha posicionado como una de ellas. Su presencia se ha tornado invisible frente al sistema penitenciario -o así lo hacen creer-, pues la ausencia de mecanismos de identificación de este grupo poblacional ha provocado el ocultamiento de una realidad con consecuencias graves.

Queda de manifiesto que los operadores de toda la estructura penitenciaria contribuyen a la propagación y perpetuidad del fenómeno, no solo desde una perspectiva de actuación, sino de permisibilidad en consonancia con agentes coludidos en prisión que hacen que el ingreso y el consumo de la droga se convierta en negocio fructífero. Lo anterior ha causado un acrecentamiento en la población afectada por el consumo y adicción a las drogas con un potencial riesgo de afectaciones a la salud.

No hay un sentido de reinserción por parte de los operadores y del sistema penitenciario en concordancia con los objetivos constitucionales. La forma en que se trata a la población penitenciaria, en específico, a grupos con

problemas de adicción, se encuentra secundada por omisiones y prácticas no acordes a la finalidad que debe perseguir el sistema penitenciario cuando una persona se encuentra bajo su tutela en razón de la comisión de un delito.

Lo anterior se ha nutrido de realidades que colocan a la prisión como ejecutora de dobles condenas: la privación de la libertad y el deterioro de la integridad física y mental (salud) consecuencia de la enfermedad causada por la adicción. Agravada esta en contextos de encierro por la carencia estructural para hacer frente a problemas complejos como las adicciones en prisión. Por lo tanto, la nula presencia de mecanismos y procedimientos efectivos que prioricen atención especializada en salud, solo recrudecen el problema y afectan las circunstancias médicas de una persona privada de la libertad con problemas de adicción.

2. Las adicciones en prisión se instauran como otro problema del que el sistema tampoco ha podido afrontar, pues la escasa información sobre la realidad fáctica del número de personas con dichas afecciones, la carencia de registros y monitoreo que describan el *modus vivendi* de cada caso, en particular de las personas que padecen el fenómeno en la prisión, resulta evidente.

Concretamente, la ausencia de registros clínicos imposibilita un control y vigilancia de personas con problemas de drogas. Su inexistencia no ha permitido, al sistema penitenciario, tener información certera de estadística acerca de quienes son consumidoras y adictas, además de la imposibilidad de identificación de las condiciones de una persona una vez que ingresa a prisión: si consume drogas o es adicto, si tiene una enfermedad transmisible por instrumentos como jeringas, la prevalencia con que consume drogas y de qué tipo, entre otras.

La carencia de toda información urgente y necesaria para un monitoreo y registro de su comportamiento como consumidor y adicto no ha permitido dimensionar la verdadera magnitud del problema. Con esto, la prisión parece

operar a *contrario sensu* en relación con lo consagrado en la Constitución. En ella no hay respeto por los derechos humanos, pues se trastocan derechos básicos como la salud, la dignidad, la integridad y se asume a la prisión como el escenario en el que conviven los inadaptados del sistema penal, los cuales se deben de mantener alejados de la población en el exterior.

En el problema de los adictos en prisión, el derecho a la salud y la reinserción social, esta última carece de todo sentido, pues ante la presencia de una enfermedad crónica como la adicción a las drogas, donde se prioriza la ingesta por encima de hábitos básicos como comer, dormir, entre otras. La presencia de dichos hábitos, además de los desórdenes mentales y de comportamientos causados por el consumo afectan notoriamente a la salud y se convierten en un obstáculo para la reinserción.

Al no tratar desde un primer momento el problema de las adicciones en la prisión, no se pueden estructurar planes de trabajo que abonen al tema de la reinserción, pues su comportamiento y trastornos, dominados por los efectos de las drogas y la enfermedad en sí, limitan sus acciones. Por lo tanto, la atención a la salud de este grupo poblacional con miras a una rehabilitación debe ser privilegiada si se busca una reinserción social efectiva.

Con este escenario, parece que el Estado ignora la dimensión del problema, pues la protección e implementación de mecanismos que abonen al restablecimiento de un derecho como la salud se encuentra fuera de sus objetivos. Así, hay una notable ausencia de políticas públicas para atacar el fenómeno, sus efectos y complicaciones. No hay una prospectiva en la inclusión de instrumentos internacionales, cuyo contenido sugieren acciones a implementar en torno a las adicciones en prisión desde un enfoque de salud pública, que trate, desde el ingreso a prisión, hasta la ejecución de tratamientos especializados observados al interior, el restablecimiento de la salud al más alto nivel apelando a una reinserción social congruente.

Por tanto, el sistema penitenciario continúa con prácticas y enfoques uniformes para la reinserción que no constituyen una individualización al tratamiento que cada persona necesita, mucho menos en tratándose de temas tan relevantes como las adicciones en prisión: pues con un personal insuficiente e incapaz, los programas especializados para la atención a las adicciones en prisión parecen no entrar en las estrategias institucionales.

3. Se debe entender a la prisión como el medio para un fin: la reinserción social. Garantizar un trato especializado para las personas con problemas de adicción en prisión no debe concebirse como un privilegio. Elevar la salud al más alto nivel es un mínimo básico que toda persona debe de tener, sea fuera o dentro de prisión. Sin embargo, la carencia de protocolos específicos vinculantes, programas especializados y medidas adecuadas que traten, desde un inicio, el problema del consumo, abuso y adicción a las drogas, así como sus consecuencias colaterales como la transmisión de enfermedades por drogas intravenosas que elevan el riesgo de contagios masivos por su uso reiterado y diversificado de drogas que causan desestructuras mentales, físicas y biopsicosociales en las personas que se encuentran privadas de la libertad, así como la presencia de sus efectos que coexisten con enfermedades como VIH, patología dual, comorbilidad o hepatitis, impiden lograr una rehabilitación y reinserción social.

Para el caso concreto de los adictos en prisión, podemos observar cómo los instrumentos internacionales, dirigidos a las prisiones, representan el deber ser acotado a escenarios que amalgaman toda una serie de alternativas a la hora de buscar respuestas al combate de problemas complejos como las drogas en prisión, el consumo y las adicciones. Sin embargo, los límites u omisiones de la acción gubernamental e institucional han marcado la pauta que reproduce y recrudece la crisis del sistema penitenciario con una actitud complaciente y permisiva.

No hay un cambio de perspectiva en el modelo punitivo ejecutado en la prisión. No obstante de que exista cierta permisibilidad (tolerancia) sobre el

consumo y posesión de drogas esta no termina por impactar, incluso combinado con un aumento de las penas en general, y en particular en materia de drogas no se perciben beneficios reales. Asimismo, el argumento al plantear el tema de las drogas como un problema de salud pública tampoco ha resultado del todo eficiente, pues hay dispraxis legislativa por ausencia de expertos involucrados en el tema de las drogas.

La notable ausencia de comisiones de expertos en la toma de decisiones políticas sobre un tema tan trascendente como las drogas, acogido como problema de salud pública, impacta en la realidad de una sociedad plural. La necesaria disposición de información científica y técnica sobre las drogas, su difusión, la adopción de instrumentos internacionales y los ejemplos de modelos incorporados en otras esferas, permiten explicar los procesos de aplicación de políticas, cuyos resultados deben impactar en el ámbito nacional sobre las drogas hasta un nivel macro.

Por lo tanto, la respuesta ante el fenómeno de las drogas en prisión se encuentra condicionada por la realidad pragmática de las prisiones. No se cumplen con las obligaciones estipuladas en la norma interna, cuyo deber ser del sistema penitenciario es organizarse sobre la base del respeto a los derechos humanos para lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad. Tampoco se toman del marco jurídico internacional sobre el trato a las personas privadas de la libertad estrategias para hacer frente al fenómeno de las drogas, el consumo y adicción en prisión.

En definitiva, si se quiere asumir de forma seria el fenómeno de las adicciones en prisión, como un problema de salud pública, se debe tener en cuenta, en principio, que se trata de personas que han cometido un delito y que además son adictas, aunado a ello se debe asumir que la sociedad y el Estado buscan mantenerlas alejadas de la sociedad, cuestión que debe de cambiar, pues no se trata de aislar o separar, se trata de implementar mecanismos que permitan a esta población estar en condiciones de convivir de nueva cuenta con la sociedad, bajo la idea de la rehabilitación y

reinserción social. Por lo tanto, teniendo en cuenta esta premisa, se debe contar con datos fehacientes que muestren la realidad del problema, implementando instrumentos que sirvan de guía para el manejo de situaciones en prisión. Aquí el papel vinculante de dichos instrumentos es necesario, pues se debe incluir en la normativa y adecuarse a cada caso concreto. Para que esto funcione, contar con una estructura acorde, tanto operativa como presupuestal es acuciante, además de dar legitimidad a las recomendaciones hechas por comités de expertos sobre cómo atender e individualizar cada caso.

Propuesta

Con las conclusiones vertidas, la necesidad de un protocolo general para el tratamiento de las adicciones dirigido a las personas privadas de la libertad es urgente. En consecuencia, se propone la estructura que éste deberá contener tomando en cuenta la realidad penitenciaria, así como el sustento en la normatividad internacional e interna dentro de la cual se moldean características de acuerdo a la realidad que el sistema guarda, sin menoscabar en ningún momento la esencia del deber ser mandatado constitucionalmente, asumiendo la prisión con una proyección futurista. El ideal de la prisión al atender problemáticas como los adictos está sustentada por experiencias de países europeos como España -sobre este se desarrolló el derecho comparado- y Holanda³¹¹, este último por la historia *suigeneris* de su respuesta al problema.

La factibilidad de la propuesta esta soportada por la idea de contemplar lo que ya se tiene, pues al contar con centros penitenciarios, se puede adecuar su estructura para atender dicha problemática, incluso implementarlos en los centros penitenciarios federales, ya que aquellos disponen de una estructura mayor y de una capacidad que no rebada a veces ni el 50% de la población. Además es necesario el aumento de presupuesto para que se asuman los costos del incremento de personal tanto de custodia como especializado. Se puede trabajar

³¹¹ Cfr., La tesis Doctoral de Alonso Pujiula, Sergio, *La política de drogas en España y Países Bajos: un análisis comparado desde la perspectiva neoinstitucionalista*, op. Cit. Van Kalmthout, A. M. "Aspectos en la política holandesa en materia de drogas", op. Cit.

con lo que se tiene, sobre todo en tratándose de los registros y monitoreo de las personas adictas en prisión, sin embargo, para que la ejecución integral del protocolo esté garantizada, será necesario que el estado asuma, presupuestal y funcionalmente el objetivo de una verdadera reinserción efectiva, atendiendo al deber ser contenido en la constitución.

Derivado de lo anterior, la estructura del protocolo deberá ser referente y vinculante en los procesos de ingreso a prisión. Por lo tanto, se propone además, la adición en la Ley Nacional de Ejecución Penal de un párrafo en dos artículos: en el primero de ellos se adiciona la fracción XXVIII Protocolos en el artículo 3 denominado Glosario, quedando de la siguiente forma:

“Artículo 3. Glosario

Para los efectos de esta Ley, según corresponda, debe entenderse por.”³¹²

XXVIII. Protocolos: conjunto de reglas y actuaciones que los operadores penitenciarios están obligados a cumplir en el ejercicio de sus funciones, mismas que podrán ser de carácter nacional, y en su caso internacional de las que el Estado Mexicano sea parte.

Por otro lado, se adiciona al artículo 75, del capítulo II sobre Salud, un párrafo cuarto el cual quedará como sigue:

“Artículo 75. Examen Médico de Ingreso

A toda persona privada de su libertad recluida en un Centro se le practicará un examen psicofísico a su ingreso, para determinar el tratamiento de primer nivel que requiera.”³¹³

... En caso de que del diagnóstico se desprenda la aparición de sustancias en el cuerpo que indiquen que la persona consume o es adicta a una droga, se estará a lo dispuesto por el Protocolo General de Actuación para el Tratamiento de las Adicciones Dirigido a las Personas Privadas de la Libertad.

³¹² Op. Cit. Ley Nacional de Ejecución Penal.

³¹³ *Ídem.*

Con la adición de estos puntos en la Ley Nacional de Ejecución Penal, se hace patente un enfoque de salud pública motivado por el derecho a la salud instituido en la Constitución. La incorporación se encuentra sustentada en directrices que emanan de instrumentos y mecanismos de carácter internacional, complementado con la normatividad interna. Lo anterior con el objetivo claro de dar certidumbre al manejo del ingreso a prisión y, de ser necesario, la ejecución de tratamientos en prisión de acuerdo a la implementación del protocolo, mismo que busca fortalecer prácticas positivas que garanticen la disminución de los riesgos, efectos y consecuencias producidas por el consumo y la adicción.

En este orden de ideas, la importancia de reinsertar personas rehabilitadas y sanas a la población impacta de forma positiva en aspectos tanto particulares como colectivos. En un primer momento debido a que si desde prisión no se cuenta con elementos que disminuyan los riesgos ocasionados por la presencia de la adicción que suponen un deterioro en la salud, consecuencia de la inexistencia de condiciones de salud idóneas que permitan a la persona privada de la libertad ejecutar planes de trabajo centrados en la educación, el trabajo y en deporte, tampoco existe una ideal de reinserción. Por lo tanto, estas condiciones continuarán fuera de ella, lo que de forma individual vendrá a ocasionar un deterioro mayor en la salud de una persona que ya cumplió con su condena, pues esta podría continuar con la ingesta de drogas, lo que complicaría todavía su presencia en la sociedad al asumir una posición de delinquir consecuencia de conseguir la droga bajo cualquier circunstancia. Por el contrario, si esto no sucediera y se reinsertara personas sanas, ya rehabilitadas y con desapego a las drogas, su enfoque y perspectiva cambian, pues ya no se preocuparía por consumir, puesto que hay un alto porcentaje de rehabilitación y se enfocaría en convivir de acuerdo a las reglas de la sociedad bajo un esquema concebido de acuerdo con un plan de trabajo ejecutado en prisión, mismo que le daría las herramientas para desarrollarse fuera de la prisión.

Por lo anterior, el objetivo del protocolo estriba en que su ejecución, desarrollo e implementación proporcione en un primer momento la identificación desde el ingreso a prisión de personas asiduas a drogas en grado de consumo, así como la

presencia de adictos: un registro general y clínico que permita, en lo sucesivo, un monitoreo constante. Determinar un diagnóstico elaborado por personal capacitado y, una vez hecho, acondicionar pabellones destinados para la atención de los adictos que, bajo estrictos requisitos, resulten idóneos para someterlos a un tratamiento y, finalmente, dar seguimiento de acuerdo al avance en las fases ejecutadas, en razón de las estrategias proyectadas para cada interno adicto.

En un inicio, los avances de cada interno-paciente dependerán de modelos de tratamiento adaptado al caso concreto. La operación de modelos, involucra una carga de responsabilidad sobre el personal, pues este deberá contar con capacidades y aptitudes necesarias para manejar eventualidades que, desde luego, un tratamiento de rehabilitación presenta. Posteriormente, en una etapa de postratamiento con la conclusión del programa y la subsecuente liberación, se espera que las personas, ya con herramientas suficientes para dotar del nivel más alto de salud, se impulse la reinserción a través de medios como el trabajo, el deporte y la educación cumpliendo con ello lo ordenado en la Constitución.

Los enfoques creados en torno a la problemática de las drogas y la adicción deben incorporar el cómo en su ejecución. La importancia de brindar pautas vinculantes cuyo incumplimiento suponga una sanción, hace que la normatividad impere en todo momento sobre las prácticas permisivas que han hecho del sistema penitenciario uno en crisis, cuya agudeza desestabiliza ambientes tanto en el interior como en el exterior: en el interior por razones planteadas a lo largo de la presente investigación; en el exterior la existencia de desconfiar de un sistema plagado de irregularidades donde no opera la reinserción efectiva.

Por lo tanto, la atención especializada hacia este grupo de la población, es solo una parte del mejoramiento, pues además de involucrar a los sistemas de salud en general, instituciones médicas, psiquiátricas, psicológicas, criminológicas y terapéuticas para que intervengan en un contexto de encierro, cuya finalidad deba ser garantizar el derecho a la salud y su exigencia en el ámbito jurídico, debe agregarse la responsabilidad social como apoyo básico: aquí la familia es trascendental.

En definitiva, debe haber un interés legítimo de agentes implicados en el tema de la salud, desde el Estado, la institución penitenciaria, los sistemas de salud, el sistema penal, sistema penitenciario y la sociedad en general. De la vinculación activa de los agentes necesarios para prosecución de objetivos dependerá si estos se cumplen o no, si hay una apreciación positiva o negativa de todos los involucrados.

En la búsqueda de reinsertar a la sociedad personas sanas, estables, conscientes y en óptimas condiciones de salud, es decir, con un estado de completo bienestar físico, mental y social que permita realizar actividades como educación, deporte y trabajo iniciadas en prisión y que, una vez superado el problema de la adicción, serán aplicadas en la sociedad después de cumplir su condena, estas consideraciones son inaplazables.

Estructura que debe integrar el protocolo:

Fundamentación

Instrumentos Internacionales

El presente protocolo se sustenta sobre la base de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y se reconoce la dignidad intrínseca de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana incluyendo a las personas privadas de la libertad; estos derechos y dignidades no deben de ser coartados a pesar de su condición jurídica.

“El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12 reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”³¹⁴, y, para ello, considera necesario poner énfasis en aspectos como: la prevención y tratamiento de enfermedades de cualquier índole y su lucha contra ellas. Por lo que es necesario un mecanismo que garantice el acceso a derechos a los servicios de asistencia médica en casos de enfermedad.

De forma específica, atendiendo al sistema penitenciario, se hace vinculante el contenido de las *“Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de*

³¹⁴ Op. Cit. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.*

los Reclusos (Reglas Nelson Mandela)” que reafirman el derecho a condiciones dignas para todas las en prisión. sobre esto se aducen temas como el acceso rápido a asistencia médica bajo los mismos estándares que en el exterior, así como la necesidad de un tratamiento individual con todos lo procesos de rehabilitación

Se adoptan consideraciones de las *“Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad.”* Se priorizan las necesidades de atención a la salud de internos con problemas de adicciones y la adopción de medidas necesarias para su tratamiento. Para ello se debe integrar al sistema penitenciario personal de control, vigilancia y de tratamiento apto, competente y en constante actualización con capacidad de respuesta inmediata en escenarios propios de adicciones: sobredosis, intoxicación, abuso de drogas, abstinencia, trastorno psicótico, entre otros.

Para verificar el cumplimiento de dichas acciones se deberá respetar en todo momento *“los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos y los Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de la libertad en las américas”*: principios sobre el trato hacia las personas privadas de la libertad, respeto a su dignidad, trato humano, goce de Derechos Humanos -salvo los restringidos por la condena impuesta-, derecho a no ser discriminados, derecho a un examen médico, registro clínico y acceso a dicho registro, derecho a la salud, tratamiento, registro médico, examen médico personal encargado del control y tratamiento, todos necesarios para mantener Derechos Humanos en atención a condiciones particulares.

Finalmente se invocan la Convención única de 1961 sobre estupefacientes³¹⁵, Convención de las naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas 1988³¹⁶y Convenio sobre sustancias sicotrópicas de 1971 para atender de forma especializada desde el inicio de la ejecución de programas, hasta la re inserción social social de quienes hagan uso indebido de estupefacientes.

³¹⁵ Op. Cit., Convención única de 1961 sobre estupefacientes.

³¹⁶ Op. Cit. Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas.

La incorporación de las anteriores convenciones están centradas en la idea de una necesaria implementación de medidas contra el uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, adecuadas hacia los centros penitenciarios donde existe el fenómeno de las drogas y las adicciones. Lo anterior debido a que el objetivo primordial será determinar la presencia de actividades de uso, aduso, habituación y adicción, requiriendo para tal efecto una identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas. La incorporación obedece a la ausencia de políticas que incorporen dichas acciones y que su ejecución puede provocar un impacto positivo en la vida de los internos adictos. Por lo tanto, para que esto disminuya, las convenciones son adoptadas con el objetivo de implementar todas las medidas posibles, con la necesaria formación de personal para el tratamiento, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de quienes hagan uso de estupefacientes. Para ello se adoptarán todas las medidas posibles y coordinarán sus esfuerzos. En este sentido, es necesaria la formación de personal para el tratamiento, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de quienes hagan uso indebido de estupefacientes.

La Declaración de Kampala sobre las acciones encaminadas a una estructura de carrera apropiada para el personal penitenciario y que el control del sistema penitenciario esté vinculado a dos o más ministerios de gobierno.

En materia de funcionarios encargados de la salud, se aplican los *“Principios de ética médica como parte de la función del personal de salud en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.”*

Derecho interno

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que reconoce Derechos Humanos a todas las personas: artículo 4 constitucional sobre el derecho a la salud; artículo 18 constitucional *“sobre el sistema penitenciario y su organización sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción*

del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir, observando los beneficios que para él prevé la ley.”³¹⁷

Ley General de Salud (LGS) sobre el derecho a la protección de la salud. Entendiendo por “*salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*”³¹⁸

Para el tema del tratamiento, la LGS contempla, dentro de la atención a enfermedades mentales a las “*personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas, así como la organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.*”³¹⁹ Lo anterior como el derecho a la protección de la salud.

Complementan estas disposiciones la:

- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica;
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones;
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico y;
- Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud.

La Ley Nacional de Ejecución Penal sobre las condiciones en las que se han de administrar los centros penitenciarios, desde su ingreso, egreso, funcionamiento, personal operativo, hasta los derechos en materia de salud que actualmente reconoce, adoptando como base para incorporar el presente protocolo las medidas básicas como la atención a la salud en general.

Mención aparte merece el tema de los planes de formación de personal en los penales. Sobre esto, existen los programas de formación inicial del sistema

³¹⁷ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

³¹⁸ Op. Cit., Ley General de Salud.

³¹⁹ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

penitenciario para el perfil de custodia penitenciarias, en el cual se encuentran objetivos como atribuciones y funciones del área de seguridad del centro penitenciario, conocer el marco jurídico en el que se basa la reinserción social y ejecutarlos a *“través del respeto a los derechos humanos, el trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud, el deporte y la participación efectiva de custodia penitenciaria en su cumplimiento.”*³²⁰ Además se cuenta con un programa de formación inicial del sistema penitenciario para el perfil técnico, cuyos objetivos se centran en la reinserción social. Entre las funciones de área técnica se *“destaca la ubicación de la persona privada de la libertad en un área específica en un Centro Penitenciario, elaboración e implementación del plan de actividades, con base en la Ley Nacional de Ejecución Penal y los principios constitucionales de legalidad, objetividad, profesionalismo, eficiencia, honradez y respeto a los derechos humanos.”*³²¹ Ambos se rigen bajo el contenido de la Ley Nacional Penal, incluso el contenido de su programa es integral y busca, desde la esfera del deber ser, acogerse en todo momento en su actuar respetando la dignidad humana de las personas privadas de la libertad. Su implementación se justifica debido al trabajo que se debe de ejecutar sobre personas que están siguiendo en prisión un proceso penal o cumpliendo una condena, por lo que el tratamiento se debe practicar con estricto apego a la realidad que se vive en prisión.

Competencia

La aplicación del protocolo en razón de la territorialidad deberá comprender los tres niveles de gobierno, es decir, tendrá competencia dentro de los Centros Federales, Estatales y Municipales de Reinserción Social. Por lo que su reglamentación interna

³²⁰ Véase Programa de formación inicial del sistema penitenciario para el perfil de custodia penitenciaria, disponible en, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/236710/PRP_-_11.pdf, fecha de consulta 15 de marzo de 2021.

³²¹ Véase Programa de formación inicial del sistema penitenciario para el perfil de custodia penitenciario para el perfil técnico, en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/236713/PRP_-_14.pdf, fecha de consulta 15 de marzo de 2021.

deberá ajustarse al contenido general del protocolo para hacer frente al fenómeno de las adicciones.

Objetivo del protocolo

El objetivo principal será la reducción de riesgos y un nivel de salud estable hacia sujetos con problemas de adicción en prisión, garantizando en todo momento los Derechos Humanos vigentes, su dignidad y una reinserción efectiva en la sociedad.

Objetivos específicos

- Contar desde el ingreso de las personas privadas de la libertad con un registro que permita la identificación, vigilancia y monitoreo hasta la implementación de un tratamiento especializado e individualizado aprobado por el comité y, ejecutado por personal designado para tal efecto, para que, una vez superada su problemática, el sistema penitenciario enfoque sus esfuerzos en temas de trabajo, educación, y deporte con miras a procurar una reinserción efectiva:
- Lograr una reducción de riesgos del uso y adicción a sustancias psicoactivas con miras a una disminución en el consumo y recaídas.
- Identificar y atender los desórdenes mentales y de comportamiento producidos por el uso de sustancias psicoactivas.
- La ejecución de tratamientos especializados en prisión dirigidos a quienes padecen la enfermedad de la adicción, cuya omisión obstaculiza la rehabilitación.
- La implementación de acciones como planes que involucren el trabajo, el deporte y la educación como medios para una reinserción adecuada después de lograda la rehabilitación.

Principios rectores

- Priorizar el derecho a la salud y la vida. Este descansa sobre el respeto a los Derechos Humanos previstos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, preponderando en todo momento y durante el periodo que la pena de prisión imponga el respeto al derecho a la salud y la vida como elementos del desarrollo de la personalidad.
- La no discriminación derivada de su condición jurídica, económica, social y de salud por parte del personal penitenciario encargado de tratarlos y dar seguimiento. En todo momento el trato debe ser acorde a los Derechos Humanos por parte de los operadores hacia las personas enfermas a consecuencia de las drogas. Los operadores deben de dirigirse en todo momento hacia ellas como personas y pacientes internos con las garantías que ello implica en ambas esferas. Consecuentemente se prohíbe toda clase de estigmatización³²² en razón del consumo de drogas.
- La estigmatización de la persona privada de la libertad y adicta tiene que ver con algún aspecto de la discriminación, pues al asumir a la persona como un adicto hay una exclusión de la sociedad, pues esta los quiere lejos de su círculo. La otra estigmatización, que también se asume como discriminación, tiene que ver con la condición jurídica, es decir, con la de delincuente y preso. Ambas son constitucionalmente vistas como forma de discriminación, específicamente por su condición jurídica, es decir, delincuente y adicto, las cuales se encuentran prohibidas.
- Diversificación del tratamiento. Debe proporcionarse en atención a las condiciones y necesidades que cada persona afectada por el fenómeno de

³²² 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”, Goffman, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires-Madrid, Amorrortu editores, 2006, pág. 25.

la adicción y consumo de drogas requiere. La ejecución y responsabilidad deberán estar a cargo de comités especializados.

- Progresividad y continuidad. Elementos que consistirán en una verificación permanente de las etapas en las que se encuentra la persona adicta y su evolución. Se deben considerar obstáculos propios que a lo largo de la intervención el paciente-interno sufrirá. Las recaídas constituyen un elemento inminente a lo largo del tratamiento, pero se deben asumir como parte del proceso que se evalúa con miras a su efectividad.
- Reinserción efectiva. Es la adecuada implementación de instrumentos y disciplinas puestas al servicio de las personas afectadas por la adicción en prisión, con la finalidad de conducir estas hacia un segundo nivel en la rehabilitación, es decir, enfocar los esfuerzos para incorporarlos en actividades como el trabajo, la educación, el deporte y prepararlos de forma anticipada al contacto con el exterior, proyectando así una reinserción integral.

Definiciones

Estas son necesarias, pues precisan la correcta identificación a lo largo de las fases o etapas que integran el tratamiento, desde el ingreso a prisión, hasta su correcta rehabilitación y posterior puesta en libertad con todas las herramientas necesarias para asumir la responsabilidad de convivir, de nueva cuenta, con la sociedad actual. Así pues deberá integrar definiciones como:

- *“Centro o Centro Penitenciario. Al espacio físico destinado para el cumplimiento de la prisión preventiva, así como para la ejecución de penas.”*³²³
- Persona privada de la libertad con problema de adicciones. Es la persona procesada o sentenciada que se encuentra afectada por la enfermedad de la adicción consecuencia del consumo de determinado tipo de droga.

³²³ La definición procede de la Ley Nacional de Ejecución Penal en el apartado de glosario contenido en su artículo 3.

- Salud. *“Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”*³²⁴
- Atención médica. *“Al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.”*³²⁵
- Comité profesional técnico sobre adicciones en prisión. Es el órgano colegiado conformado por profesionistas, técnicos, especialistas y personal penitenciario encargado de aprobar tratamientos especializados para ejecutarlos en prisión.
- Establecimiento para la atención médica dentro del centro penitenciario. Se identifica como todo aquel lugar fijo destinado para prestar servicios de atención médica dentro de prisión.
- Pabellón de tratamiento en prisión. Es aquel establecimiento dentro de prisión donde convergen las personas a quienes se les ha de aplicar un modelo de tratamiento especializado y que se destina para cierto número de participantes.
- *“Expediente clínico. Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.”*³²⁶
- Paciente en tratamiento por drogas privado de la libertad. Es el beneficiario directo de la atención médica, tratamiento y rehabilitación como consecuencia de la adicción a las drogas en prisión.
- Resumen clínico. *“Documento elaborado por un médico en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo:*

³²⁴ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

³²⁵ La definición procede de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, en el numeral 4 de definiciones.

³²⁶ *Ídem.*

*padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.*³²⁷

- Adicción o dependencia. Es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.
- Adicto o farmacodependiente. *“Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.*³²⁸
- *“Co-morbilidad. Es la presencia de dos o más trastornos en un mismo individuo.”*³²⁹
- Patología dual. Es la coexistencia, en un mismo paciente, de una dependencia a una o más sustancias junto con otro trastorno psiquiátrico
- *“Comunidad terapéutica. Es un contexto y un método de tratamiento que busca la rehabilitación de adictos a través de la modificación en el estilo de vida y del cambio de identidad personal. Se sustenta en la ayuda mutua y en la interacción comunitaria. Puede ser operada por personal de adictos en recuperación, por profesionales o por personal mixto.”*³³⁰

³²⁷ *Ídem.*

³²⁸ World Health Organization, Glosario de terminos de alcohol y drogas, Ministerio de sanidad y consumo, España, 1994, p 13.

³²⁹ Definición contenida en la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica en el apartado de referencias 4.1.10.

³³⁰ Definición contenida en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, -tratamiento y control de las adicciones, en el apartado de referencias 3.11.

- *“Consumo de sustancias psicoactivas. Es el rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central.”*³³¹
- *“Droga. Se refiere a cualquier sustancia que previene o cura alguna enfermedad o aumenta el bienestar físico o mental. En farmacología se refiere a cualquier agente químico que altera la bioquímica o algún proceso fisiológico de algún tejido u organismo.”*³³²
- *“Rehabilitación del adicto. Es el proceso por el cual un individuo que presenta trastornos asociados con sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.”*³³³
- *“Reinserción social. Es el conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social.”*³³⁴
- *“Sustancia psicoactiva o psicotrópica. Es la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Esos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y el alcohol.”*³³⁵
- *“Tratamiento. Es el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e*

³³¹ *Ibídem*, 3.14.

³³² *Ibídem*, 3.17.

³³³ *Ibídem*, 3.50.

³³⁴ *Ibídem*, 3.51.

³³⁵ *Ibídem*, 3.54.

*incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.*³³⁶

Operatividad

Iniciar al momento del ingreso con un estudio, análisis y diagnóstico médico a todo aquel interno con la finalidad de identificar la presencia de síntomas relacionados con el uso o adicción a alguna droga, padecimientos psíquicos, detectar enfermedades como hepatitis, virus del papiloma humano (VPH), VIH, entre otros, cuya coexistencia represente un riesgo.

Se deberá abrir un expediente y registro clínico, el cual estará en todo momento a disposición, tanto del personal penitenciario para tal efecto, así como para el personal encargado de su tratamiento y la persona privada de la libertad. Dicho expediente y registro clínico servirá de respaldo estadístico e indicará qué población se encuentra afectada por el fenómeno de las adicciones en un contexto general. Lo anterior con la idea de contar con registros confiables sobre el número de personas que padecen la problemática de las adicciones en prisión.

Identificada la persona privada de la libertad con problema de adicciones, inmediatamente se tomarán las medidas para determinar en qué condiciones se encuentra su estado de salud y las acciones a ejecutar.

Ubicación

Se deberá contar con un establecimiento o pabellón dentro de prisión³³⁷ que formará parte de la estructura del sistema penitenciario. Lo que se busca con ello es separar

³³⁶ *Ibíd.*, 3.57

³³⁷ De acuerdo con las condiciones reales de la prisión mexicana y ante el problema de la superación de la capacidad instalada, será necesario el acondicionamiento de la estructura penitenciaria actual. Sobre esto se precisa que las prisiones estatales en su mayoría se encuentran rebasadas en cuanto al número de personas privadas de la libertad, sin embargo, se pudiese recurrir a las prisiones de carácter federal ya que estas en su mayoría no sufren dicha problemática y en ellas se puede, de forma provisional, habilitar establecimientos o pabellones para tal efecto-.

a las personas privadas de la libertad con problemas de adicciones de la población interna general. Lo anterior con la finalidad de crear un ambiente idóneo que apoye los diversos tratamientos implementados de acuerdo a las necesidades de cada individuo. Esto ayudará a mantener espacio libre de sustancias que generen ansiedad y recaídas que comúnmente se presentan dentro del tratamiento.

Para el caso de los adictos en prisión, alternativas de inmuebles conexos a la prisión como espacios que garanticen modelos en el exterior como opción alterna resulta idóneo, en el entendido de que la infraestructura interna de la prisión no permite albergar pabellones internos por las condiciones actuales de todo el sistema penitenciario, sobre todo en los centros de carácter estatal.

Personal capacitado y suficiente

Deberá estar integrado por equipos profesionales técnicos y terapéuticos, cuya capacitación será de acuerdo a las condiciones de seguimiento y tratamiento dentro de los centros penitenciarios, para lo cual se debe considerar el encierro continuado, derivado de una pena privativa de la libertad y la infraestructura penitenciaria actual.

El equipo técnico deberá estar integrado por personal de la prisión, personal de instituciones de salud destinadas para el tratamiento regulado por la Ley General de Salud y personal de otras áreas que contribuyan con la rehabilitación integral. Además, deberá contar con un comité profesional técnico sobre adicciones en prisión. En este sentido, tendrá todas las facultades y competencias en razón de lo contemplado por la ley de salubridad.

Conformación de los equipos técnicos profesionales y el personal de vigilancia:

- Coordinadores
- Médicos
- Terapeutas
- Psicólogos
- Criminólogos
- Juristas
- Trabajadores sociales

- Psiquiatras
- Maestros
- Educadores
- Seguridad y custodia
- Deportiva

El número de profesionales y técnicos, para ejecutar determinado tratamiento, se conformará con base en las necesidades profesionales y de especialidades que el tratamiento requiera y sobre las cuales este se desarrolle. Para ello, la autoridad penitenciaria y de salud en todo momento deberán de disponer de personal suficiente y necesario, además de ampliar las condiciones presupuestales para la contratación de personal bajo estos requerimientos que, por su puesto, registrará un gasto considerable, pero que con el proyecto a largo plazo el beneficio será mayor, sobre todo si se compara con la puesta en marcha de la maquinaria judicial si la persona en prisión, una vez liberada y no rehabilitada, vuelve a delinquir.

Programas de atención integral para las personas privadas de la libertad con problemas de adicción

A través del comité profesional y técnico sobre adicciones deberán trazarse programas de atención, atendiendo a las necesidades específicas de cada individuo en prisión. Deben estar basados en modelos de ayuda mutua, comunitarios, mixtos, modelo profesional y modelos alternativos.

Lo que se busca es un programa que opere bajo una comunidad terapéutica intrapenitenciaria que se configure como una intervención de tratamiento³³⁸ integral, cuya deshabituación a las drogas permita, durante el cumplimiento de la pena, la

³³⁸ Reglas de Tokio 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.

adopción de un tratamiento que cumpla con el objetivo de la rehabilitación de las personas privadas de la libertad con problemas de adicciones. Para esto sus objetivos deberán estar centrados en:

- Entornos adecuados para facilitar e integrar cambios sustanciales fuera de una realidad que no sean las drogas.
- Recuperar por parte de la persona privada de la libertad con problemas de adicción la concepción real de su entorno social, familiar particular, de identidad y reinserción.
- Romper con los eslabones que lo han llevado cometer actos delictivos y a drogarse.
- Dotar de herramientas necesarias para afrontar su realidad a través de propuestas educativas, deportivas y laborales que le permitan acceder a una reinserción social efectiva una vez cumplida su condena.

La tarea principal es la deshabituación y rehabilitación de la adicción. La etapa posterior a esta también es de suma importancia, pues de ella dependerá su reinserción en condiciones idóneas a través de herramientas que abonen al sostenimiento de una vida libre de adicciones y conductas delictivas.

Fases en el modelo de tratamiento

- Motivación
- Comunidad terapéutica

La función de la fase de motivación se concibe como una proyección de cambio, esta será frente a la percepción que se tiene de la vida del consumo de drogas con la idea de introducirlos al tratamiento a través de una comunidad terapéutica intrapenitenciaria.

Para su ingreso, algunos de los programas determinan, que uno de los requisitos para que una persona con problemas de adicciones en el exterior pueda iniciar algún modelo de tratamiento es necesario su consentimiento. Sin embargo, bajo las condiciones de la prisión y en el entendido de que se trata de personas privadas de

la libertad que transgredieron la ley las que se encuentran con dicha problemática, se tendría que recurrir a dos mecanismos.

El primero consistiría en otorgar el consentimiento mediante la solicitud; el segundo se centra en la obligatoriedad del mismo bajo la premisa de que de no someterlo, su situación particular se agravaría y representaría una influencia para las demás personas privadas de la libertad.

El objetivo de la fase de motivación será:

- Retención y adhesión al tratamiento
- Decisión hacia el cambio
- Propiciar un entorno de identidad
- Reducción del consumo
- Disminuir medicamento con la idea de que la persona sea responsable de su salud
- Fomentar hábitos saludables, actividades ocupacionales y formativas

Fase de comunidad terapéutica intrapenitenciaria

En la segunda fase se realiza un diagnóstico clínico para identificar hasta donde ha dejado de consumir, tomando como base los resultados de dicho análisis. En esta fase se deberán establecer las reglas que regirán su estancia, el número de internos, criterios de ingreso y las normas que regirán la comunidad, entre otras:

- Reglas internas de la comunidad.
- Normas de comportamiento al interior.
- Normas sobre los derechos y deberes del personal y el paciente en tratamiento por drogas privado de la libertad.
- Normas de estructuración del grupo.

Fases dentro de la comunidad terapéutica penitenciaria

- Nivel 1. Fase inicial que considera aspectos sobre la continuidad en la abstinencia, las condiciones bajo las cuales se rige la comunidad terapéutica, desde su organización hasta su normatividad y reglas; tiene que ver principalmente con la continuación de la fase de motivación.

- Nivel 2. Es una fase intermedia que considera mantener los avances de la etapa anterior, avanzar en el proceso de cambio, controlar impulsos, continuar con el proceso terapéutico inicial, comenzar a adquirir habilidades que proyecten aspectos positivos en un entorno social integral,-ya que no solo es un programa terapéutico, sino el tiempo restante forma parte importante dentro del proceso de recuperación-la participación familiar en el proceso de recuperación.
- Nivel 3. Es una fase final que considera redes de apoyo alejadas del consumo, se prepara para el mundo laboral, consolidar y continuar con los cambios de las fases anteriores, planificar el proyecto personal, involucramiento en tareas educativas y deportivas, participación activa en la vida comunitaria.

Áreas de intervención

Estas deberán estar encaminadas al aprovechamiento de actividades dirigidas hacia la ocupación, el empleo, la educación, el deporte, entre otros. Se trata de la otra parte del tratamiento que no tiene que ver con las intervenciones específicamente terapéuticas. Se toman en cuenta las actividades propias del sistema penitenciario y dotar de confianza al paciente en tratamiento por drogas privado de la libertad para su ejecución.

Las áreas de intervención son diversas y deberán contar con tareas que formen (área de formación) íntegramente al interno con problemas de adicción durante su estancia en prisión. Se trata de acciones paralelas enfocadas a mejorar los aspectos formativos, educativos, culturales y ocupacionales.

Otra de las áreas importantes sobre las que descansa la implementación de programas de tratamiento debe ser el diagnóstico y terapia. Serán ejecutadas por profesionales determinados para cada caso: psicólogos, psiquiatras, terapeutas, médicos, entre otros, con la finalidad de favorecer los cambios de conductas y actitudes, así como estrategias que permitan superar la convivencia con la droga, para que, a través de ellos, se minimicen los efectos de la prisión.

Es en esta área donde se desarrolla la mayor parte del tratamiento de carácter técnico y profesional, pues en ella se ejecutan todas las actividades de los técnicos y profesionales que forman parte del tratamiento: técnicas, evaluaciones, terapias, entrenamientos, recaídas, habilidades, análisis, aspectos sociales, entre otros.

La intervención familiar y social representa uno de los aspectos importantes cuando se habla de la reinserción social. La familia es el primer núcleo con el que la persona privada de la libertad con problemas de adicción tiene contacto. El contacto con la familia es, generalmente, permanente, sin embargo, el contexto de la prisión suele fragmentar la relación. Por lo tanto, lo que se busca es fomentar y reestablecer las redes familiares, sobre todo favorecer las condiciones familiares cuando se implementa algún tipo de tratamiento.

Las estrategias se deben proyectar hacia la sociedad. Su implementación bajo los mismos conceptos busca promover el desarrollo de nuevas redes sociales no solo en prisión, sino fuera de ella. Lo anterior debido a que el contacto con la sociedad en el exterior será constante.

Finalización del tratamiento

La finalización se da una vez conseguidos los objetivos del programa. Se espera que, bajo las circunstancias de un sistema penitenciario diferenciado en el que se aglutinen todas las medidas indispensables para la ejecución de programas o, en su caso, la adecuación de pabellones para tal efecto, la evolución y rehabilitación de cada interno con problema de drogas fuese eficaz. Mientras tanto, se apela a alternativas dentro de prisión que identifiquen, prevengan, traten y rehabiliten hasta donde les sea posible, con la finalidad de mitigar sus consecuencias.

No todo es identificar y rehabilitar, la idea de que se agudice y expanda el fenómeno tiene que ver también con la permisibilidad en prisión de la introducción de drogas; no solo los operadores lo permiten, las familias de personas con dicha problemática contribuyen para que su condición empeore. De este modo, Estado, sociedad, familia e individuo deben contribuir para la erradicación y apoyar a las personas privadas de la libertad con esta problemática.

Se es concluyente que el restablecimiento de la salud es un elemento insustituible para lograr la reinserción a través de actividades asignadas en prisión. El padecimiento de una enfermedad como la adicción obstaculiza la rehabilitación y no se logra una reinserción adecuada. Al respecto la OMS determina que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; en este sentido y en relación con la adicción, la OMS recomienda garantizar una actuación integral de modo normalizado, como una enfermedad más.

El derecho a la salud no debe transgredirse. Infortunadamente el contexto de la prisión ha hecho que el problema se agudice, pues en él coexisten realidades como el hacinamiento, la sobrepoblación, el co-gobierno, entre otros. La falta de medidas hacia este grupo en específico que, apoyado por la ausencia de reglamentos o protocolos que indique, ya no la forma de tratamiento médico especializado, sino cómo hay que tratarlos desde su internamiento en la prisión, ponen en peligro su integridad, salud e incluso la vida del interno afectado por esta enfermedad que repercute negativamente en el tema de la reinserción. Por lo tanto, si se trastocan derechos trascendentales como la salud y la vida, el tema de la reincersión pasa a un segundo plano.

Es de vital importancia resaltar, que en la actualidad no existe un protocolo especial para el tratamiento de las personas adictas privadas de la libertad que sirva como guía o, por lo menos, que indique cómo se debe actuar frente a la población con esta problemática dentro de prisión. De este modo, con esta necesidad imperante, la propuesta de la estructura del protocolo está fortalecida por instrumentos internacionales y algunas consideraciones de derecho interno que robustecen dicho instrumento de actuación. Así también, se menciona que dichas pautas pueden ser tomadas en cuenta con sus necesarias adecuaciones, en un contexto internacional como un instrumento que marque la pauta en los procesos de atención de fenómenos como las drogas, el consumo y la adicción.

Suele decirse que nadie conoce realmente cómo es una nación hasta haber estado en una de sus cárceles.

Las personas privadas de la libertad con problemas de adicción tienen una enfermedad que no pueden controlar y es necesario apoyarlos.

“Una nación no debe juzgarse por como trata a sus ciudadanos con mejor posición, sino por como trata a los que tienen poco o nada.” Nelson Mandela.

Fuentes de investigación

Bibliografía

BECCARIA, *Tratado de los delitos y de las penas*, Editorial Porrúa, México, 2014.

BECK, Ulrich, *¿Qué es la globalización?*, Paidós, España, 2008.

BERIAIN, JOSETXO (Comp.), *Las consecuencias perversas de la modernidad*, Barcelona, Anthropos, 1996.

CABRERA DIRCIO, Julio, et. al. (Coord.), *La reforma constitucional en materia de derechos humanos y su impacto en la sociedad*, Fontamara, México, 2014.

CABRERA DIRCIO, Julio, *Mediación penal y derechos humanos*, Ediciones Coyoacán, México, 2014.

CANO, Fernando, Alvarado, Mercado, *La escalada de las adicciones y la dispraxis legislativa*, Editorial Porrúa- UNAM, México, 2016.

CASTELLS, Manuel, *Globalización Identidad y Estado en América Latina*, PNUD, Temas de desarrollo humano sustentable, Chile, 1999.

CHAPARRO, Sergio, Pérez Correa, Catalina, Youngers, Coletta, *Castigos irracionales: leyes de drogas y encarcelamiento en América Latina*, México, Colectivo de Estudios de Drogas y Derecho, 2017.

CISNEROS, José Luis, *Refundar la prisión*, Editorial Porrúa, México, 2016.

- CONTRERAS NIETO, Miguel Ángel, *Temas de derechos humanos*, México, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2003.
- COYLE, ANDREW, *La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos. Manual para el personal penitenciario*, Centro internacional de estudios Penitenciarios, _____.
- DAVID CAYKEY, *The expanding prison, The Crisis in Crime and Punishment and the Search for alternatives*, Ontario, Anasi, 1998.
- DE LEÓN VILLALVA, Francisco Javier, *Las penas de prisión de larga duración*, Tirant lo Blanch, Valencia, España, 2017.
- ENCISO, Froylán, *Nuestra historia narcótica*, Debate, México, 2015.
- FERRALLOJI, Luigi, *Derecho y razón. Teoría del garantismo penal*, Trotta, Madrid, 1995.
- FEUERBACH, Anselm Von, *Tratado de derecho penal*, 2da. Edición, Editorial Hammurabi, Colección Criminalistas Perenes, Argentina, 1989.
- FOUCAULT, M., *Vigilar y castigar*, Siglo veintiuno, España, 1990.
- FOUCAULT, Michel, *Los anormales*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2000.
- GARCIA ESPAÑA, Elisa, Becerra Muñoz, Jose, et. Al., *Realidad y políticas penitenciarias*, Tirant lo Blanch, España, 2012.
- GARCÍA JIMÉNEZ, José María, *Las drogas: conceptos. Aspectos penales y penitenciarios*, Editorial Club Universitario, España, 2001.
- GARCÍA VALDÉS, C. *Del presidio a la prisión Modular*. Ópera Prima editorial. Madrid, 2009.
- GIDDENS, Anthony, *Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestros días*, Taurus, México, 2007

- GOFFMAN, Erving, *Estigma. Identidad deteriorada*, Amorrortu editores, Argentina, 2006.
- GRACIA RIVAS, Luz María, Barriguete Mázmela, Brenda (coord.) *Actualidades en adicciones 2012: Avances en los Métodos Diagnósticos y Terapéuticos de las Adicciones*, Libro 3, Secretaría de Salud, Comisión Nacional Contra las Adicciones, México, 2012.
- GRECO, D., Dawgert S. *Poverty and sexual violence: building prevention and intervention responses*. Pennsylvania Coalition Against Rape; 2007.
- HURTADO MARTÍNEZ, M^a del Carmen, *La Inseguridad Ciudadana de la Transición a una Sociedad Democrática: España. 1977-1989*, Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. Cuenca, 1999.
- IANNI, Octavio, *Teorías de la globalización*, Siglo XXI editores CEIICH-UNAM, México, 1996.
- JAKOVS, Gunter, Polaino Navarrete, Miguel, López Betancourt, *Función de la pena estatal y evolución dogmática post-finalista*. Estudios de derecho penal funcionalista, Porrúa, México, 2006.
- LASO, Antonio Andrés, *Nos hará reconocernos. La Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria: origen, evolución y futuro*, Ministerio del Interior, Secretaría General del Instituciones Penitenciarias, 2015.
- LUENGO, M., Romero, E. y Gómez, J., *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*, Compostela S.A., Chile, 2001.
- MAPELLI CAFFARENA, B. *Principios Fundamentales del Sistema Penitenciario Español*, Bosch, Casa Editorial, S.A., Barcelona 1983.
- MAPELLI CAFFARENA, B., *Lecciones de Derecho Penitenciario*, Ice, Madrid, 1983.
- MEZGER, Edmund, *Teoría de la pena*, Editorial Leyer, Col. Clásicos del derecho, Colombia, 2005.

- MICHAEL WOODWISS, *Gansters Capitalism. The United States and the global rise of Organized Crime*, New York, Carrol and Graf Publishers, 2005.
- MONTAÑÉS, Virginia, *Narcotráfico, Globalización y conflictos*, _____.
- MONTERO ZENDEJAS, Daniel Arturo, *Derecho penitenciario y de ejecución penal*, Editorial Ibañez, Colombia, 2020.
- MONTERO ZENDEJAS, Daniel Arturo, *La drogodependencia y la no criminalización de las adicciones*, Editorial Porrúa, México, 2014.
- NATO, Alejandro, *Las víctimas de las drogas*, Universidad, Argentina, 2001.
- PALACIOS PÁMARES, *La cárcel desde adentro*, Editorial Porrúa, México, 2014.
- PICADO VALVERDE, Eva María, *Estudio comparativo de la drogodependencia en el medio penitenciario: Perfiles psicológicos para orientar el tratamiento*, Ministerio del interior, España, 2016.
- RIGHI, Esteban, *Teoría de la pena*, Editorial Hammurabi, Argentina, 2001.
- ROXIN, Claus. *La teoría del delito en la discusión actual*, Editorial Grijley, Perú, 2007.
- SALAZAR UGARTE, Pedro (Coord.), *La reforma constitucional sobre derechos humanos*, Senado de la República, México, 2014.
- SARRE, Miguel, Manrique, Gerardo, *Sistema de justicia de ejecución penal. Sujetos procesales en torno a la prisión en México*, Tirant lo blanch, México, 2018.
- STUART MILL, John *Sobre la libertad*, Alianza editorial, Madrid, España, 2013.
- TONRY, Michael, Wilson, James Q. *Drugs and Crime*, Chicago, University of Chicago Press, 1990.
- VILLANUEVA CASTILLEJA, Ruth (Coord.), *Perfil del personal penitenciario en la república mexicana. Pronunciamento*, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2016.

ZURHOLS, H., Haasen, C., Stöver, H. *Female drug users in European prisons: a European study of prison policies, prison drug services and the women's perspectives*, Bibliotheks-und Informations system der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg, 2005.

Hemerografía

ARRIAGADA, Irma, Hopenhayn, Martín, "Producción, Tráfico y Consumo de Drogas en América Latina", *Naciones Unidas-CEPAL, Políticas Sociales*, No. 41. 2000.

BENNETT, T., R. Sibbitt, "Drug Use among Arrestees", *Research Findings*, núm. 119, Londres, Home Office Research and Statistics Directorate, 2000.

BIERIE, D. M. "Is tougher better? The impact of physical prison conditions on inmate violence", *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, N. 56, 2012.

BROOKE, D., Taylor C., Gunn J., et al., "Substance misuse as a marker of vulnerability among male prisoners on remand", *Br J Psychiatry*. N. 51, 2000.

CANACHE, D., J. Mondak y M. Seligson, "Meaning and Measurement in CrossNational Research on Satisfaction with Democracy", *Public Opinion Quarterly*, vol. 65, núm. 4, 2001.

CAPLEHORN, JRM, Ross M, "Methadone maintenance and the likelihood of risk needle sharing", *Int J Addict*, N. 30, 1985.

CARAVACA-SÁNCHEZ, Francisco, Falcón Romero, María, Luna, Aurelio, "Prevalencia y predictores del consumo de sustancias psicoactivas entre varones en prisión", *Gaceta Sanitaria*, Vol. 27, No. 5, Barcelona, Sept.-oct., 2015.

CASTELLANOS LÓPEZ, Gloria Estela, "Detección de drogas y tratamientos de adicciones en dos centros penitenciarios de la Ciudad de México", *Integración Académica en Psicología*, México, Vol. 3, No. 7, 2015.

CHEN, Z. y K. Huang, "Drug Problems in China", *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 51, núm. 1, 2007.

- CHITWOOD DD, Sánchez J, Comerford M, McCoy CB, "Primary preventive health care among injection drug users, other sustained drug users, and non-users". *Subst Use Misuse*; No. 36, 2001.
- CIAPESSONI, Fiorella. "La prisión y después. Violencia, reingreso y situación de calle", *Revista de Ciencias Sociales*, DS-FCS, Vol. 32, No. 45, julio-diciembre 2019.
- FAZEL, S., Bains, P., Doll, H., "Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review", *Addiction*, 101, 2006.
- GALLIZO LLAMAS, Mercedes, "Reinserción social de drogodependientes ingresados en centros penitenciarios", *Revista Salud y drogas*, Instituto de Investigación de Drogodependencias España, vol. 7, núm. 1, 2007.
- GARGARELLA, Roberto, "El derecho y el castigo: de la injusticia penal a la justicia social", *Derechos y libertades*, Número 25, Época II, junio 2011.
- GIDDENS, Antony, "Modernidad y autoidentidad" _____.
- GIMÉNEZ, Gilberto," Cultura, identidad y metropolitano global", *Revista mexicana de sociología*, Vol. 67, núm. 3, julio-septiembre, pp. 483-512, UNAM, México, 2005.
- GIMÉNEZ, Gilberto," Identidades en globalización", *Revista espiral, estudios sobre estado y sociedad*, Vol. VII, No. 19, septiembre-diciembre 2000.
- GOLDSTEIN RZ, Volkow ND. "Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications". *Nat Rev Neurosci*, 2011.
- GOLDSTEIN, P. J., "The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework", *Journal of Drug Issues*, No.14, 1985.
- GÓMEZ MACFARLAND, Carla Angélica, "Sistema Postpenitenciario en México y el rol de los organismos protectores de Derechos Humanos" *Cuaderno de investigación* No. 60, Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República, México, 2019.

- GONZÁLEZ IBARRA, Juan de Dios y Reyes Barragán, Ladislao, "La administración de justicia de menores en México. La reforma del artículo 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos", *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, nueva serie, año XL, núm. 118, enero-abril de 2007.
- GONZÁLEZ RUS, J. J. "El Papel de la Constitución en la Teoría de la Pena". *Estudios Penales VII*, Universidad de Santiago de Compostela, _____.
- HENKEL, D., "Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010)". *Curr Drug Abuse Rev*, N. 4, 2011.
- HERNÁNDEZ, Ana Paula, "Legislación de drogas y situación carcelaria en México", *Revista Sistemas Sobrecargados, Leyes de drogas y cárceles en América Latina*, _____.
- IRWIN, J. y R. D. Cressey. "Thieves, Convicts and the Inmate Culture". *Social Problems*, 1962.
- LUNA FABRITIUS, Adriana, "Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica", *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, Universidad Nacional Autónoma de México Nueva Época, Año LX, núm. 225, septiembre-diciembre de 2015.
- MAKKAI, T. y J. Payne, "Drugs and Crime: A Study of Incarcerated Male Offenders", *Research and public policy series*, núm. 52, 2003.
- MARKEZ, Iñaki, Iñigo, Cristina, (Coords.), "Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas", *Sociedad española de sanidad penitenciaria*, España, 2012.
- MARTÍNEZ D., Gloria, Martínez s., Lidia m., "Características del consumo de fármacos psicotrópicos en estudiantes de ciencias de la salud", *Vitae, revista de la Facultad de química y farmacéutica*, Medellín, Colombia, Volumen 2, Año 2008.

- MAUA, F.H., Baltieri D.A. "Criminal career-related factors among female robbers in the state of Sao Paulo, Brasil, and a presumed 'revolving-door' situation", *Rev Bras Psiquiatr*, N. 34, 2012.
- MOSS, AR, Vranizan K, Gorter R, et al, "HIV seroconversion in intravenous drug users in San Francisco 1985-1990", *AIDS*, N. 8, 1994.
- NOVOA ARANDA, Juana Patricia, Ruíz del Ángel, Jorge, "Derecho a la salud en centros de reclusión", *Revista de derechos humanos*, Número 8, año XI, agosto de 2013.
- O'DONELL, G. "The Quality of Democracy: Why the Rule of Law Matters". *Journal of Democracy*, USA, 2004.
- PALMA-RANGEL, Manuel, "Reformar el sistema penitenciario mexicano: ¿se puede?", *Revista Nexos*, enero, 2018.
- PENNINGS, E., A. Leccese y F. Wolff, "Effects of Concurrent Use of Alcohol and Cocaine", *Addiction*, vol. 97, núm. 7, 2002.
- PÉREZ, C. "De la Constitución a la Prisión. Derechos Fundamentales y Sistema Penitenciario". *La Reforma Constitucional en Derechos Humanos: Un nuevo paradigma*, México: UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2011
- RAFFO, Leonardo, Segura, José Luis, "Las redes del narcotráfico y sus interacciones: un modelo teórico", *Revista de Economía Institucional*, Vol. 17, no. 32, primer semestre, 2015.
- RODRÍGUEZ NÚÑEZ, A., "Prisión y derecho a la educación", *Anuario de la Escuela de Práctica Jurídica*, núm. 1, 2006.
- ROY PORTER, *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity* Norton, Nueva York, _____:
- RUIZ, José Ignacio, "Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario". *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 39, No. 3, Colombia, 2007.

- SAMPÓ, Carolina, “El tráfico de cocaína entre América Latina y África Occidental”, URVIO, *Revista Latinamericana en Estudios de Seguridad*, No. 24, junio-noviembre 2019.
- SHAW, J., I. Hunt, et. al., “The Role of Alcohol and Drugs in Homicides in England and Wales”, *Addiction*, vol. 101, núm. 8, 2006.
- SHERMAN, Carl, “Efectos de las drogas sobre la neurotransmisión”, *National Institute Drug Abuse*, Agosto 2017.
- SMITH, D., C. Polsenberg, “Specifying the Relationship between Arrestee Drug Test Results and Recidivism”, *Journal of Criminal Law and Criminology*, vol. 83, núm. 3, 1992.
- STUART MILL, John, “The Contest in America”, *Harper's New Monthly Magazine*, Volumen 24, 143, páginas 683-684. Harper & Bros., Nueva York, Abril de 1862.
- VAN SWAANINGEN, René, Zaitch, Damián, “La política de tolerancia como control social”, *Revista ius et veritas*, No. 18, Perú, 1999.
- WARD, Jeff, Bell, James, Et. Al., “Terapia de mantenimiento con metadona para la dependencia de opiáceos”, *Revista de toxicomanías*, No. 16, 1998.
- WEXLER, David B., Winick, Bruce j., “Law in Therapeutic key: developments in therapeutic jurisprudence”, _____ 1996.

Legislación

- Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión.
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas.
- Convención única de 1961 sobre estupefacientes.

- Convención Única de Estupefacientes de 1961.
- Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Ley de Nacional de Ejecución Penal.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Salud Pública.
- Ley Orgánica General Penitenciaria.
- NOM-001-SSA2-1993
- NOM-009-SSA2-1993
- NOM-010-SSA2-1993
- NOM-025-SSA2-1994
- NOM-028-SSA2-2009
- NOM-039-SSA2-2002
- NOM-168-SSA1-1998
- NOM-178-SSA1-1998
- NOM-197-SSA1-2000
- Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud.
- Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas de la Comisión Interamericana.
- Real Decreto 190/1996 por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.
- Real Decreto 1911/1999, de 17 diciembre, por el que se aprueba la estrategia nacional sobre drogas para el período 2000-2008.
- Reglas de Tokio.
- Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos.
Reglas Nelson Mandela.
- Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo en revisión 237/2014.
- Tesis P. LXVI, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXX, diciembre 2009.

- Tesis: 1ª./J. 10/2019, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Tomo I, Libro 63, febrero 2019.

Sitios de internet

- Organización de Estados Americanos, El problema de las drogas en las Américas: estudios. La economía del narcotráfico, Disponible en: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/laEconomicaNarcotrafico_ESP.pdf
- Ash, Lucy, La insólita crisis de Holanda: la escasez de delincuentes, BBC-Mundo, 2016, disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-37950889>
- Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional, Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana. Disponible en línea, http://pyrs.gob.mx/sipot/cgprs_doc/2020/Estadistica/CE_01_2020.pdf
- Academia para el Desarrollo Educativo, Tratamiento de mantenimiento con metadona, junio 2003, p. 2, en <https://www.cdc.gov/spanish/udi/substanceabuse/methadone.pdf>
- Programas de intervención con drogodependientes, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en, <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/drogodependencia.html>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *La sobrepoblación en los centros penitenciarios de la república mexicana. Análisis y pronunciamiento*, México, 2015. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Informes/Especiales/Pronunciamiento_20151014.pdf
- Secretaría de Seguridad Pública, Estatutos de la Conferencia Nacional del Sistema Penitenciario, disponible en, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/173853/ESTATUTOS_DE_LA_CONFERENCIA_NACIONAL_DEL_SISTEMA_PENITENCIARIO.pdf

- Centro de Reinserción Social Colima, Programa de desintoxicación, <http://www.col.gob.mx/transparencia/archivos/Programa-Desintoxicacion-Me-Late-Dejar-Las-Adicciones-2013.pdf>.
- Comisión Nacional contra las Adicciones, Lineamientos para el reconocimiento y ratificación de establecimientos residenciales de tratamientos de adicciones, Secretaría de Salud, México, 2017. http://salud.edomex.gob.mx/imca/documentos/servicios_imca/Lineamientos%20para%20reconocimiento%202017.pdf
- Perfiles de drogas y su composición <http://www.emcdda.europa.eu/drug-profiles>.
- Canberra: Australian Institute of Criminology. Documento disponible en: <http://www.aic.gov.au/publications/rpp/52>
- J. Ollero, Daniel, Así funciona el mercado de la droga en internet, El tiempo, Tecnología, España, Julio 2017, en <http://www.elmundo.es/tecnologia/2017/07/21/5970fab5268e3e5c3d8b471b.html>.
- Riera Casany, José Manuel, “Economía del narcotráfico”, Instituto de Investigación de Drogodependencia, disponible en: <http://inid.umh.es/?mod=opinion&ct=opinion.asp&id=110>
- La globalización del narcotráfico, Color Abc, Paraguay, Economía, 2003, en <http://www.abc.com.py/edicion-impresa/economia/la-globalizacion-del-narcotrafico-720278.html>
- CONADIC, Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida, en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap1.pdf
- Convención Sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. Naciones Unidas en: [www.incb.org/documents/](http://www.incb.org/documents/Psychotropics/conventions/convention_1971_es.pdf)
[Psychotropics/conventions/convention_1971_es.pdf](http://www.incb.org/documents/Psychotropics/conventions/convention_1971_es.pdf)

- La cocaína-DrugFacts, National Institute on Drug Abuse, Julio 2018, disponible en, <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-cocaina>
- World Health Organization, Glosario de términos de alcohol y drogas. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- National Institute on Drug Abuse, ¿Qué es una adicción?, en <https://easyread.drugabuse.gov/es/content/%C2%BFqu%C3%A9-es-la-adicci%C3%B3n>
- Farmacodependencia: características, causas, consecuencias, tratamiento <https://www.lifeder.com/farmacodependencia/>
- World Prison Brief Data <http://www.prisonstudies.org/country/mexico>
- Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional, Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana. Disponible en línea, http://pyrs.gob.mx/sipot/cgprs_doc/2020/Estadistica/CE_01_2020.pdf
- Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia, ¿Qué es la adicción?, disponible en: <https://www.iafa.go.cr/blog/que-es-la-adiccion#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,%2C%20gen%C3%A9ticos%2C%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.>
- Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones*, Consejo Nacional Contra las Adicciones, México, 2008, disponible en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf
- Directorio Nacional de Establecimientos Especializados en el Tratamiento de la Adicciones en Modalidad Residencial Reconocidos por la Comisión Nacional Contra las Adicciones, en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/255253/Directorio_1a_Parte._Aguascalientes_a_Hidalgo_110917.pdf
- Respeto a los derechos humanos para las personas con alguna adicción: Narro Robles, Comunicado de prensa Núm. 329 Ciudad de México, 13 de

julio de 2016, en:
<http://www.cofepris.gob.mx/Documents/NotasPrincipales/13072016.pdf>

- Comisión Nacional de los Derechos Humanos, “Recomendación 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”, México, 2016, disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/2016/Rec_2016_049.pdf
- NIDA. "Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción." *National Institute on Drug Abuse*, 2 Jul. 2018, <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), México, 2019. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/cngspspe/2019/default.html#Tabulados>
- Secretaría de Hacienda, Presupuesto de Egresos de la Federación 2019, en un análisis funcional programático económico, México, 2019, disponible en https://www.pef.hacienda.gob.mx/work/models/PEF2019/docs/04/r04_afpe.pdf
- INEGI. Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales 2017. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/programas/cngspspe/2017/default.html#Tabulados>
- México Unido Contra la Delincuencia, *Excarcelación: terminando con el encarcelamiento masivo por delitos de drogas*, México, p 2, disponible en https://www.mucd.org.mx/wpcontent/uploads/2018/08/Excarcelacion_terminando_el_encarcelamiento_masivo_por_delitos_de_drogas_2018.pdf
- Agencia de la ONU para los refugiados, ¿Cuáles son los países más seguros del mundo?, disponible en: <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/eventos/cuales-son-los-paises-mas-seguros-del-mundo>

- World Prison Brief data, Netherlands, <https://www.prisonstudies.org/country/netherlands>
- Independent, Dutch prisons are closing because the country is so safe, <http://www.independent.co.uk/news/world/europe/dutch-prisons-are-closing-because-country-so-safe-a7765521.html>

Otros

- Aguirre, M, Filesi, T. y González, M. *Globalización y Sistema Internacional*. Anuario CIP 2000, Icaria, Madrid, 2000.
- Alonso Pujula, *La política de drogas en España y Países Bajos: un análisis comparado desde la perspectiva neoinstitucionalista* (Tesis Doctoral), Universidad Complutense de Madrid, Madrid España, 2019.
- Amparos en revisión 237/2014, 1115/2017, 623/2017, 548/2018 y 547/2018
- Cepeda, Guillermo, Ponencia presentada en las primeras jornadas de juicios orales del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, Mayo 7 de 2013.
- CIDE. Resultados de la Primera Encuesta realizada a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social. México, 2012.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Modelo de atención y tratamiento para personas con farmacodependencia en prisión*, CNDH, México, 2018.
- Conadic, “Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019”, *Secretaría de salud*, México, 2019.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Documento de Seguridad Ciudadana. Asociación entre drogas y delitos, Área de evaluación y estudios, Santiago de Chile, 2016.
- Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2017, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2018.
- Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2019, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2019.

- Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina. 8ª ed. Madrid: Interamericana, 1985.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias, *Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios*, Memoria 2002, España, 2002.
- En números, documentos de análisis y estadísticas, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), México, Vol. 1, Núm. 11, oct-dic 2017.
- Encuesta Nacional del Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco 2016-2017.
- Gaceta de Senado de la República, Iniciativa con proyecto de decreto para reformar, adicionar y derogar diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales en materia de salubridad general para la farmacodependencia y en materia de narcomenudeo.
- Gallardo Gracia, Rosa M., *Los programas y actividades del tratamiento penitenciario: la necesaria adaptación de la norma*, Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad de La Coruña, España, Vol. 20.
- Gómez Grillo, Elio. “La formación del penitenciarista”, ponencia presentada en el Foro Consultivo de Expertos y Seminario Internacional sobre “Reforma Penitenciaria en Latinoamérica y el Caribe”, Santo Domingo. 15 al 17 de junio de 2006.
- Magis-Rodríguez C, Ruiz-Badillo A, et al. *Uso de drogas inyectables y VIH/SIDA en dos cárceles de la frontera norte de México*. Ponencia presentada en la Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/SIDA y ETS, Brasil, noviembre 6 al 11, 2000.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Informe Mundial sobre las Drogas 2017, Naciones Unidas, Viena Austria, Núm. S19, 2019.
- Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, La globalización del delito: evaluación de la amenaza que plantea la delincuencia organizada transnacional, Naciones Unidas, No. E.10.IV.6, Viena Austria, 2010.

- Programa de acción específico prevención y acción integral de las adicciones, Secretaría de Salud, México, 2015.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. *El nuevo sistema de justicia penal acusatorio, desde la perspectiva constitucional*, Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, 2011.
- Van Kalmthout, A. M., *Aspectos de la política holandesa en materia de drogas*, Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología, No. 2, San Sebastian, España, 1988.

Cuernavaca, Morelos, 25 de enero de 2021.

DR. VÍCTOR MANUEL CASTRILLÓN Y LUNA
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES *
DE LA FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
P R E S E N T E.

En mi calidad de Director de Tesis y como parte de la Comisión Revisora del trabajo de investigación intitulado, **ASISTENCIA MÉDICO JURÍDICA COMO UN DERECHO HUMANO A LAS PERSONAS ADICTAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DESDE UNA PERSPECTIVA GLOBALIZADORA**, que presenta el Maestro en Derecho MISAEL MARTÍNEZ LÓPEZ, con número de matrícula 10010080, quien opta por el grado de Doctor en Derecho y Globalización por la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, preciso las siguientes consideraciones:

El trabajo cumple con la estructura metodológica y los requisitos que establece el PNPC, para optar al exámen de grado.

La investigación contempla en su capitulo, lo siguiente:

Capítulo I, titulado: LA GLOBALIZACIÓN Y LAS ADICCIONES, integrado por el marco teórico-conceptual que justifica la necesidad de puntualizar enfoques y comprender la problemática compleja que el fenómeno de las drogas y adicción compone. Con la incorporación de conceptos relacionados con las sustancias psicoactivas, el consumo, la dependencia, la adicción, entre otros, se contextualiza la realidad de un fenómeno que se reproduce de forma indiscriminada en espacios cerrados,(prisiones, correccionales, mazmorras), más aún, bajo la perspectiva del fenómeno de la globalización que inside en el universo del derecho penitenciario y de ejecución penal.

El Capítulo II LA DROGODEPENDENCIA Y EL SISTEMA PENITENCIARIO.

Cuya pertinencia consta en un breve transitar histórico sobre la política de drogas y sus implicaciones. En el análisis se muestra el predominio de una realidad creciente que se relaciona con los efectos de las drogas en prisión que, concatenados con la criminalización de la posesión y el consumo, agudizan la crisis del sistema penitenciario. Esta realidad de las adicciones en prisión queda enmarcada en la descripción y análisis del caso de la prisión de Colima, cuyos efectos evidencian la existencia de una problemática con consecuencias que atentan contra la salud y la vida de las personas privadas de la libertad; al anular el respeto y vigencia de los derechos humanos y el esquema garantista de nuestro país, al cobrar énfasis con la reforma constitucional del año 2011.

En el capítulo III, LOS DROGODEPENDIENTES PRIVADOS DE LA LIBERTAD: ANÁLISIS DE DERECHO COMPARADO ENTRE ESPAÑA Y MÉXICO.

Resulta conspicuo el estudio y análisis de derecho comparado de dos sistemas jurídicos como el mexicano y el país ibérico sobre la realidad de las personas privadas de la libertad y la problemática de las adicciones en prisión. Se identifican asimetrías relevantes; se destaca que el contexto español hace frente a la problemática de las adicciones en prisión e integra, legislativa y ejecutivamente, lineamientos específicos que deben ser modelos a seguir con adecuaciones para su ejecución dentro del sistema penitenciario mexicano.

El Capítulo IV, se denomina: EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN PRISIÓN: PROTOCOLO VINCULANTE PARA BUSCAR LA REINSERCIÓN CON UNA VISIÓN DE SALUD PÚBLICA.

Finalmente, se reproduce un corolario de la problemática analizada en torno a las prácticas irregulares que agudizan el fenómeno señalado a lo largo de esta investigación y que representan las conclusiones de la misma.

Consideraciones y puntos de vista que incluyen en este análisis, puntos a resolver a través de políticas públicas para hacer frente al fenómeno de las adicciones en prisión. Por lo tanto, la investigación llevada a cabo por el Doctorante, pretende a través de una propuesta de reforma a la Ley Nacional de Ejecución Penal, la integración de un protocolo para el tratamiento de las personas privadas de la libertad con problemas de adicción, la reglamentación los procesos de ingreso, monitoreo y culminación de un tratamiento de rehabilitación de los adictos en prisión, como parte del derecho a la salud para alcanzar una reinserción social efectiva.

En este orden de ideas y una vez razonado el trabajo que presenta Misael Martínez López, emito el VOTO APROBATORIO, con la finalidad de que prosiga los trámites necesarios para concluir con el examen de grado.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un afectuoso y cordial saludo.

ATENTAMENTE

DR. DANIEL ARTURO MONTERO ZENDEJAS
PROFESOR INVESTIGADOR DE TIEMPO COMPLETO
DEFINITIVO, TITULAR C, SNI II.

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

DANIEL ARTURO MONTERO ZENDEJAS | Fecha:2021-02-01 00:28:11 | Firmante

e8FRu0GHDur/J7/8WFDsVj6+CHqzwTp16VRrmRo7D1s7JMjrp+rjn64Wj5zNcOZJvuX1fda4sciSw0GNWbflh/CH23W/02R1Tw55htEgrM79Me48ukN9IF9IMmTf6dImqJjuAFB6+d/k2uTCilz7TYTGg4bQEssMvwNMZlgHfZ4dXF9SVHtaB+lv9RqY1i1NUJ11/c1WQ82CJSjYGe5VfbA7KWQMs6DJKTvVn+WTgZc/iH7KttBNte6alGLfQXExlQJ9sTnKKKyHepBAGNlnl9ldoIW2/3HDKWz+Gu+AA08m3dWvadIOR752H+vz125Fon6bd60V3yTJgwFXIZKQ==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



IK0rtC

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/I0meEQR0I5RLN3TGf1uPPwb9aXruyetN>



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES



Cuernavaca, Morelos a 23 de febrero de 2021.

DR. VÍCTOR MANUEL CASTRILLON Y LUNA
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADOS DE
LA FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
P R E S E N T E

Con relación al trabajo de tesis desarrollado por el Maestro, **MISAEEL MARTÍNEZ LÓPEZ**, titulado **"ASISTENCIA MÉDICO JURÍDICA COMO UN DERECHO HUMANO A LAS PERSONAS ADICTAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DESDE UNA PERSPECTIVA GLOBALIZADORA"**, que presenta para obtener el grado de Doctor en Derecho y Globalización, por la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos; me permito manifestarle lo siguiente:

Pertenencia temática y metodológica

La pertinencia del tema de investigación se enmarca en la sinergia de la crisis del sistema penitenciario. Esta problemática se vuelve aún más complicada cuando en ella irrumpen fenómenos como las adicciones de las personas recluidas en prisión. La presencia de las drogas en las prisiones obstaculiza la reinserción social de los sujetos. Es por ello que el tema de investigación que se presenta es sumamente importante y de actualidad, porque es una problemática que afecta severamente a la población penitenciaria. Por tanto, los adictos en prisión no han merecido el estudio del derecho, en particular desde una perspectiva de salud pública. Por lo anterior, la investigación se encuentra justificada ante la existencia en la prisión de personas que padecen la enfermedad de la adicción y que requieren de políticas que permitan consolidar el objetivo de la reinserción social.

Contenido

El capítulo primero denominado **LA GLOBALIZACIÓN Y LAS ADICCIONES** se analizan conceptos relacionados con sustancias psicoactivas, consumo, abuso, dependencia, adicción, entre otros, cuya contextualización se encuentra estrechamente relacionada con los efectos que las drogas producen en espacios como la prisión. El segundo capítulo intitulado **LA DROGODEPENDENCIA Y EL SISTEMA PENITENCIARIO** hace un análisis del problema desde el aspecto histórico sobre la política de drogas y sus implicaciones, hasta los efectos de las drogas en prisión, mismas que han criminalización la posesión y el consumo. El capítulo tercero **LOS DROGODEPENDIENTES PRIVADOS DE LA LIBERTAD: ANÁLISIS DE DERECHO COMPARADO ENTRE ESPAÑA Y MÉXICO** refiere un análisis de derecho comparado entre los países de España y México. Finalmente



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES



el cuarto capítulo EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN PRISIÓN: PROTOCOLO VINCULANTE PARA BUSCAR LA REINSERCIÓN CON UNA VISIÓN DE SALUD PÚBLICA se enfoca en analizar los elementos que constituyen la realidad de las prisiones desde una perspectiva estructural, económica y de recursos humanos por medio de la cual se concluye que la insuficiencia de recursos económicos, estructurales y humanos no permiten, desde el proceso de ingreso, alternativas de tratamiento de rehabilitación de los adictos en prisión como parte del derecho a la salud para alcanzar una reinserción social efectiva. Por lo tanto, el trabajo de investigación propone la integración de un protocolo para el tratamiento de las personas privadas de la libertad con problemas de adicción que reglamente los procesos de ingreso, monitoreo y tratamientos especializados para los adictos en prisión

ATENTAMENTE

DR. LADISLAO ADRIAN REYES BARRAGÁN

Profesor Investigador de tiempo completo de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

LADISLAO ADRIAN REYES BARRAGAN | Fecha:2021-02-23 16:48:14 | Firmante

oS9vYmrPGBvWEbS5PRsvYRwHiECa7gWyy/GA/9HLAQgYHY5XD6Dn34XhY2MImW/+15isuznHxgUjNMSHGT3LB4Hzh1Sno1YrpP4dgNK8RMRwksctFRlhoTojXUDK/VvPtEc
bvoOXL4GIGOMM1bb4wrz7MWI/62f0TNOEzoe2P5m276Dr7L1FLHaYLQpbaZ5oIoFSP7MGbWXdieyzCoC9ilxzREIPFchVMatk5gjLf1YPSba6sJ/i+FR11ik8nGh7GqrNRusFMzi
7eRj2cKPuY03JUC7WCzN4zC5P3RecymKsoz8a+oSP48iS/Xf3yQwvCqdEFdvnN5sYPP6B4ajBQ==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[dirQEe](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/qFJOs2YKZMSKsmMpvzkwuA8uWeVR9JIP>





DR. VÍCTOR MANUEL CASTRILLÓN Y LUNA
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES
DE LA FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS.

Me dirijo a usted, como integrante de la Comisión Revisora del trabajo de investigación nominado “ASISTENCIA MÉDICO JURÍDICA COMO UN DERECHO HUMANO A LAS PERSONAS ADICTAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DESDE UNA PERSPECTIVA GLOBALIZADORA”, desarrollado por el M. en D. MISAEL MARTÍNEZ LÓPEZ, para obtener el grado de Doctor en Derecho y Globalización, por la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, informando que mi dictamen es APROBATORIO y se funda en las siguientes consideraciones:

A. PERTINENCIA TEMÁTICA

El trabajo de investigación es relevante, derivado la alta incidencia delictiva en México que se liga al aumento de la población penitenciaria, concibiéndose a la prisión como un destino en donde los delincuentes cumplirán su pena, totalmente alejados de la finalidad esencial de ésta, así como también se alejarán de sus derechos humanos, incluyendo el de la salud. La sociedad y el propio sistema olvidan que a pesar de las circunstancias, siguen conservando su calidad de seres humanos que precisan ser tratados con dignidad, atendidos en sus diversas esferas, en búsqueda de ser reinsertados en la sociedad. Por otra parte, la presente investigación describe las amplias probabilidades de que la atención de las adicciones en los sujetos que forman parte de la población penitenciaria, una vez que salgan, reduciendo sus reingresos a prisión, como efecto de disminuir la comisión de delitos.

B. POR CUANTO A LA METODOLOGÍA

- El título deja claro el objeto de estudio.
- El desarrollo en cuatro capítulos presenta una secuencia metodológica adecuada:

En el Capítulo I GLOBALIZACIÓN Y LAS ADICCIONES. Desarrolla los conceptos que rodean el fenómeno de las drogas y las adicciones dentro del sistema penitenciario, como un fenómeno con diversos escenarios en donde están presentes diversas drogas y los riesgos de consumo. Se aproxima al mercado interno de las drogas dentro de la prisión, que es conocido pero poco atendido, contempla las diferentes etapas de las adicciones que pueden ser atendidas, la necesaria generación de datos confiables sobre la situación real de las adicciones en los centros penitenciarios en México, recordando que finalmente se trata de enfermos que cometieron un delito pero que debe ser atendidos ya que independientemente a que no se encuentran posibilitados para optar por un tratamiento particular en algún centro especializado, dadas sus condiciones.

Capítulo II LA DROGODEPENDENCIA Y EL SISTEMA PENITENCIARIO. Se realiza una descripción de los adictos dentro del sistema penitenciario, cuyas circunstancias se agravan aún más por el encierro y las condiciones de vida y por ello debe ser uno de los principales problemas a atender en los centros penitenciarios, con el objetivo de buscar una reinserción social seria, ya que sin salud, no hay condiciones de vida que le permitan desarrollar otras actividades, además de considerar la sobrepoblación. Se plantea que de nada sirve realizar modificaciones a la normatividad sin cambios sustanciales al interior del sistema operativo de las cárceles. Por otra parte aborda la justicia terapéutica que tiene fuerza social con cambio de comportamientos y que debe implementarse desde una visión multidisciplinaria para la reinserción.

Capítulo III LOS DROGODEPENDIENTES PRIVADOS DE LA LIBERTAD. ANÁLISIS DE DERECHO COMPARADO ENTRE ESPAÑA Y MÉXICO. El Derecho comparado refleja el contraste normativo, ya que en España se brinda la protección constitucional, pero se acompaña del criterio de humanismo tras las rejas, con políticas públicas. Plantea en tabla el contraste entre México y España. Realiza una revisión de las Leyes en materia de salud entre los países mencionados en búsqueda de proponer estructuras que salvaguarden el derecho a la salud de la población carcelaria.

Capítulo IV EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN PRISIÓN: PROTOCOLO VINCULANTE PARA BUSCAR LA REINSERCIÓN CON UNA VISIÓN DE SALUD PÚBLICA. Se refiere a la situación de México en el contexto de la población adicta en prisión, aborda la situación de los recursos con los que cuenta el sistema para resguardar su derecho a la salud a pesar de la sobrepoblación. Presenta cifras sobre consumo de sustancias y muestra en tabla, los desórdenes mentales generados por el uso de sustancias psicoactivas, entre otras para concluir con la propuesta de reforma a la Ley Nacional de Ejecución Penal y el desarrollo de un protocolo para dar tratamiento de rehabilitación de las personas que se encuentran en prisión.

- Las conclusiones están relacionadas con el objetivo planteado.

-El alumno M. en D. MISAEL MARTÍNEZ LÓPEZ, atendió las observaciones realizadas y por lo tanto su trabajo cumple con los objetivos establecidos en el Doctorado en Derecho y Globalización, debiendo continuar con los trámites necesarios para realizar su examen de grado.

Sin más por el momento, reciba un respetuoso saludo.

ATENTAMENTE

DRA. ROSELIA RIVERA ALMAZÁN

Cuernavaca, Morelos, marzo 22 del 2021.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

ROSELIA RIVERA ALMAZAN | Fecha:2021-03-23 02:03:04 | Firmante

x4TEa1OlaEondM9dNPMu8Gb8r9b2v4l0nqENLy7OY3j4OpldThWBDMs2RQQgDJmHR664NzJ9PMoOUHbjl4UhtL7ezdZfxnOiRAi6LqZ3ccw6NRRbp+BCeup23nk1ym1nhwkktilPo+sg0QdKm2Qk6dcBlitWGjgswXnxUtdlsCT3xu+579x4Wkcz0g6+5ri5kq34lk8+JF6xvLye9raDBzSjrVSPbF35EDW0HKG6a6v3wMxZiUOnPgp51drWpZp7reqQQqGNuTRDBm/lZxzMuokOY8h4G+9eAaTe+1bllGtY2+DddvjXEcTjsisl87JwdP0ahzxwQcgA7xvtPL4loQ==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[cXx9zq](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/kIJ4DpsLdMAFtkJqdwsvfw45urwGTIn5>



CIUDAD UNIVERSITARIA, A 18 DE MARZO DE 2021.

DR. VICTOR MANUEL CASTRILLÓN Y LUNA

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO
DE LA FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
P R E S E N T E

Apreciado Dr. Castrillón:

En relación con el trabajo de tesis desarrollado por el alumno del doctorado **MAESTRO MISAEL MARTÍNEZ LÓPEZ**, titulado “**ASISTENCIA MÉDICO JURÍDICA COMO UN DERECHO HUMANO A LAS PERSONAS ADICTAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DESDE UNA PERSPECTIVA GLOBALIZADORA**”, que presenta para obtener el grado de Doctor en Derecho, por la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y que se me encomendó como miembro de la Comisión Revisora; me permito manifestarle lo siguiente:

En virtud de que el trabajo contiene un Argumento problematizado; una Tesis que responde al problema argumentado; un Marco Teórico sustentado; una Estructura Capítular que responde a la tesis, con su consecuente desarrollo metodológico reflejado en la lógica de los argumentos jurídicos; **OTORGO MI VOTO APROBATORIO**, para que el trabajo sea sustentado como tesis en el correspondiente **Examen de Grado**.

A T E N T A M E N T E

DR. RUBEN TOLEDO ORIHUELA

PROFESOR INVESTIGADOR DE TIEMPO COMPLETO
ADSCRITO A LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO
DE LA FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

RUBEN TOLEDO ORIHUELA | Fecha:2021-03-22 11:24:32 | Firmante

Za55qrzifHSw0W9YzqPs2W3a2Ezw3UnklBveSoNMeM/1Y91CZn7fHfq5CYkWCvzPHCv/QWVF/4t6Unsp+Tj+uv8ZP6c2se4Pf+bgQBnyj2Hgxg9jBqDNyEB6GwZ8gle6mM27XMU0wljDTxV444WpL1HPmPW9mMloKQD3P8eAZWeZZyiVgQBfPnJHsrO7kNMpwsulMsDGwgtEP8o3iex9LF4aYoyX1Vb7tNRuTQ6nskTtrBnC4y1h2kFmudoMcI4xNzGfSVzp0oQa gU+BVqolnOFKcXf41Xed+F2AAwjT0bwyc9QKmu4QlJPtnQS7Z9YdZyWc0Rdl2asYHbl0E527A==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[oqjkhv](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/Ug9OkPaERkBhNi48QtmyPnu8xXX10Jp>



Cuernavaca, Mor., mayo 5 del 2021

C. DR. VICTOR MANUEL CASTRILLON Y LUNA
COORDINADOR DEL PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO
DE LA FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES DE
LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS.
P R E S E N T E.

Muy Distinguido Coordinador:

El M. en D. MISAEL MARTÍNEZ LÓPEZ, alumno del programa de Doctorado en Derecho y Globalización, Doctorado en Derecho acreditado ante el PNPC (CONACYT), ha presentado al suscrito un trabajo de investigación que lleva por título "ASISTENCIA MÉDICO JURÍDICA COMO UN DERECHO HUMANO A LAS PERSONAS ADICTAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DESDE UNA PERSPECTIVA GLOBALIZADORA", con el cual pretende optar por el grado de Doctor en Derecho y Globalización.

El Maestro Martínez López, concluyo el trabajo en cuestión y que, desde mi muy particular punto de vista, reúne los requisitos reglamentarios y estatutarios, establecidos por la Legislación Universitaria de nuestra alma mater, y por este conducto le otorgo mi voto aprobatorio.

El trabajo presentado por el M. en D. MISAEL MARTÍNEZ LÓPEZ, desde mi personal punto de vista, merece este voto, así como la autorización para que si usted no tiene inconveniente se le pueda conceder el derecho de presentar el examen de grado de Doctor en Derecho y Globalización.

Aprovecho la oportunidad para enviarle un afectuoso saludo y despedirme como siempre a sus respetables órdenes.

A T E N T A M E N T E.

DR. JULIO CABRERA DIRCIO
PROF. INVEST. T. C. DE LA FACULTAD
DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
DE LA U.A.E.M.

dr.juliocabreradircio@hotmail.com

Av. Universidad 1001 Col. Chamilpa Cuernavaca, Mor. C.P. 62210

Tel (777)3297061 página web www.derecho.uaem.mx



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

JULIO CABRERA DIRCIO | Fecha:2021-05-06 19:07:20 | Firmante

XtbluaMGDiNnszTEM2g3Q9H1SXLE/oOulwulBh+eMKFuCkWpElsnR8fggp+katBsj/oxd/PTsTrwYmmoHGPbd/ccpgcP7jGYMcxMqLIKYPibQk/+dNXR3vWdr24CQm+XylXkloilC7ENqTgiNMw8BteWjEhy1y0H3wTUFKYaCiOaZV+btyN5MNwDPFpakSABcPLppfktJo6hXqa7LHM6c6jv6wrcxGOC5lq4nT8bDFrhVo3/Bj90whm44eLaHRj0HdrlIiAVsoPBuAO6eFfaL0r+HMLNHIQwWQbj/2k8O0AygRQG8kvCXvFjLABxjY5YrcmaolctCqXT/z6At4kdyg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



JzZeN5

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/YhAtpwmB7VFCgUJ9CD2k5rZOckNU8gt6>



Cuernavaca, Morelos a 30 de abril de 2021

DR VICTOR MANUEL CASTRILLON Y LUNA
JEFE DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE

Distinguido Doctor:

Por este conducto me permito expresar mi voto razonado como miembro revisor del trabajo de Tesis de Doctorado "ASISTENCIA MÉDICO JURÍDICA COMO UN DERECHO HUMANO A LAS PERSONAS ADICTAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DESDE UNA PERSPECTIVA GLOBALIZADORA" que presenta el Maestro en Derecho Misael Martínez López, becario del programa de Doctorado en Derecho y Globalización de nuestra unidad académico reconocido como Programa Nacional de Calidad (PNPC) por CONACYT

De acuerdo con mi criterio, la tesis presentada satisface los requisitos de originalidad y metodología por las siguientes consideraciones.

En cuanto a la originalidad del trabajo de investigación, debe afirmarse que el mismo no se ha limitado a la descripción del tema, sino que en él se utiliza de forma sistémica la metodología para indagar sobre las adicciones, la teoría penal como eje resocializador de los adictos y el tratamiento de los adictos en el sistema penitenciario, el estudio se realiza en 4 capítulos:

El Trabajo utiliza los métodos inductivo, analítico y comparado.

En el primer capítulo se abordan los conceptos fundamentales relacionados con la globalización y el problema de las drogas; las adicciones en el sistema penitenciario, la salud como derecho humano de los adictos privados de su libertad, y la teoría penal como respuesta a este flagelo.

Para el segundo capítulo se realiza un análisis de la drogadicción en el sistema penitenciario, las reformas penales relacionadas con los delitos contra la salud,

la justicia terapéutica como alternativa a la prisión, así como el tratamiento especializado en los centros penitenciarios

En el tercer capítulo se hace un estudio de comparado en el que se exploran los modelos de España y México. En el caso de nuestro país se hace un análisis del enfoque dado en el sistema penitenciario hacia los derechos humanos y se analizan los modelos de programas especializados contra las adicciones en ambos países.

Finalmente, para el cuarto capítulo se analizan los efectos en la salud de las personas adictas privadas de su libertad, los recursos humanos y económicos del sistema penitenciario para atender esta problemática, y se propone la creación de un Protocolo vinculante para buscar la reinserción con una visión de salud pública

Considero igualmente que esta investigación es acorde con los Lineamientos Editoriales recomendados por este Posgrado, pues se utilizaron técnicas de investigación jurídica apropiadas a una investigación de grado de Doctorado, y reúne las condiciones y características necesarias para ser presentado ante el Tribunal de Tesis correspondiente.

Por lo expuesto, me es muy grato otorgar mi voto aprobatorio al trabajo de investigación del Maestro Misael Martínez López, en mi carácter de revisor de Tesis, para efecto de que continúe con los trámites para alcanzar su titulación como Doctor en Derecho y Globalización por nuestra Facultad.

Le reitero mi consideración, reciba mis cordiales saludos

DR. JUAN MANUEL GOMEZ RODRIGUEZ

PITC FDCS UAEM SNI 1 CONACYT



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

JUAN MANUEL GOMEZ RODRIGUEZ | Fecha:2021-05-13 13:33:16 | Firmante

ib3Gd7Yh7lciozWfEWmeUvMAtJe3r8kgwV4xU6ZXTdO+9V2qqYrS/b3ZBV4Fir1/iaJrVaRcvbfeA/Zsk0qMsUsiJ5PZgJvF2C6HcygularRsibFGuflwr20Umm9dGLCM1cjYQzhGOG
oLRCHCDVbkPLmULLDea3ZlBbni91OHHZUYuwSjF0cFctzuthNPWx+9ZqM+JYXFkdOkOI5KN6j8Y4ugyoFW7I0ikPkkPRsVynzgD8dM21ABT7tDA6bhGXGbnGvjUo9XWR3dUC
L3R/u6kHMFryc1NGHuyaGo+bEqnt4tAYHKILaE9zZxB6csguVKtCQKmHr5w79/RRNuEvWw==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[ayVq7z](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/hzX9VxvZiRxschrdSGTQ27LDeUQN1BUA>



Bogotá, D.C., Colombia., 22 de febrero de 2021

DR. VÍCTOR MANUEL CASTRILLÓN Y LUNA
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES
DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE DERECHO
Y CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

P R E S E N T E.

En mi calidad de evaluador externo del trabajo de investigación bajo el título, **ASISTENCIA MÉDICO JURÍDICA COMO UN DERECHO HUMANO A LAS PERSONAS ADICTAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DESDE UNA PERSPECTIVA GLOBALIZADORA**, a cargo del Maestro en Derecho MISAEL MARTÍNEZ LÓPEZ, para optar por el grado de Doctor en Derecho y Globalización por la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, se hacen las siguientes acotaciones:

El tema de investigación desarrollado por el sustentante se enmarca en una de las problemáticas que en torno a las prisiones subsisten, pues al visibilizar el fenómeno de las adicciones en prisión se logra identificar y aislar de forma específica los efectos que este mantiene sobre las personas privadas de la libertad que padecen la enfermedad de la adicción.

La investigación está justificada por la presencia en prisión de personas que sufren los efectos de las drogas. al respecto se pone de manifiesto que dicha problemática no ha sido atendida a través de políticas que permitan consolidar una reinserción social integral, teniendo en cuenta que el derecho que aquí se busca garantizar es el de la salud y la vida, los cuales al existir un deterioro, persiste la imposibilidad de no ejecutar planes orientados hacia una reinserción efectiva.

Todo lo anterior se encuentra descrito y analizado dentro de la investigación, la cual está compuesta por cuatro capítulos en los cuales se dan argumentos del por qué el fenómeno debe ser atendido a través de diversas acciones, todas, centradas en lograr el más alto nivel de salud.

La tesis a evaluar está integrada por cuatro capítulos:

1. **LA GLOBALIZACIÓN Y LAS ADICCIONES:** en él encontramos el marco teórico que permite un análisis de conceptos que están directamente relacionados con el fenómeno de las adicciones y la prisión, entre ellos, la droga, el consumo, dependencia, adicción, cuyos efectos alteran significativamente el estado mental y físico de las personas, mismos que se reproducen en prisión.
2. **LA DROGODEPENDENCIA Y EL SISTEMA PENITENCIARIO:** aquí encontramos un análisis acuciente sobre el entorno de la prisión, hasta los efectos de las drogas bajo el mismo contexto. Se entra también en la descripción de los avances que se han tenido sobre argumento jurídico de la criminalización, la posesión y el consumo. Se evidencia también las consecuencias que las drogas generan y que atentan contra la salud y la vida de las personas privadas de la libertad.
3. **LOS DROGODEPENDIENTES PRIVADOS DE LA LIBERTAD: ANÁLISIS DE DERECHO COMPARADO ENTRE ESPAÑA Y MÉXICO:** en este capítulo se presenta el análisis legislativo a partir de dos sistemas jurídicos penitenciarios con la finalidad de identificar, a través de un derecho comparado, la posición que guarda una nación en torno al tratamiento de los adictos en prisión, con el objetivo de desentrañar el enfoque que se ha dado al problema, de qué forma su legislación se ha adaptado y qué modelos han introducido para mejorar las condiciones de la prisión con esta problemática.
4. **EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN PRISIÓN: PROTOCOLO VINCULANTE PARA BUSCAR LA REINSERCIÓN CON UNA VISIÓN DE SALUD PÚBLICA:** en la búsqueda de la realidad de las prisiones con una óptica estructural, económica y operativa se llega a la conclusión de que existen deficiencias que afectan a todo el sistema penitenciario. Estas carencias no permiten elucubrar alternativas de carácter jurídico y médico en la ejecución de planes y tratamientos de rehabilitación de los adictos en prisión como elemento fundamental para salvaguardar el derecho a la salud y alcanzar una reinserción social íntegra. Es por ello, que lo que aquí se prospecta es la inclusión de un protocolo para el

tratamiento de las personas privadas de la libertad con problemas de adicción que permita atender el fenómeno en toda su dimensión.

Universidad
Nacional
de Colombia

Por lo anterior, de acuerdo con los argumentos esgrimidos se emite el presente VOTO APROBATORIO al trabajo de investigación.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un afectuoso y cordial saludo.

Con profundo respeto,



OMAR HUERTAS DÍAZ

Profesor Titular de Tiempo Completo e Investigador Senior

Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales

Correo personal: ohuertasd@unal.edu.do

Teléfono móvil: + 57 3222569493

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

OMAR HUERTAS DIAZ | Fecha:2021-05-23 20:34:02 | Firmante

WGGT020RhPvNhlirEZh+0fbYghPipviJvXAYpPR3AKDYZBGW1yMKDN8TI6zQIDdER5yZS15NE0NU8wzUZZl+E8dn20vKiQpG0MZxp6Lhw2d5xTRcvk5dcdjbbqPnL4h2IFbxXYO
BkdGJcVr7ajcO4IwFpoKM3+JXhAQfM1lcQosTD7LRB30Hqga2yU3T9A6OkLM4IMF3w1afZX6lbtFTU0lcXl1mniArpUCq3HOtgVEEnL9bujnm8ZIFV2aKdI9FQYvEPVzVHgNN+9Y
u5EsYWQJzwNQKTf3gJRLGJ5o38aK4Gl8xEi5uWzqqTmonhDLIG4Egyv7ZTE+bF0BcXFzkBg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



40pc1b

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/d57A40xguXH4Ms6ae23Uv2urnwxSEa6L>